

00921
67



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

CUIDADOS AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL
AGUDA BASADO EN EL MODELO DE ATENCION DE
VIRGINIA HENDERSON.

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y
O B S T E T R I C I A
P R E S E N T A
NOEMI GARCIA RUIZ

Nº DE CUENTA: 962339 ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES

CON LA ASESORIA DE LA LIC. LORENA RODRIGUEZ RUIZ



MEXICO, 2003.

A



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	PAG.
INTRODUCCIÓN	1
1. JUSTIFICACIÓN	3
2. OBJETIVOS	4
2.1. OBJETIVO GENERAL	4
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
3. MARCO TEORICO	5
3.1. Teorías y modelos	5
3.2. Proceso Atención de Enfermería	12
3.3. Anatomía y Fisiología	24
3.4. Fisiopatología	30
3.5. Historia Natural de la enfermedad	39
4. METODOLOGÍA DE TRABAJO	40
5. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	
5.1. Presentación del caso	42
5.2. Valoración de Enfermería	44
5.3. Diagnósticos de Enfermería	51
5.4. Plan de Atención de Enfermería	53
5.5. Evaluación del Plan de Cuidados	77
5.6. Plan de Alta	79
6. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	81
7. GLOSARIO DE TÉRMINOS	84
8. ANEXOS	87
9. BIBLIOGRAFÍA	

INDICE DE CUADROS

	PAG.
Cuadro No 1. Intervenciones de enfermería enfocadas en el modelo de atención de Virginia Henderson 23
Cuadro No 2 Historia Natural de la Insuficiencia Renal Aguda 39

INDICE DE ESQUEMAS.

	PAG.
Esquema No 1. Riñón. 28

DEDICATORIAS

Este Proceso Atención de Enfermería, que es un reflejo de lo poco o mucho que he logrado a lo largo de los años, de mi vida, de mi carrera, de mi profesión, lo dedico a **mis padres**, a quienes doy las gracias por estar conmigo cuando más los necesito, que velan por mi y mi porvenir, este trabajo y esfuerzo son nuestros.

A **Mario**, en el cual siempre encuentro un amigo, un confidente, un consejero, y sobre todo que me apoya en todo, a él, que a pesar de aún tener poca edad siempre me da enseñanzas para la vida.

A **Alma** que esta conmigo en las buenas, malas y peores, con la cual he compartido parte de mi vida, y quien me da "jalones de oreja" cuando se necesita, que me habla con voz fuerte y evita que yo caiga, gracias mil.

A **Dios** que me ha dado la dicha de vivir, en este lugar, con esta familia, que me da la oportunidad de despertar cada día, quien no me deja ser débil y siempre cuida de mi.

D

AGRADECIMIENTOS

Agradezco de antemano a la Universidad Nacional Autónoma de México, en la cual he logrado obtener en todo este trayecto de aprendizaje: conocimientos, enseñanzas, experiencias y sobre todo triunfos y reconocimientos.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por los maestros buenos, excelentes que laboran en ella y hasta por los malos, que siempre hacen que estudiemos.

Al Hospital General "Dr. Manuel Gea González" que permitió realizar un servicio social gratificante, ya que dejó enseñanzas y satisfacciones.

A mi profesora Lorena Rodríguez Ruiz, por la paciencia, no solo de asesoramiento, sino la que demuestra todos los días en el aula, la cual que con su ejemplo y firmeza, ha puesto en mi el deseo de superación profesional.



INTRODUCCIÓN.

El proceso de cuidados es el método de la práctica de enfermería, en el sentido, que proporciona el mecanismo por el que el profesional utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta de la persona a los problemas reales o potenciales de salud.

Por lo que el mencionado Proceso Atención Enfermería busca destacar la importancia de los cuidados de Enfermería bien implementados y fundamentados, para dar una mejor atención al paciente, tratando de hacerlo en forma holística.

Como se menciona, buscamos cubrir las necesidades individuales de la persona, por medio de sus cinco fases identificables, mismas que se desarrollan en el presente trabajo y son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

El enfoque de este Proceso Atención de Enfermería esta dado por la visión filosófica de Virginia Henderson; además de contar con una anatomía y fisiología, la cual dará un panorama de la alteración que se sufre por la acción de la enfermedad, de igual forma la fisiopatología, que en este caso es la Insuficiencia Renal Aguda, la cual pareciera ser un padecimiento aislado, pero que en nuestro país se da con mucha frecuencia, de ahí la importancia de conocer mas acerca de cómo prevenirlo y como tratarlo.

Este trabajo también cuenta con una presentación del caso e historia de Enfermería en la cual se realiza una valoración por medio de entrevista, interrogatorio y exploración física para posteriormente realizar un buen plan de cuidados de Enfermería en el cual se describen los cuidados y lo que se desea alcanzar.

Al final se describen las conclusiones de este trabajo, destacando que este, es una muestra de los muchos cuidados que se brindan a pacientes con daño renal, los cuales se otorgaron de la mejor manera posible.

Así es como se compone el trabajo, el cual se realizó tomando como base los fundamentos de diversas materias, de las cuales se tiene conocimiento y también investigando en diferentes medios.

1. JUSTIFICACION

El presente Proceso Atención de Enfermería se elabora con la finalidad de aumentar la capacidad para identificar con mayor precisión las respuestas del cliente y así ejecutar acciones apropiadas garantizando la calidad de los cuidados proporcionados.

Así es como se implementan cuidados de enfermería brindados de forma holística; dando un panorama de los avances con los cuales contamos, basados en investigación y conocimiento.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

- ❖ Realizar un Proceso Atención de Enfermería de calidad con cuidados integrales basado en el modelo de atención de las necesidades básicas.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ❖ Realizar un Proceso Atención de Enfermería de calidad a un paciente con Insuficiencia renal aguda llevando a la práctica conocimientos adquiridos para brindar un cuidado integral.
- ❖ Realizar una valoración de enfermería que ayude a detectar los diagnósticos de enfermería.
- ❖ Formular diagnósticos de enfermería con base a las necesidades del cliente.
- ❖ Implementar intervenciones de enfermería que satisfagan las necesidades del paciente.
- ❖ Evaluar y valorar el impacto de las intervenciones de enfermería según los cuidados brindados.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. TEORIAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA.

La constitución de cualquier profesión conlleva al desarrollo de un cuerpo específico de conocimientos. Para que la enfermera defina sus actividades y desarrolle su investigación, debe tener su propio cuerpo de conocimientos, estos conocimientos pueden ser expresados como teorías y modelos.

Para los cuales se debe tener una base (paradigma) que va a estar constituido por teorías y modelos.

- Teoría: Conjunto de conceptos definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistematizada de los fenómenos mediante el diseño de unas interrelaciones específicas que debe ser comprobable.

Hay diferentes Tipos de teorías: {
Grandes teorías
Teorías de medio rango o medio nivel
Micro teorías- teorías empíricas

- Modelo: Es una representación de la realidad, un ejemplo, una analogía que nos ayuda a comprender algo que no podemos ver directamente o de lo que sabemos poco; no es la realidad, sino una abstracción de esta.¹

Los modelos se clasifican en dos grupos:

1. Modelos concretos o modelos de la realidad. Son una simulación o analogía que reproduce algo que ya existe en el mundo real.

¹ Carmen Fernández, De la teoría a la práctica el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI, Ed. Masson, ed. 2ª Madrid., 2000. p. 29.

2. Modelos abstractos o modelos para la realidad. Representan un ideal, un ejemplo, una imagen, algo aún inexistente pero cuya materialización se persigue.

Modelos Conceptuales.

Llamados también Marcos conceptuales y matrices disciplinares, refiriéndonos a imágenes mentales acerca de los fenómenos de interés de una disciplina que se expresan mediante conceptos, de lo que podemos deducir que los modelos conceptuales pertenecen al grupo de los modelos abstractos o modelos para la realidad.

Un modelo conceptual enfermero puede definirse como un conjunto de conceptos y proposiciones generales y abstractas que están integradas entre sí de forma sistemática y que proporcionan una estructura significativa para el ideal que representan²

Las Teorías y Modelos de enfermería proporcionan:

- ❖ Definiciones de enfermería y de la práctica, principios que forman la base para la práctica, metas y funciones para la enfermería.

Para que una teoría sea real debe basarse en un metaparadigma.

Todas las teorías y modelos de enfermería deben de tener un metaparadigma, el cual consta de cuatro conceptos.

Metaparadigma de Enfermería.

Es un marco conceptual y filosófico de una disciplina o de una profesión; el cual define y escribe las relaciones entre las ideas y los valores principales además de orientar la organización de los modelos y las teorías de una profesión.

² Idem

- 1.-Persona- Va a ser el paciente o quien recibe los cuidados de enfermería que incluyen los componentes físico, espiritual, psicológicos y sociocultural.
- 2.-Entorno- Son las condiciones internas y externas, las circunstancias y las influencias que afectan a la persona.
- 3.-Salud- Es el grado de bienestar o enfermedad experimentado por la persona.
- 4.-Enfermería- Son las actividades, características o atributos del individuo que proporciona el cuidado enfermero o actividades de enfermería.

Las razones por las cuales se adopta el modelo de Virginia Henderson, son porque:

- 1) Es uno de los modelos conceptuales más conocidos en gran parte a causa de que la definición de la función propia de la enfermera que dio Henderson fue adoptada por el consejo internacional de enfermería (CIE), que la ha mantenido hasta la fecha.
- 2) Resulta coherente con nuestros valores culturales y emplea una terminología de fácil comprensión para describir los conceptos.
- 3) Su construcción teórica es muy abierta, lo que da lugar a diversas interpretaciones que permiten adaptarlo a las variantes culturales y sociales específicas de cada entorno y situación de cuidados (ya sea en centros de hospitalización, o en la comunidad).³

³ Ibidem. p.32.

- 4) Incluyen también como parte de la actuación de la enfermera el papel de colaboración con otros profesionales de la salud.
- 5) Da una imagen de unicidad de la persona al conceptualizar al ser humano como un todo compuesto por aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí.
- 6) Reconoce que la persona tiene el potencial de cambio, de afrontamiento, de interrelación con los demás y con su entorno y de competencia para ocuparse de sus propios cuidados.
- 7) Propicia la toma de conciencia de las ventajas de desarrollar un estilo de vida sano y de mejorar y mantener un entorno saludable al afirmar que la persona/ familia actúa como agente de sus propios cuidados para alcanzar la independencia en la satisfacción de las necesidades básicas.
- 8) Propone el método de solución de problemas, es decir, el proceso enfermero, como metodología adecuada para llevarlo a la práctica, ventaja que comparten los restantes modelos incluidos en las corrientes filosóficas de pensamiento de la categorización y de la integración.
- 9) Permite utilizar la taxonomía diagnóstica de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) para formular los problemas identificados.⁴

El modelo conceptual de Virginia Henderson, da una visión clara de los cuidados de enfermería, la aplicación de proceso de cuidados a partir de este modelo resulta esencial para la enfermera que quiere

⁴ Ibidem. p.33.

individualizar los cuidados sea cual sea la situación que viva el cliente. Sin embargo para llegar a planificar los cuidados a partir del concepto de cuidados de enfermería de Virginia Henderson hay que profundizar en los conceptos claves de este modelo.⁵

Metaparadigma de enfermería según Virginia Henderson.

1.- **PERSONA:** Es considerada por Henderson como un individuo que necesita asistencia para alcanzar un estado de salud e independencia o para morir con tranquilidad; la persona y la familia son considerados como una unidad la cual se ve influida por el cuerpo como por la mente, y que consta de componentes biológicos, psicológicos sociológicos y espirituales; independientemente de que se encuentre enferma o sana pero que se esfuerce por obtener un estado de independencia y el cual necesita fuerza, voluntad o conocimiento para llevar a cabo las actividades necesarias para llevar una vida sana.

2.- **ENTORNO:** Henderson no lo define explícitamente pero implica la relación que uno comparte con su familia. También abarca a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados; Henderson cree que la sociedad quiere y espera de las enfermeras que proporcionen un servicio para los individuos capaces de funcionar independientemente, pero por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera. El entorno puede afectar a la salud.

3.- **SALUD:** Se refiere a la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las 14 necesidades básicas. Es una

⁵ Grondin Riopelle. Un Proceso Centrado en las Necesidades de la Persona. Ed. McGraw-Hill. Madrid 1998. p. 2.

cualidad básica para el funcionamiento humano, el cual requiere fuerza, voluntad o conocimiento.⁶

4.- ENFERMERIA: La define como la asistencia fundamentalmente al individuo enfermo o sano, para que lleve actividades que contribuyan a la salud o a una muerte tranquila; la persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento. llevara a cabo estas actividades sin ayuda.

Ayuda a una persona a no depender de la asistencia tan pronto como sea posible o alcanzar una muerte tranquila y requiere trabajar de forma interdependiente con otros miembros del equipo de salud; las funciones de la enfermera son independientes de las del medico pero utiliza el plan de cuidados de este para proporcionar un cuidado holistico al paciente. Requiere un conocimiento de las costumbres sociales y las practicas religiosas para valorar áreas de conflicto potencial o necesidades humanas inadecuadas. Ayuda a satisfacer las 14 necesidades básicas a través de la formación de una relación enfermera-paciente, ya sea como sustituta, ayudante o compañera, e implica la utilización de un plan de cuidados enfermero por escrito.⁷

DEFINICION DE ENFERMERIA SEGUN VIRGINIA HENDERSON

"El rol fundamental de la enfermera consiste en ayudar al individuo enfermo o sano a conservar o recuperar la salud (o asistirlo en sus últimos momentos) para que pueda cumplir las tareas que realizaría él solo si tuviera la fuerza, la voluntad o poseyera los conocimiento

⁶ Ruby Wesley Teorias y modelos de Enfermeria. Ed. McGraw-Hill Interamericana, cd. 2ª. México 1998, p. 25-26

⁷ *Ibidem*. p. 27.

deseados, y cumplir con sus funciones, de forma que le ayudemos a reconquistar su independencia lo mas rápidamente posible".⁸

Henderson considera su trabajo mas como una aserción filosófica que como una teoría ya que el término teoría no se utilizaba en el momento que ella formulo sus ideas, fue una de las primeras teóricas que incorporo los aspectos espirituales al cuidado enfermero e hizo hincapié en el cuidado de individuos sanos y enfermos. Según Henderson la enfermera asiste al paciente con actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o lograr una muerte tranquila. Identifico 14 necesidades básicas que son los componentes del cuidado enfermero, las cuales deben ser satisfechas por la enfermera; estas son muy similares a las de Abraham Maslow, y también se relacionan con la fisiología, la seguridad, la autoestima, el afecto, la pertenencia y con la autorrealización.⁹

Las 14 necesidades básicas de Henderson son:

1. Respiración normal
2. Alimentación e hidratación adecuada
3. Eliminación de los desechos corporales
4. Movimiento y mantenimiento de posiciones deseadas
5. Sueño y descanso
6. Selección de ropa apropiada
7. Mantenimiento de la temperatura corporal
8. Mantenimiento de la higiene corporal y del peinado
9. Prevención de los peligros ambientales

⁸ Grondin Riopelle.. op.cit. p. 2.

⁹ Ruby Wesley. op. cit. p.25

10. Comunicación con otros para expresar emociones, necesidades, temores u opiniones
11. Vivir de acuerdo a sus creencias
12. Trabajar de forma que proporcione sensación de satisfacción.
13. Jugar o participar en varios tipos de actividades recreativas
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que permita un desarrollo y salud normales.¹⁰

3.2. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso es un método para realizar algo que en general abarca cierta serie de pasos sistematizados, y que intenta lograr un resultado particular. El proceso de enfermería es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería. Este proceso se utiliza para identificar los problemas del paciente, para planear y efectuar en forma sistemática y con calidad los cuidados de enfermería, y para evaluar los resultados obtenidos con estos cuidados. Las fases del proceso de enfermería se clasifican en:

- 1) Valoración
- 2) Diagnóstico
- 3) Planeación
- 4) Ejecución
- 5) Evaluación.¹¹

¹⁰ Idem

¹¹ Ann Marriner. Proceso Atención de Enfermería. Ed. Mosby. ed.2ª México 1993. p. 1.

Los objetivos.

El objetivo principal del proceso Atención Enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También:

- ❖ Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- ❖ Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- ❖ Actuar para cubrir o resolver los problemas, prevenir la enfermedad¹²
- ❖ Promover, mantener o recuperar la salud o ayudar a los pacientes a lograr una muerte pacífica, cuando su estado es terminal.
- ❖ Permitir a los individuos o grupos dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades.
- ❖ Proporcionar cuidados de Enfermería de la mejor calidad o eficacia posible.

Las ventajas

El proceso enfermero define el campo de ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente se beneficia ya que mediante el proceso se garantiza la calidad de los cuidados de Enfermería, para el personal enfermero, se produce un aumento de la satisfacción, así como el de la profesionalidad.

¹² Ma. de Jesús Pérez. Operacionalización del Proceso Atención de Enfermería. Revista mexicana de Enfermería. Cardiología. Mayo- Agosto. Vol. 10 Nº 2. p. 2002. p. 61 En internet: <http://www.medigraphic.com>.

Para el Paciente son:

- ❖ Participación en su propio cuidado.
- ❖ Continuidad en la atención.
- ❖ Mejora la calidad de atención para la enfermera

Para la Enfermera:

- ❖ Se convierte en una experta.
- ❖ Satisfacción en el trabajo.
- ❖ Crecimiento profesional.¹³

3.2.1) Fase de Valoración

La primera fase del proceso, en la cual se identifica y se definen los problemas del paciente; esta fase incluye la recopilación de datos acerca del estado de salud del paciente y termina al llegar a un diagnóstico de enfermería, el cual es un informe de los problemas que aquejan al paciente.¹⁴

La información se reúne de varias fuentes para ayudar a la enfermera a comprender la situación del paciente. Dos métodos básicos de información son: la observación y la entrevista con el paciente y familiares. También de gran utilidad la historia clínica de enfermería y la exploración física.

Esta valoración permite a la enfermera hacer un diagnóstico, que es un informe de los problemas del paciente lo cual brinda la

¹³ Idem

¹⁴ Ann. Marriner. Proceso Atención Enfermería. Ed. Manual Moderno. 2ª ed. México 1983. p.1.

oportunidad de elaborar un plan individualizado para el cuidado del paciente.¹⁵

La Historia Clínica de Enfermería

Es un formato sistemático, por lo común en forma de cuestionario o de lista, que la enfermera puede emplear para obtener datos importantes acerca del paciente por medio de la entrevista. Además ésta debe, de incluir áreas de valoración como el diagnóstico, el tratamiento del paciente y sus actividades cotidianas (aseo, defecación, alimentación, ejercicios, reposos, relajación y hábitos de sueño), condición física, estado psicológico y una historia socioeconómica y cultural – registro objetivo del medio ambiente, ocupación, estado económico, educación, diversiones y costumbres religiosas. Este registro escrito de información específica acerca del paciente proporciona las bases para valorar los problemas actuales del paciente.

En vista de que la enfermera basa la planeación de los cuidados en principios científicos, y aplica diversas teorías en tanto brinda dichos cuidados, conviene que recurra a libros, revistas y personas expertas para obtener mayor información.¹⁶

La exploración física.

Las enfermeras realizan las valoraciones físicas para obtener los datos y objetivos y completar la fase de reconocimiento del proceso de enfermería. Una completa base de datos objetivos y subjetivos permite a la enfermera formular un diagnóstico de enfermería,

¹⁵ Ibidem p. 2.

¹⁶ Ibidem p. 1

desarrollar las metas del cliente y actuar para promover la salud y prevenir la enfermedad.

La valoración física se hace sistemáticamente. Se puede organizar de acuerdo con los gustos del que examina, con un planteamiento de pies a cabeza o como un planteamiento de los sistemas del organismo. Normalmente la enfermera registra una impresión general sobre el aspecto completo del cliente y su estado de salud. Entonces se hacen registro tales como signos vitales, altura, peso. La enfermera que realiza un reconocimiento usando el planteamiento cefalocaudal, empieza el conocimiento de cabeza, continua con cuello, el tórax, abdomen y las extremidades y termina en los pies.¹⁷

La enfermera que utiliza un planteamiento de sistemas del organismo, estudia cada sistema individualmente (sistema respiratorio, circulatorio, nervioso, etc.). Durante el reconocimiento físico, la enfermera examina todas las partes del cuerpo y hace determinaciones antropométricas (determinación del tamaño y composición del cuerpo).

En vez de hacer un examen completo, la enfermera puede enfocar sobre un área específica que le ha llamado la atención durante la fase de reconocimiento de enfermería. Alternativamente, la enfermera puede realizar un "screening" (es una revisión escueta del funcionamiento esencial de las diversas partes o sistemas del cuerpo.) Para realizar el examen, la enfermera utiliza técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión.

¹⁷ Barbara kozier. Enfermería Fundamental, Conceptos Procesos y Practicas. Ed. Mc Graw- Hill Interamericana ed. 4ª Madrid. 1993 Tomo I. p. 198.

Métodos de examen.

El examen físico requiere de:

Inspección: Examen visual, es decir, valoración usando el sentido de la vista. La inspección debe ser sistemática, para que no se olvide nada.¹⁸

Palpación: Examen del cuerpo utilizando el sentido del tacto, se utilizan las yemas de los dedos porque su concentración de terminaciones nerviosas les hace sensibles a la discriminación por el tacto. Durante la palpación, la enfermera debe ser sensible a las expresiones verbales y faciales del cliente que indican molestias.¹⁹

Percusión: es un método de valoración en el que la superficie del cuerpo es golpeada para producir sonidos que se puedan oír o vibraciones que se puedan sentir.

Auscultación: Es el proceso de escuchar los sonidos producidos dentro del cuerpo. Los sonidos auscultativos se describen según su tono (frecuencia de vibraciones), intensidad (Fuerte o suave del sonido), duración (Largo o corto) y cualidad (descripción subjetiva).²⁰

3.2.2) Fase de Diagnóstico

Es la segunda fase del proceso atención de enfermería. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo²¹

¹⁸ Ibidem p. 393.

¹⁹ Ibidem p. 394.

²⁰ Ibidem. P. 395.

²¹ Ma de Jesús Pérez. Op. cit. p.62

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Objetivos de los diagnósticos de enfermería:

- ❖ Ayudan a determinar los tiempos medios requeridos, y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.
- ❖ Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.
- ❖ Favorecer la definición de los puestos de trabajo, ya que esta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los diagnósticos de enfermería que se dan con frecuencia.
- ❖ Posibilitar la determinación de los costos reales de los cuidados brindados al usuario.
- ❖ Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería brindados en un centro o institución.²²

Tipos de diagnósticos:

Real- Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principalmente identificables. Consta de tres partes, formato PES: Problema (P) + Etiología, factores causales o contribuyentes) + Signos y síntomas (S).

Alto riesgo, potencial o posible – Es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo, la descripción

²² Ibidem. p 63

concisa del estado de salud alterado de la persona, va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: (P) + (E) factores contribuyentes.²³

De bienestar: Juicio clínico de una persona, grupo o comunidad de transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. No contienen factores relacionados.²⁴

A la hora de escribir un diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices:

- ❖ Unir la primera parte (P) con la segunda (E). Utilizando "relacionado con", para posteriormente enlazar con "manifestado por" (E) + (S). No quiere significar necesariamente que hay una relación causa – efecto directa.
- ❖ La primera parte del diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de enfermería.
- ❖ Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal.
- ❖ Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basándose en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado en el usuario.
- ❖ No mencionar signos ni síntomas en la primera parte del diagnóstico
- ❖ No escriba un diagnóstico de enfermería que repita una orden médica

²³ Rosalinda L. Alfaro. Aplicación del Proceso de Enfermería. Ed. Mosby-Doyma. ed. 3ª. Madrid. 1996.p.25

²⁴ *Ibidem*. p. 16

- ❖ No rebautice un problema médico como para convertirlo en un diagnóstico de enfermería.
- ❖ No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.²⁵

3.2.3) Fase de Planeación.

Comienza con el diagnóstico de enfermería que se elabora mediante la recopilación y valoración de los datos que implican cuidados de enfermería. El diagnóstico de enfermería se basa en deducciones obtenidas de datos confusos o incompletos. La enfermera toma en cuenta una serie de probabilidades basadas en la observación y usando el método inductivo predice cuales son las correctas. La inducción es el proceso de razonar de lo específico a lo general, o de una parte al todo. En ocasiones la deducción, la decisión y acción se realizan en unos cuantos minutos. Tan pronto como identifica los problemas del paciente, la enfermera debe establecer prioridades, determinando cuales son más urgentes. Debe definir los objetivos inmediatos, intermedios y a largo plazo, o las metas por las que debe esforzarse. La enfermera y el paciente deben definir las metas aceptables para ambos. El paciente y su familia deben participar activamente en la planeación de los cuidados. Las acciones de enfermería encaminadas a lograr los objetivos, que pueden clasificarse en intervenciones manejo o tratamiento de enfermería, deben estar señaladas explícitamente en el plan de cuidados de enfermería. El plan de cuidados de enfermería debe ser individualizado de manera que este no pueda ser empleado por

²⁵ Ibidem. p. 17.

ningún otro paciente. Debe incluir los problemas del paciente, las metas, objetivos e intervención de enfermería. Con su elaboración se termina la fase de planeación.²⁶

Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico y consta de:

1. Establecer prioridades entre los problemas diagnosticados.
2. Indicar objetivos al paciente y a la familia para corregir, minimizar o prevenir los problemas.
3. Describir intervenciones de enfermería que permitan alcanzar los objetivos propuestos.
4. Registrar diagnósticos, resultados, e intervenciones de enfermería de manera organizada en el plan de cuidados.²⁷

3.2.4) Fase de Ejecución.

Si un plan no se pone en acción, no es útil. Mientras ejecuta el plan de cuidados, la enfermera sigue recopilando y valorando datos y planes, y evaluando los cuidados.

Ejecución es, brindar realmente los cuidados de enfermería. Un plan contribuye a brindar cuidado de enfermería comprensivo porque toma en cuenta las necesidades del paciente en el aspecto físico, psicológico, emocional, espiritual, social, cultural, económico y de rehabilitación. El cuidado es personalizado, de manera que sea apropiado a cada paciente específico.

La ejecución del plan de cuidados también ayuda a la continuidad y coordinación de dichos cuidados. Sin una planeación y una adecuada

²⁶ Ann Marriner, op. cit. p. 2.

²⁷ Bárbara Taptich, *Diagnósticos de enfermería*. Ed. Interamericana Mc Graw-hill, 1992. México. p. 5.

comunicación acerca del plan, el paciente puede experimentar discrepancias o duplicación de los cuidados.

El plan favorece el flujo uniforme de los cuidados de enfermería durante todas las etapas de la enfermedad del paciente, y coordina el programa para que el resto del equipo de salud realice pruebas de salud diagnósticas y diversos tratamientos dentro de una secuencia adecuada para el paciente. Una vez finalizadas las acciones de enfermería concluye la fase de ejecución.²⁸

3.2.5) Fase de Evaluación

La fase final, pero continua, del proceso de enfermería es la evaluación o apreciación del resultado obtenido con los cuidados brindados, los cuales se basan en la comparación entre el cuidado que se logró ofrecer y el cuidado que debería haber proporcionado la enfermera.

La evaluación del cuidado de enfermería es un mecanismo de retroalimentación, que sirve para juzgar la calidad, y se ha conformado para mejorar dichos cuidados al hacer una comparación de los actuales con los estándares.²⁹

Aunque la evaluación está considerada como la fase final del proceso de enfermería, esta no termina aquí. La evaluación solo señala los problemas que se han resuelto, los que han de volverse a valorar y planear, así como los efectuados y reevaluados. El proceso de enfermería es, pues, un ciclo continuo.³⁰ (Ver cuadro No 1).

²⁸ Ibidem, p. 3.

²⁹ Ibidem, p. 4.

³⁰ Ibidem, p. 5.

Cuadro No.1

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ENFOCADAS EN EL
MODELO DE ATENCIÓN DE VIRGINIA HENDERSON.**



FUENTE: Alfaro-LeFevre. El pensamiento crítico en enfermería. Ed. Barcelona.1997.

3.3. ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA

Durante el metabolismo de los nutrientes, las células forman productos de desecho: bióxido de carbono, exceso de agua y calor. Además el catabolismo proteico forma productos de desecho nitrogenados tóxicos tales como amoníaco y urea. Por otro lado, algunos iones esenciales tales como sodio (Na^+), cloro (Cl^-), sulfato (SO_4^-), fosfato (PO_4) e hidrógeno (H^+) tienden a acumularse en cantidades excesivas. Todas las sustancias tóxicas y las sustancias fundamentales en exceso deben ser excretadas (eliminadas) del organismo.

Diversos órganos contribuyen al trabajo de eliminación de los productos de desecho del organismo.

- 1.- Riñones: Excretan agua, o productos de desechos nitrogenados procedentes del catabolismo proteico, algunas toxinas bacterianas, H^+ y sales inorgánicas, electrolitos, además de cierta cantidad de calor y dióxido de carbono.
- 2.- Pulmones: Excretan dióxido de carbono, calor y una pequeña cantidad de agua.
- 3.- Piel: (glándulas sudoríparas). Excretan agua, calor y dióxido de carbono así como pequeñas cantidades de sales y urea.
- 4.- Tracto gastrointestinal: Elimina productos de desecho sólidos y no digeridos y excreta dióxido de carbono, agua, sales y calor.³¹

³¹ Gerard Tortora, y Grabowski. Principios de Anatomía y Fisiología. Ed. Harcourt. ed. 7ª Madrid. 1998. p.864.

La principal función del aparato urinario es contribuir al mantenimiento de la homeostasis mediante el control de la composición, el volumen y la presión de sangre. Estas funciones se llevan a cabo eliminando y recuperando cantidades determinadas de agua y solutos. El aparato urinario está formado por dos riñones, dos uréteres, una vejiga urinaria y una uretra.

Los riñones cumplen varias funciones:

1.- Composición y volumen de la sangre. Regulan la composición y el volumen de la sangre y eliminan productos de desecho de la sangre en forma de orina. Excretan cantidades determinadas de diversos productos de desecho, como el exceso de H^+ , lo cual contribuye al control del pH sanguíneo (el cual debe estar dentro de límites de 7.35 a 7.45).

2.- Presión arterial. Contribuyen a la regulación de la presión arterial mediante la secreción de la enzima renina, que activa el sistema renina-angiotensina.³²

La disminución del volumen de sangre por deshidratación, el déficit de Na^+ o las hemorragias causan un descenso importante de la presión arterial. La disminución de la presión arterial estimula ciertas células renales, las células yuxtaglomerulares, que segregan a la sangre una enzima llamada renina. La renina transforma el angiotensinógeno, una proteína plasmática sintetizada en el hígado, en angiotensina I. A medida que la sangre fluye a través de los capilares pulmonares, la enzima convertidora de angiotensina (ECA) transforma la angiotensina I en angiotensina II. La angiotensina II es una hormona que estimula la

³² Idem.

secreción de aldosterona en la corteza suprarrenal. En los riñones la aldosterona aumenta la reabsorción de Na^+ , que se acompaña de reabsorción de agua. Esto da lugar a un aumento de volumen del líquido extracelular y a la recuperación de valores normales de la presión arterial. Además, la angiotensina II es un potente vasoconstrictor, acción que también contribuye a la elevación de la presión arterial.³³

3.- Metabolismo. Los riñones contribuyen al metabolismo a través de las siguientes acciones:

- 1) Gluconeogenesis- síntesis de nuevas moléculas de glucosa, durante periodos de ayuno o inanición.
- 2) Secreción de eritropoyetina, que estimula la producción de eritrocitos.
- 3) Participación en la síntesis de calcitriol, la forma activa de la vitamina D.

La orina es excretada por el riñón a través del uréter, y se almacena en la vejiga urinaria hasta que se expulsa del cuerpo a través de la uretra. Cuando la función de los riñones, de eliminación continua de productos de desecho esta alterada se produce uremia (emia = relativo a la sangre), un nivel tóxico de urea en la sangre.

La rama especializada de la medicina que estudia la estructura, función y las enfermedades del riñón recibe el nombre de nefrología (nefros - riñón, logos-estudio de). La rama de la cirugía relacionada con los aparatos urinarios masculinos y femeninos recibe el nombre de urología. (uro – orina o vías urinarias).

³³ Ibidem, p. 544.

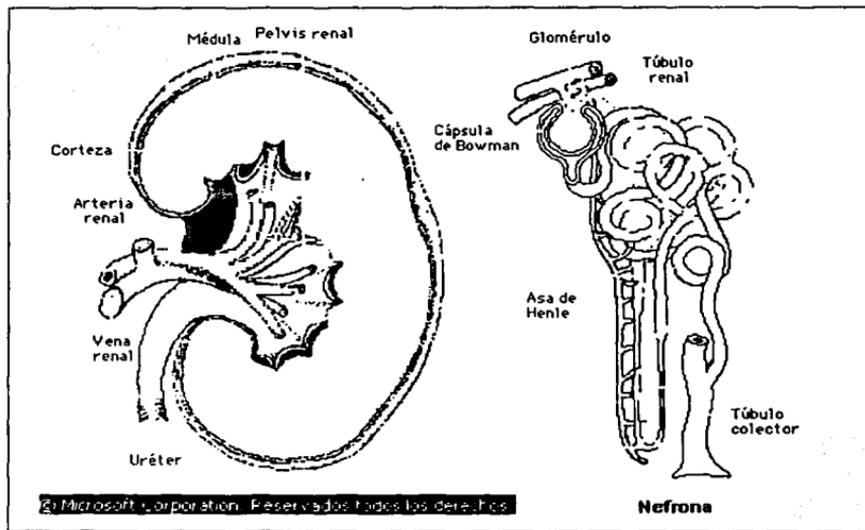
Los Riñones, son dos órganos de color rojizo, localizados por encima de la cintura, entre el peritoneo parietal y la pared posterior del abdomen, se consideran órganos retroperitoneales. Un riñón adulto promedio mide unos 10 a 12 cm. De largo, 5 a 7.5 cm. de ancho y 2.5 cm. de grosor. Cerca del centro del borde cóncavo presenta una escotadura denominada hilio, a través de la cual salen los uréteres del riñón. El riñón esta rodeado por tres capas de tejido. La capa más interna, la cápsula renal, es una membrana fibrosa, lisa y transparente que continua con la cubierta externa del uréter a nivel del hilio. La capa media, cápsula adiposa, es una masa de tejido graso que rodea la cápsula renal. También protege al riñón frente a traumatismos y mantiene firmemente su posición en la cavidad abdominal. La capa más externa, la fascia renal, es una capa fina de tejido conjuntivo denso irregular que fija el riñón a las estructuras circundantes y a la pared abdominal.³⁴

La Nefrona es la unidad funcional del riñón, cada riñón contiene un millón de nefronas, las cuales tienen una función básica: filtración, secreción y reabsorción. En la filtración se permite el paso de ciertas sustancias desde la sangre a las nefronas, mientras que se impide paso a las otras. Posteriormente, a medida que el líquido filtrado (el filtrado) discurre a través de las nefronas adquiere otras sustancias (productos de desecho y sustancias en exceso), este fenómeno recibe el nombre de secreción.

³⁴ Ibidem. p. 86-1

ESQUEMA NO. 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Riñón

Casi un millón de nefronas (*derecha*) componen cada riñón (*izquierda*). La unidad filtradora de la nefrona, llamada glomérulo, regula la concentración dentro del cuerpo de sustancias importantes, tales como potasio, calcio e hidrógeno, y elimina sustancias no producidas por el cuerpo, tales como drogas y aditivos alimentarios. El filtrado resultante, la orina, abandona la nefrona a través de un largo túbulo y del conducto colector. Mediante señales químicas, el organismo informa sobre las necesidades de agua y sales; esto hace que las paredes del túbulo sean más o menos permeables a estas sustancias, que son reabsorbidas de acuerdo con estas órdenes desde la orina.

35

FUENTE. "Riñón." *Enciclopedia® Microsoft® Encarta 2001*. © 1993-2000 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

Otras sustancias (materiales útiles) vuelven a la sangre, proceso denominado reabsorción. Como resultado de estas acciones de las nefronas se forma la orina.³⁶

NEFRONAS CORTICALES Y YUXTAGLOMERULARES. En una nefrona, el asa de Henle conecta los túbulos contorneados proximal y distal. El primer segmento del asa penetra en la medula, de donde recibe el nombre de rama descendente del asa de Henle. A continuación, el tubulo se curva en forma de U y vuelve a la corteza como rama ascendente del asa de Henle. Algunas nefronas tienen asas de Henle cortas, mientras que otras tienen asas largas. Una nefrona cortical suele tener su glomérulo en la porción externa de la corteza; su asa de Henle solo penetra en la porción externa de la medula. Una nefrona yuxtaglomerular (justa- junto a) suele tener su glomérulo en la profundidad de la corteza cerca de la medula y casi alcanza la papila renal. Aproximadamente del 15 al 20% de las nefronas (yuxtaglomerulares) de un riñón humano tienen asas largas. Estas nefronas de asas largas permiten al riñón excretar orina muy diluida o muy concentrada.

³⁶ Ibidem. p. 866

3.4. FISIOPATOLOGÍA

Insuficiencia Renal.

Definición: La insuficiencia renal aguda (IRA) es un síndrome reversible producido por un brusco deterioro de la función renal que da lugar a una acumulación de metabolitos y de otras sustancias que suelen eliminarse del organismo.

Puede ser oligúrica (gasto urinario inferior a 400 ml / 24 Hrs.) o no oligúrica (gasto urinario superior a 800 ml / 24 Hrs.). Alrededor del 40 al 50 % de los casos de necrosis tubular aguda son no oligúricos. Otros términos sinónimos de IRA son necrosis tubulointerstitial aguda, insuficiencia renal intrínseca reversible y nefropatía vasomotora. La insuficiencia renal crónica (IRC) se diferencia de la IRA en que el trastorno se traduce en una destrucción progresiva e irreversible de las estructuras renales con el paso del tiempo. En la fase terminal, los riñones suelen estar atrofiados y llenos de tejido cicatricial.³⁷

Etiología.

La insuficiencia renal representa la incapacidad de los riñones para eliminar del organismo los productos de desecho o para llevar a cabo sus funciones reguladoras. Ello da lugar a desequilibrios hidroelectrolíticos, alteraciones acidobásicas y deterioro de las funciones endocrinas y metabólicas.

La insuficiencia renal puede deberse a diferentes causas, como:

³⁷ Patricia Beare. Enfermería médicoquirúrgica. Ed. Mosby. ed.2ª Madrid. 1998. p.1033

- ❖ isquemia
- ❖ infecciones
- ❖ nefotoxicidad
- ❖ hipertensión
- ❖ glomerulonefritis
- ❖ vasculopatias
- ❖ traumatismos
- ❖ obstrucciones
 - o bien otros trastornos como la diabetes mellitus
 - y el lupus eritematoso.³⁸

Epidemiología.

Se calcula que cada año mueren 42,000 personas por insuficiencia renal irreversible. La IRA tiene una incidencia de 20 – 40 casos anuales por cada millón de habitantes. Se calcula que alrededor de la mitad de los pacientes hospitalizados desarrollan IRA, la mortalidad se acerca al 50%. Estos datos estadísticos reflejan el creciente número de pacientes críticos que acuden actualmente a los hospitales de asistencia aguda y el incremento de la población de edad avanzada. Las personas mayores están especialmente expuestas debido a la atrofia de las nefronas como parte normal del proceso de envejecimiento. Si se produce una lesión, las personas mayores disponen de unas reservas renales mermadas. Otras personas que corren riesgo desarrollar IRA son las que padecen alguna vasculopatía, como la diabética, la hipertensiva y la aterosclerótica, así

³⁸ Ibidem. p. 1034

como las que presentan nefropatía intrínseca subyacente. Dado que la IRC es un trastorno progresivamente destructivo, produce más cambios degenerativos que la IRA.³⁹

Insuficiencia Renal Aguda

La IRA puede ser de etiología:

- ❖ prerenal
- ❖ intrarrenal
- ❖ posrenal.

Las causas prerenales alteran la perfusión renal, las intrarrenales son las que dañan el parénquima renal y las posrenales obstruyen las vías urinarias en algún punto entre los túbulos y el meato urinario.⁴⁰

Factores precipitantes:

1. Disminución del flujo sanguíneo renal, por depleción. Del volumen, hipotensión, choque, traumatismo, quemaduras, hemorragia.
2. Sepsis
3. Deshidratación; traumatismos
4. Lesiones obstructivas, como trastornos vasculares, obstrucción del orificio de salida de la vejiga, cálculos.
5. Fármacos nefrotóxicos
6. Múltiples transfusiones de sangre y error en el tipo de sangre.

³⁹ Idem

⁴⁰ Lilia Brunner, Manual de la Enfermería. Edit. Mc Graw Hill, Ed. México. p. 583.

7. Derivación cardiopulmonar.

8. Cirugía extensa en personas de edad avanzada.⁴¹

La oliguria de la IRA se debe fundamentalmente a dos mecanismos
1) isquemia de las células renales por una disminución del volumen sanguíneo (como sucede en la hipovolemia) o por una redistribución del flujo sanguíneo lejos de los riñones (como ocurre en el shock) y 2) la nefrotoxicidad. Otros cuadros clínicos que producen insuficiencia renal son los traumatismos, quemaduras, la sepsis, la administración de sangre de diferente grupo y las lesiones musculares graves. Unos dos tercios de los casos de IRA se deben a un episodio brusco de isquemia renal. Al disminuir la perfusión renal, no llegan oxígeno ni nutrientes para el metabolismo celular, provocando isquemia o necrosis renal. La lesión puede producirse a los 30 min. o varias horas después de la agresión inicial.

❖ Trastornos Prerenales.

Las causas prerenales son las que alteran la perfusión renal sin provocar lesiones tubulares. Entre los trastornos que pueden producir hipoperfusión renal se encuentran la depleción del volumen circulatorio (como sucede en las hemorragias, las quemaduras, o las pérdidas gastrointestinales excesivas, como los vómitos, la aspiración nasogástrica o la diarrea), los desplazamientos de volumen (como en el caso de la ascitis), la disminución del gasto cardíaco (como en el infarto al miocardio, el taponamiento cardíaco o las disrritmias), la obstrucción vascular (como en la estenosis o la trombosis renal) y el

⁴¹ Idem.

aumento de la resistencia vascular (como sucede en el síndrome hepatorenal o al anestesiar al paciente).⁴²

❖ Trastornos Intrarrenales.

Los trastornos intrarrenales son los que dan lugar a lesiones intersticiales, glomerulares o tubulares. Una causa importante de lesión intrarenal es la secuela de un trastorno prerrenal prolongado. Otras causas son algunas infecciones, como la glomerulonefritis, y determinadas sustancias nefrotóxicas, como los metales pesados, determinados antibióticos (gentamicina, kanamicina, tetraciclina, penicilina) y los medios de contraste utilizados en los estudios diagnósticos. Las obstrucciones intrarrenales secundarias a reacciones hemolíticas a mioglobinuria también pueden causar lesiones intrarrenales.

❖ Trastornos Posrenales.

Las obstrucciones producidas por cálculos, la hipertrofia prostática o los tumores son ejemplos de trastornos que pueden provocar insuficiencia posrenal.

Fisiopatología.

Dado que los riñones reciben el 20 al 25% del gasto cardiaco, son muy sensibles a cualquier variación en su aporte sanguíneo. Dos tercios de los casos de IRA se deben a un episodio isquémico brusco. Cuando disminuye el flujo sanguíneo renal, también lo hace la

⁴² Patricia Bcare., op.cit. p. 1034.

fuerza motriz básica de la filtración. Además, los riñones dejan de recibir oxígeno y otros nutrientes vitales para el metabolismo celular.

Los riñones tienen una enorme capacidad para adaptarse a la pérdida de nefronas funcionales y pueden mantener el equilibrio hidroelectrolítico con sólo el 25% de las nefronas en funcionamiento. Un adulto sano normal necesita un gasto urinario de unos 400 ml / 24 hrs.; Para poder excretar productos residuales del organismo. En la IRA, la disminución de la filtración glomerular provoca la acumulación de dichos productos en el organismo. Independientemente del volumen de orina excretado, el paciente con IRA experimentara un incremento de los niveles séricos de creatinina y BUN como consecuencia de la reducción de la filtración glomerular de los productos residuales. Este aumento anormal de los residuos nitrogenados en la sangre recibe el nombre de azoemia⁴³

Para evitar la hipoperfusión renal, los riñones requieren una presión arterial media de al menos 60 a 70 mmHg.

En caso de hipoperfusión, los riñones ponen en marcha dos importantes respuestas de adaptación: la autorregulación y la liberación de renina. El sistema vascular renal tiene características únicas. A diferencia de otros, el lecho vascular glomerular esta situado entre dos arteriolas y la resistencia al flujo sanguíneo puede aumentar o disminuir en cualquiera de ambos extremos, alterando la presión hidrostática glomerular.

⁴³ Ibidem, p. 1035

❖ Fases clínicas y sus manifestaciones.

a) Periodo de oliguria.

(Volumen de orina menor de 400 ml/ día).

1. Sin embargo, puede haber disminución de la función renal con retención creciente de nitrógeno, incluso cuando los pacientes eliminan más de dos a tres litros de orina diariamente, la llamada insuficiencia con diuresis alta.
2. Hay aumento de la concentración sérica de los elementos que suelen eliminarse por el riñón (urea, creatinina, ácido úrico, ácidos orgánicos y los cationes intracelulares: potasio y magnesio).
3. Manifestaciones clínicas: orina escasa, sanguinolenta, letargo, náusea, vómito, diarrea y resequead de piel y membranas mucosas.
4. Manifestaciones del sistema nervioso central (SNC), somnolencia, cefalea, espasmo muscular y convulsiones.
5. Periodo de oliguria que dura alrededor de 10 días a tres semanas.

b) Periodo de diuresis.

1. Aumento gradual de la diuresis, que se duplica diario hasta que se logra un volumen relativamente fijo; o sea ha comenzado a recuperarse la filtración glomerular, pero la función renal aún es anormal. Cuando se instituye diálisis, es posible que no ocurra la fase diurética.⁴⁴

⁴⁴ Lilia Brunner.. op. cit. p. 584.

c) Periodo de recuperación.

1. Señala la mejoría de la función renal y puede llevar de tres a doce meses; suele haber una pérdida parcial permanente del índice de filtración glomerular y de la capacidad de concentración.

Evaluación diagnóstica.

- ❖ El análisis de orina revela proteinuria, hematuria y cilindros.
- ❖ Elevación del nitrógeno de la urea en sangre y de la creatinina en suero.
- ❖ Anormalidades en la homeostasis de líquidos y electrolitos.

Medidas Preventivas

- ❖ Iniciar una hidratación adecuada antes, durante y después de operaciones. Evitar la exposición a diversas nefrotoxinas. No olvidar que la mayor parte de los fármacos o sus metabolitos se excretan por los riñones.
- ❖ Evitar el abuso crónico de analgésicos: produce nefritis intersticial y necrosis papilar.
- ❖ Evitar y tratar el choque con sangre y restitución de líquidos. Evitar periodos prolongados de hipotensión.
- ❖ Vigilar la diuresis y presión venosa central cada hora en pacientes graves para descubrir el principio de insuficiencia renal en el primer momento.⁴⁵(Ver cuadro No 2)

⁴⁵ Ibidem. p. 583.

- ❖ Programar los estudios diagnósticos que requieren deshidratación, de tal forma que haya "días de descanso" en especial en pacientes de edad avanzada que quizá no tengan una reserva renal adecuada.
- ❖ Evitar Infecciones que produzcan daño renal progresivo.
- ❖ Para evitar la infección dar cuidados meticulosos a los pacientes con sonda a permanencia en caso de contar con ella y con venoclisis.
- ❖ Tomar todas las precauciones posibles para asegurar que el enfermo reciba la sangre correcta, a fin de evitar reacciones por transfusión graves que puedan precipitar complicaciones graves.

El tratamiento en general será enfocado a:

- ❖ Restauración de la homeostasis normal para permitir la reparación del tejido renal.
- ❖ Establecimiento del equilibrio de líquidos y electrolitos.
- ❖ Ingestión de suficientes elementos nutritivos para conservar los reservorios del cuerpo hasta que se restablezca la función renal.
- ❖ Prevención de complicaciones.⁴⁶

-----Salto de sección (Página siguiente)-----

⁴⁶ Ibidem. p. 584-585

4. METODOLOGÍA DE TRABAJO

Para la elaboración de este Proceso se tomaron en cuenta los siguientes aspectos que permitieron que el mismo tuviera un orden en su elaboración, que fuera cronológico y que ayudara a desarrollar las diferentes etapas del PAE.

Se aplicó a un adulto mayor con IRA, hospitalizado en el "Hospital General Dr. Manuel Gea González" en el servicio de Medicina Interna localizado en el 5° piso; al cual se le pidió consentimiento de tipo verbal, para que se realizara este trabajo previa revisión bibliográfica del proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson que fue utilizando constituyendo el marco teórico.

El tiempo que se estuvo en contacto con el paciente fue de seis días (tres guardias) ya que una de las limitantes fue que estos encuentros con el paciente eran en turno nocturno, razón por la cual, él se encontraba muchas veces cansado y fue difícil obtener los datos pues para la recolección de los mismos, se tenía que despertar al cliente; aunado a su hipoacusia, era una tanto tedioso y difícil mantener una comunicación eficaz, no obstante se lograron recabar puntos importantes para la realización del proceso.

Así es como durante este tiempo se estableció una comunicación tanto con el paciente como con el equipo de salud para así determinar un plan de cuidados, su ejecución y evaluación, el cual se basó en una historia clínica de enfermería con el propósito de integrar la base de datos (ver anexo).

Se realizó una síntesis de la valoración, descripción de las necesidades más afectadas, relación de los diagnósticos de enfermería e intervenciones que se llevaron a cabo.

Posteriormente se realizó una exploración física usando las cuatro técnicas básicas: Inspección, Palpación, Percusión y Auscultación, previo interrogatorio para obtener datos subjetivos y objetivos.

El método utilizado para realizar el examen físico fue el cefalocaudal.

Ya como complemento se formularon diagnósticos de enfermería, tomando en cuenta los tipos existentes así como su jerarquización.

Posteriormente se muestra un plan de cuidados de enfermería con objetivos, intervenciones, evaluación y posteriormente, conclusiones y sugerencias así como bibliografía y anexos.

5. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA.

5.1. PRESENTACIÓN DEL CASO.

❖ Descripción Genérica del caso.

Se trata de un adulto mayor de 60 años de edad, C. S. R., con un peso de 60 Kg. y una talla de 1.58 mt. Procedente de Guerrero, radica en Naucalpan Edo. de México, es casado, cuenta con una escolaridad de primaria y trabaja en una escuela como afanador desde hace 13 años, vive en casa rentada, en pueblo urbanizado con todos los servicios multifuncional, de religión católica, ingreso al servicio de medicina interna el día 17 de marzo del 2003, en la cama 530.

❖ Problemática Psico- social.

Vive con su esposa, tiene dos hijos(los cuales ya son casados y solo lo visitan esporádicamente), al momento de realizar la entrevista se muestra preocupado ya que su estancia en el hospital le impide seguir trabajando, pues él es el sustento en su hogar, menciona no trabajar desde hace 1 mes por cuestiones propias de la enfermedad, y que ahora su esposa tiene que cubrir el empleo, razón por la cual se muestra irritable, inquieto, además de sentir desesperación por su hipoacusia, pues la mayor parte del personal que labora en el hospital no le da el tiempo necesario para que el exprese sus emociones y

sentimientos, además de que no se le ha explicado bien todo lo que concierne a su tratamiento, razón por la cual ya no desea seguir en el hospital.

❖ Problemática física.

Ingresó el 12 de marzo a urgencias adultos, y posteriormente a medicina interna el 17 de marzo del 2003 con el Dx. de IRA. Inicia su padecimiento hace dos meses con dolor epigástrico, tipo ardoroso constante, de predominio en las noches y que aumentaba con la ingesta de alimentos. Padece también de Hipertensión Arterial Sistémica de larga duración medicado con angiotrofin 90 mg, cada 24 hrs., captopril 25 mg cada 12 hrs., desde hace 20 años.

❖ Problemática espiritual.

Su estancia en el hospital le ha hecho dudar sobre su verdadera fe, ya que el menciona ser católico, pero a su vez manifiesta que Dios no le ha ayudado lo suficiente, a su vez tiene cierto temor de pensar en la muerte, aunque el cree que eso solo lleva a gastos económicos, prefiere no pensar en eso.

5.2. VALORACIÓN DE ENFERMERIA.

Valoración según sus necesidades (Basado en el modelo de Virginia Henderson)

1. Respiración normal

La información fue obtenida directamente del paciente el cual manifiesta tener dificultad para respirar, pues presenta disnea de pequeños esfuerzos, ortopnea, tos paroxística, (taquipnea) por lo que es necesario el uso de una mascarilla reservorio y mantenerlo en reposo relativo. Su coloración de piel se torna pálida, sus lechos ungueales son normales, pues no hay presencia de cianosis y su llenado capilar es de 2 segundos, niega tabaquismo.

2. Alimentación e hidratación adecuada

La dieta que acostumbraba ingerir no incluía carne, verduras, leche; pero si había un alto consumo en pan, tortillas, leguminosas y fruta, sus horarios de comida eran muy variados. Se considera que sus hábitos dietéticos eran de buena calidad y cantidad. Comenzó con trastornos digestivos como nauseas, cólicos, diarrea que lo llevo a una perdida de peso aproximada de 8 Kg. en 15 días, y hasta hoy continua con el dolor epigástrico de tipo ardoroso, no realiza ejercicio, y el color de la piel es pálida. A la exploración abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, sin visceromegalias, peristalsis presentes de adecuada frecuencia.

3. Eliminación de los desechos corporales

Regularmente sus necesidades de eliminación eran de seis micciones al día, sin presentar dolor, solo en ocasiones ardor, o prurito, pero no sangrado, llegó a manifestar cambio de color en las mismas, aunque no era muy perceptible, y si había mal olor; presentaba dos evacuaciones al día con presencia de ruidos intestinales, abdomen blando, (Posteriormente presento diarrea con una frecuencia de 6 a 8 veces al día); se espera interconsulta con urología, ya que se sospecha que la aparición de la IRA es por infección de vías urinarias repetidas y sin tratamiento.

4. Movimiento y mantenimiento de posiciones deseadas

En la capacidad física cotidiana no tenía dificultad, pues aunque no realizaba ningún deporte, su trabajo le permitía tener movilidad y una buena funcionalidad de su cuerpo. Actualmente muestra malestar en determinadas posiciones y necesita de ayuda para la deambulaci3n, ya que no puede ponerse de pie por si solo pues, refiere no tener suficiente fuerza, sus extremidades inferiores se encuentran adelgazadas y con limitaci3n de la movilidad, pulsos dístales presentes, onicomiosis presentes, se presenta edema blando de ++ grado II con insuficiencia venosa y signo de godete, curvaturas anormales, con acortamiento de falanges y presenta encorvamiento de pies, pareciera que camina de lado.

5.-Descanso y sueño

Cuenta con un horario de descanso de tres horas, y sus horas de sueño son de 7 a 8, con la necesidad de una siesta vespertina, sufre de alteración del sueño, ya que por la necesidad de llegar puntual a su trabajo (7.00 AM.) el cual queda retirado de su hogar, le produce insomnio, y ahora con su patología, tiende a estar durmiendo la mayor parte del día lo cual a su vez le produce ansiedad, cansancio, presencia de ojeras y un sueño muy pesado.

6. Selección de la ropa apropiada

El paciente elige su vestuario en forma personal, el tiempo que tarda en vestirse es 15 min., y no le fue difícil aceptar el uso de la bata hospitalaria.

7. Mantenimiento de la temperatura corporal

Sufre de alteraciones de la temperatura (acompañada de sueño) la cual oscila en 37.5° teniendo piel caliente y aumento en la transpiración, acompañado de diaforesis nocturna.

8. Mantenimiento de la higiene corporal y del peinado

Lleva a cabo el baño cada tercer día, lavado de dientes dos veces por día, se lava las manos antes de comer, después de ir al baño; hay presencia de halitosis, tiene uñas largas y con deficiente higiene, además de presencia de micosis en uñas de miembros inferiores. Vive en una casa de tabique y techo de lámina, baño compartido, niega zoonosis y considera que tiene hábitos higiénicos buenos (cuestión que queda en entredicho.).

9. Prevención de los peligros ambientales

Vive con su esposa, conoce pocas medidas de seguridad para prevenir peligros, no se realiza exámenes periódicos de salud.

10. Comunicación con otros para expresar emociones, necesidades, temores u opiniones.

Tiene un nivel de conciencia bueno, pero esto y su comunicación se ve afectada en ocasiones por su hipoacusia, la cual es una complicación de hace tiempo, por la exposición a sonidos fuertes. Ya que muchas veces su charla parece un tanto confusa, pues la mayoría del equipo de salud y demás personal no le presta la atención necesaria lo cual a él le causa mucha preocupación.

11. Vivir de acuerdo a sus creencias

Es católico, considera su principal valor a su familia, para él la vida es vivir tranquilo, y no piensa en la muerte ya que comenta que eso produce gastos. Y cree que Dios se ha olvidado de él ya que según comenta aún no le manda la cura para su enfermedad, por lo que pone en entredicho su fe.

12. Trabajar de forma que proporcione sensación de satisfacción.

El único ingreso con el que cuentan es con el de él, pues viven al día, no es suficiente, pero pueden vivir tranquilos. Ya que dependen de ellos mismos pues no tienen ningún apoyo por parte de hijos o algún otro familiar. Razón por la cual su esposa tiene que acudir al trabajo de él y no asiste al horario de visita.

13. Jugar o participar en varios tipos de actividades recreativas

A veces realiza alguna actividad recreativa lo cual lo hace sentirse mejor, como reuniones familiares. Pero en el momento de su estancia hospitalaria se siente triste, ya que no tiene amigos que lo visiten y mucho menos cultivo una amistad de la que se sienta orgulloso, y cree que si llegara a morir nadie lo acompañara. Y el sufrimiento será para su esposa.

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que permita un desarrollo y salud normales.

Su grado de escolaridad es de primaria, tenía problemas de aprendizaje y tiene ansiedad por conocer más sobre su estado de salud. Ya que él cree que el saber más acerca de su padecimiento podría ayudarlo en saber como cuidarse fuera del hospital, en su casa, pues él manifiesta tener curiosidad sobre lo que le están haciendo, ya que la información que se le ofrece es muy pobre.

A la exploración física de enfermería se muestra cráneo normocefalo, No muestra ninguna alteración a nivel de SNC, mucosa oral deshidratada sin secreciones. A la exploración del tórax, cuello sin adenomegalias, sin limitación a la movilización, pulsos carotídeos presentes, sin soplos, presenta, traquea central desplazable, se oyen pequeños estertores, y una dificultad para que la entrada del aire sea suficiente, abdomen globoso, depresible, no refiere molestias, sólo cuando ingiere alimentos se logra observar cierta distensión abdominal.

El aparato digestivo, respiratorio y cardiovascular se encuentran afectados por el padecimiento actual (IRA e HTAS), mientras que los demás aparatos y sistemas aún se encuentran sin daño aparente.

Muestra inquietud por su padecimiento, aunque es cooperador a la exploración, sus signos vitales desde su ingreso son:

17 de Marzo del 2003 - 150/80, FC 80 x´, FR 24 x´ y Temp. 37.5°

18 de marzo del 2003- 140 / 70, FC 92 x´, FR 22 x´ y Temp. 37°

19 de marzo del 2003 - 160 /90, FC 88 x´, FR 26 x´ y Temp. 37°

20 de marzo del 2003 - 120 / 70, FC 92 x´, FR 26 x´ y Temp. 35.8°

21 de marzo del 2003 - 110 / 60, FC 84 x´, FR 26x´ y Temp. 36. 6°

22 de marzo del 2003 - 130/ 70, FC 90 x´, FR 24 x´ y Temp.36°.

Exámenes de Laboratorio. Del día 17 de Marzo del 2003

Glucosa:	98	70-110
Proteínas:	5.2	6.0 – 7.8
Hemoglobina:	14.2	13.5 - 18
Leucocitos:	5.700	4.600
Potasio:	Elevado	4.7
Sodio:	143	136- 142
Nitrógeno ureico:	77. 3	8.26
Creatinina:	4.45	0.5 – 1.2
Cloruros	115	121
pH:	5	7.35 – 7.45

Destacando que presenta polaquiuria y tiene egresos de diuresis de 1500 ml. a 2400 ml., en 24 hrs.; la mayoría de las veces el paciente se encuentra somnoliento y ansioso.

5.3. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA.

- ❖ Dificultad para respirar relacionada con dolor y tos manifestada por cambios en la frecuencia y profundidad respiratorias.
- ❖ Termorregulación ineficaz relacionada con efectos de la enfermedad manifestada por fluctuaciones de la temperatura corporal por debajo de lo normal
- ❖ Intolerancia a la actividad relacionada con deficiencia entre la demanda y el aporte de oxígeno manifestado por cansancio y necesidad para deambular.
- ❖ Disminución del volumen de líquidos relacionado con incremento de temperatura manifestado por diaforesis
- ❖ Ardor y dolor al orinar relacionado con ingesta inadecuada de líquidos manifestado por aumento en la frecuencia y disminución en la cantidad de diuresis además de edema
- ❖ Trastornos digestivos relacionados con náuseas, diarrea manifestado por disminución de peso y palidez de tegumentos.

- ❖ Dificultad en la conciliación del sueño relacionado con la hospitalización manifestado por cansancio, ojeras, y sueño pesado
- ❖ Deficiencia en la higiene personal relacionado con desconocimiento de medidas higiénicas manifestado por mal aliento y presencia de micosis en las uñas.
- ❖ Angustia relacionada con economía inestable manifestada por preocupación e irritabilidad.
- ❖ Dificultad en la comunicación relacionado con percepción auditiva ineficaz manifestado por confusión en la plática.
- ❖ Necesidad de aprender relacionado con mala información sobre el tratamiento manifestado por preocupación
- ❖ Posible infección respiratoria relacionada con el contacto de personas enfermas.

5.4. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

PLAN DE CUIDADOS

Fecha de identificación de los diagnósticos: 17 de Marzo del 2003.

Diagnostico de Enfermería:

1) Dificultad para respirar relacionado con dolor y tos manifestada por cambios en la frecuencia y profundidad respiratoria.

Objetivos de Enfermería:

- ❖ Disminuir la molestia y dolor que provoca la dificultad respiratoria

Intervenciones de enfermería	Fundamentación científica	Evaluación
<p>Valorar la frecuencia y características de la respiración.</p> <p>Toma y registro de signos vitales (temperatura, pulso, respiración y tensión arterial).</p>	<p>Esto permite valorar la intensidad de los episodios disneicos. Para lo cual se debe tomar en cuenta frecuencia, ritmo, calidad y patrón respiratorio normal del cliente en reposo y a la actividad.</p> <p>Estas constantes se deben evaluar en relación al estado de salud actual y compararse con estándares normales, ya que reflejan cambios funcionales que de otra manera no serían observados.</p>	<p>La respiración tuvo varios ascensos y descensos, esto no se pudo controlar, pero gracias a la pronta valoración se podía actuar eficazmente.</p> <p>La toma de signos vitales ayudo ya que se podía observar y vigilar que no hubiera alteraciones y así se tenía una vigilancia mayor sobre el paciente.</p>
<p>Mantener en posición fowler o semifowler al paciente</p>	<p>La posición semi-incorporada proporciona mejor mecánica de la respiración, pues así tiene mejor entrada a la caja torácica y diafragmática.</p>	<p>La posición que se le dio al paciente ayudó en mucho pues el esfuerzo para poder respirar era mínimo, y casi no le causaba molestias.</p>

<p>Realización de fisioterapia pulmonar, palmo percusión y ejercicios respiratorios simples, como inhalar y exhalar pausadamente, con la intención de que aumente la reserva de oxígeno.</p>	<p>La fisioterapia ayuda a prevenir la retención de secreciones que pudieran ser el comienzo de nuevas infecciones y los ejercicios respiratorios aumentan la capacidad vital (suma de volumen circulante y reserva pulmonar).</p>	<p>La fisioterapia evitó el acumulo de secreciones y con los ejercicios respiratorios aprendió a dosificar su volumen circulante para usar en casos de movilizarse.</p>
<p>En caso de ser necesario usar puntas nasales o mascarilla reservorio para evitar la disnea</p>	<p>La administración de oxígeno alivia la disnea y la hipoxia, favoreciendo la oxigenación de sangre y se logra por medio de presión intermitente o continua de oxígeno.</p>	<p>La utilización de puntas nasales no fue satisfactoria pues continuaba con tos y un poco de dolor, por lo cual la mascarilla si ayudo a disminuir la disnea y a estabilizar la frecuencia respiratoria.</p>
<p>Administración de analgésico en caso de no disminuir el dolor.(Paracetamol)</p>	<p>El paracetamol no produce alteración en la profundidad respiratoria, solo se debe vigilar que no se conjugue con barbitúricos, ya que dañan los centros respiratorios del cerebro, deterioran la frecuencia respiratoria y la profundidad de los mismos.</p>	<p>Solo se ministró paracetamol en una ocasión ya que los demás cuidados ayudaron en gran medida a evitar su uso constante.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

2) Termorregulación ineficaz relacionada con efectos de la enfermedad manifestada por fluctuaciones de la temperatura corporal arriba y por debajo de lo normal y por diaforesis.

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA:

- ❖ Mantener en límites normales la temperatura del paciente
- ❖ Vigilar posibles complicaciones por aumento de temperatura

Intervenciones de enfermería	Fundamentación científica	Evaluación.
<p>Toma y registro de temperatura cada 4 horas o según lo requiera el cliente.</p> <p>En caso de hipertermia colocar medios físicos para disminuir la temperatura, compresas frías y vigilar síntomas clínicos de la fiebre.</p>	<p>El aumento de temperatura indica infección</p> <p>El calor se pierde por conducción, radiación, evaporación y convección. El sistema que regula la temperatura está formado por: receptores térmicos, integrador en el hipotálamo y sistema efector que equilibra la producción y pérdida de calor.</p> <p>Los síntomas clínicos son: aumento de FC, Aumento de FR, escalofríos debido al aumento de la tensión muscular esquelética y a las contracciones</p>	<p>La toma de temperatura nos ayudó para detectar a tiempo picos febriles y actuar.</p> <p>Se controlaba de manera eficaz pues no fue necesario usar medios químicos logrando rangos de 36° C. Los medios físicos ayudaron, pues como prontamente se detectaban los picos febriles sí se podía actuar a tiempo, aunque tardaba en ceder</p>

<p>En caso de hipotermia colocar cobertor y/o lámpara para aumentar la temperatura. Así como vigilar signos de hipotermia.</p>	<p>Piel pálida y fría debido a la vasoconstricción, aspecto de "piel de gallina"cese de la sudoración, aumento de temperatura. Los medios físicos actúan de manera central (hipotálamo) y periférica</p> <p>Los signos de hipotermia son: disminución de temperatura corporal, escalofríos, piel pálida y fría, hipotensión, disminución de diuresis, falta de coordinación muscular, desorientación, somnolencia que puede progresar hasta el coma. Al abrigar al paciente se evita cianosis, taquipnea, malestar general que agravaría el estado del paciente.</p>	<p>La hipotermia era más fácil de controlar que la fiebre, ya que se detectaba más fácilmente pues sus signos de hipotermia eran mucho más evidentes (piel pálida y con escalofríos)</p>
<p>Valorar color de la piel (si esta cianótica, pálida) y temperatura. Reducir actividad física.</p>	<p>Al reducir la actividad física se limita la producción de calor, especialmente durante la fase de acaloramiento.</p>	<p>Mientras se controlaba la temperatura no se permitía realizar ninguna actividad por mínima y considero ayudó en su estabilización.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

3) Intolerancia a la actividad relacionado con deficiencia entre la demanda y el aporte de oxígeno manifestado por cansancio y necesidad de ayuda para deambular.

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA:

- ❖ Realizar actividades que aumenten gradualmente la tolerancia al ejercicio.
- ❖ Favorecer la deambulación.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación científica	Evaluación.
Al ingreso, consultar con un fisioterapeuta para la valoración de la fuerza muscular, marcha y grado de lesión	Una valoración basal es esencial para idear un programa de actividad y ejercicio individualizado.	No se pudo contar con el dato, pues creían que no era necesario, ya que no lo pedía el paciente.
Evaluación del color de la piel.	El aporte inadecuado de oxígeno produce cianosis, por la ineficiente circulación sanguínea, ya que al no realizar el intercambio gaseoso por medio de los capilares, solo transporta bióxido de carbono.	Presentaba cianosis en partes distales como dedos de pies y manos
Ayudar al paciente a desarrollar un programa de actividad y ejercicios para evitar fatiga indebida, como son: movimientos o cambios frecuentes de posición.	La disminución en la perfusión sanguínea reduce la oxigenación tisular y provoca un aumento de fatiga. Una actividad desarrollada cuidadosamente y un plan de ejercicios puede disminuir la fatiga	Los cambios posturales le resultaban cómodos pero sólo por corto tiempo, ya que no toleraba el ejercicio por más de cinco minutos. Pues sentía imposible el respirar y hacer actividad, al mismo tiempo, por lo que era

<p>Junto con el paciente, desarrollar un calendario de actividades y ejercicios para evitar la inmovilización. (Ejercicios pasivos como flexión y extensión de extremidades, rotación, etc.)</p>	<p>.y permitir al paciente realizar las actividades de la vida diaria(AVD)</p> <p>La inmovilización aumenta la desmineralización ósea.</p>	<p>necesario el uso de mascarilla al hacer esta actividad</p> <p>En este rubro se tuvo éxito, pues aunque no se levantaba al paciente debido a los mareos que le producía la deambulacion, si se podía ejercitar en cama.</p>
<p>Evitar los traumatismos de las piernas y los pies.</p>	<p>Con una sensibilidad periférica disminuida, el paciente puede no darse cuenta del traumatismo sufrido.</p>	<p>En este caso si se pudo evitar, pues no se le permitía levantarse solo. Siempre bajo la vigilancia de alguien. Además de que se tenía en constante supervisión.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

4) Disminución de volumen de líquidos relacionado con incremento de temperatura manifestado por diaforesis.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA:

- ❖ Tener un control de líquido exacto.
- ❖ Tratar la causa de la disminución de líquidos.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación.
<p>Control de líquidos por turno cuantificando el total de 24 hrs.</p> <p>Anotación de ingresos y egresos por vía oral o parenteral.</p> <p>Vigilancia de la temperatura. Valorando las pérdidas insensibles por la diaforesis para así restituir los líquidos.</p>	<p>Esto ayuda a estimar la sobrecarga o depleción de líquidos</p> <p>Una valoración precisa permite a la enfermera desarrollar planes apropiados para una terapia de reposición de fluidos.</p> <p>Las pérdidas insensibles se valoran con una fórmula que es el número de veces que tuvo fiebre, por el número de horas, entre 15 por su peso, el resultado se expresa en mililitros</p>	<p>Se pudo tener registro durante la aplicación del plan obteniendo un balance + de 200 ml. (aún seguía dentro de parámetros, pues podía tener variaciones de hasta +400 según su padecimiento.) La cantidad de diuresis variaba de 2300 a 1800 ml en 24 hrs. con una frecuencia de 8 a 10 veces por día como mínimo.</p> <p>Este balance era muy variado, pero oscilaba de 180 a 220 por vía oral y de 451 por vía parenteral.</p> <p>Valorando la temperatura y restituyendo las pérdidas se pudo volver a un balance + con 200, el cual se considera bueno para la patología.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

- 5) **Ardor y dolor al orinar relacionado con ingesta inadecuada de líquidos manifestado por aumento en la frecuencia y disminución en la cantidad de diuresis además de edema**

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA:

- ❖ Disminuir el dolor
- ❖ Prevenir la aparición de edema.
- ❖ Aumentar ingesta y excreta de líquidos.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación científica	Evaluación
Control y registro de diuresis cada 4 horas. Cuantificación de la misma, así como frecuencia.	El control meticuloso permite descartar complicación renal a la ya existente.	La frecuencia y cantidad pudo describir que se trataba de una polaquiuria.
Toma y registro de la TA primero horaria y posteriormente cada cuatro horas en posición supina, sentado, de pie, Registrar las lecturas de la TA en una hoja, para correlacionar la influencia de la hora, posición, medicación, dieta y peso. Enseñar al paciente a medir su propia TA y pulso.	Las mediciones de la TA varían comúnmente durante todo el día y en relación a la medicación administrada, dieta, peso, posición, La hipotensión ortostática puede ocurrir por un exceso de medicación o por un déficit de líquidos.	La eficaz toma de TA permitió detectarla en sus inicios por lo que se tomaban medidas. y su máxima fue de 160/80 y mínima de 110 / 60.
Administración de Analgésicos(dorixina) y diureticos (Furosemide)	La dorixina es un analgesico no esteroideo el cual en un 60% es secretado por medio de la orina, pero es de los más fáciles de excretar a diferencia de otros lo	El analgésico solo se administraba por razón necesaria cosa que sucedió en tres ocasiones. Pero el antibiótico si ayudo a combatir la infección pues en el último
Antibioticoterapia, (Trimetoprim con sulfametoxazol.)		

<p>Vendaje de miembros pélvicos y elevación de los mismos para disminuir edema</p>	<p>cual lo favorece a su vez la utilización de furosemide (diurético); el cual se utiliza para inhibir la reabsorción de electrolitos en la rama ascendente del asa de henle, al tiempo que incrementa el flujo sanguíneo renal sin aumentar la tasa de filtrado. Paralelamente hay un incremento de la excreción renal de K, Ca, Mg, y amoniaco, proporcional a la de Ca. La antibiótico terapia elegida fue eficaz puesto que actúa contra gérmenes reputados como difíciles, y como se excreta por riñón es importante no dejar de aplicar furosemide en el horario establecido. La compresión de la piel evita la aparición de un tercer espacio (edema) evitando fuga de líquidos.</p>	<p>EGO ya no hubo presencia de bacterias ni de nitritos, pero se suspendió porque comenzó con ligero exantema el cual cedió a la suspensión del medicamento y el furosemide hasta la fecha se le seguía aplicando.</p> <p>No se pudo desaparecer el edema, pero se evito que aumentara y se continuaba administrando diureticos.</p>
--	---	--

Fecha de identificación de los diagnósticos: 19 de Marzo del 2003.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

6) Trastornos digestivos relacionados con náuseas, diarrea manifestado por disminución de peso y palidez de tegumentos.

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA:

- ❖ Disminuir dichos trastornos
- ❖ Recuperar peso ideal en el paciente.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación científica	Evaluación
Anotación del código de evacuaciones características: color, consistencia, forma, cantidad, olor, componentes.	El código de evacuaciones es un método que se lleva a cabo para tener una mejor descripción de las mismas, y facilitar la valoración. De una buena función digestiva.	La diarrea disminuyó, pues inicialmente tuvo una duración de una semana y había ingresado con la misma y de ser líquida se tornó semilíquida café y ya solo evacuaba tres veces al día no 6 o 7 como había estado evacuando.
Pesar y comparar diariamente el peso corporal 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 (500 ml = 1 lb.). Ofrecerle una dieta blanda	El objetivo es conseguir el peso corporal ideal: Si el paciente esta por debajo del peso corporal ideal se le puede añadir a la dieta calorías adicionales; si esta por encima del peso corporal sería necesaria una restricción calórica.	Solo aumento un kilo 400 gr. en dos semanas, a pesar de que comía muy bien después que ya no tenía náuseas y diarrea.

<p>Animarlo a que coma alimentos ricos en calorías, en carbohidratos y bajos en contenidos de proteínas, potasio, sodio, agua. Proporcionarle una enseñanza adecuada, incluyendo planificación del aporte de alimentos y líquidos.</p>	<p>Los alimentos ricos en carbohidratos proporcionan calorías para el consumo de energía y permiten un almacenaje de proteínas dietéticas. La restricción del potasio, sodio y agua es necesaria para prevenir los desequilibrios electrolíticos y la sobrecarga de volumen. Se restringen las proteínas para controlar los niveles de toxinas uremicas y el grado de uremia.</p>	<p>El convencimiento que se le brindaba ayudó a que ingiriera toda la dieta.</p>
<p>Consultar a un dietista para incluir las preferencias del paciente a la dieta diaria.</p>	<p>Incluyendo las preferencias de alimentos, hacer la dieta más apetitosa para aumentar la adaptación dietética.</p>	<p>No fue posible darle alimentos que le gustaban, ya que la dieta era en igual para todos los pacientes con IRA.</p>
<p>Realizar actividades para reducir nauseas, vómitos, y diarrea (como tomar pequeños sorbos de agua)</p>	<p>Estos estados, a menudo provocan anorexia, o disminución de la absorción de nutrientes.</p>	<p>Si disminuyo, pues las nauseas matutinas ya no persistían desde que comenzó con los sorbos de agua, lo cual duraba a veces hasta 4 horas sin esta sensación.</p>
<p>Controlar la urea nitrogenada en sangre (BUN), la creatinina sérica y los niveles totales de proteínas como indi-</p>	<p>Los niveles de urea nitrogenada en sangre (BUN) pueden estar demasiado altos debido al aporte proteico dietético; los ni-</p>	<p>Los niveles encontrados fueron: Proteínas: 6.0 - 7.8 Hemoglobina: 13.5- 18 Sodio: 136- 142 Nitrógeno ureico: 8-26</p>

cadores de una dieta suficiente y a la adaptación a las restricciones dietéticas.

Evitar dar carnicos, ya que el paciente no toleraba este alimento especifico, además que se evitaban alimentos con alto contenido en proteínas

veles de creatinina sérica pueden estar elevados debido al aporte de proteínas dietéticas inadecuadas y a la posterior lesión muscular; los niveles de sodio y potasio están elevados por el aporte excesivo y la falta de adaptación.

En la IRA la disminución de la frecuencia de la Filtración glomerular provoca retención de fosfatos, hiperfosfatemia, disminuyendo, para compensar los niveles de calcio en plasma.

Creatinina: 0.5 – 1.2
Se encontraron elevados ph ácido y presencia de nitritos por la actividad bacteriana.

Esta intervención fue oportuna, puesto que este alimento le causaba muchas molestias para digerir, al evitarlo, le disminuyeron al paciente, pues no la toleraba, comenzaba con diarrea,

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

7) **Dificultad en la conciliación del sueño relacionado con la hospitalización manifestada por cansancio, ojeras y sueño pesado.**

OBJETIVO DE ENFERMERÍA:

- ❖ Proporcionar a nuestro paciente un ambiente confortable.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación científica	Evaluación.
Enseñarle técnicas de relajación como movimientos pasivos, de flexión, extensión, contracción, que no requieran de mucha energía.	Las técnicas de relajación permiten que los músculos se relajen produciendo así una sensación de confort que propicia el descanso.	Ayudaron a que estuviera menos tenso y conciliara el sueño
Minimizar los estímulos ambientales. Modificar el entorno, según la necesidad de proporcionar seguridad al paciente, como apagar la luz, correr las cortinas, organizar actividades para despertarlo lo menos posible.	Unos estímulos ambientales excesivos pueden provocar una sobrecarga sensitiva y una mayor desorientación. El paciente generalmente está mejor en un medio ambiente tranquilo, organizado, libre de riesgos.	Ayudo a que no despertara a cada rato durante la noche
Brindarle apoyo emocional para que se sienta relajado. Ayudarlo a que su angustia y preocupación se disipe. Escuchándolo y dándole tiempo para que exprese sus emociones	Ofrecerle un apoyo emocional, le permite al paciente disipar sus temores, angustias, preocupaciones, que son el principal problema emocional en el hospital.	Sirvió mucho pues el paciente sintió confianza hacia nosotros.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

8) Deficiencia en la higiene personal relacionado con desconocimiento de medidas higiénicas manifestado por mal aliento y presencia de micosis en las uñas.

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA:

- ❖ Enseñar hábitos higiénicos.
- ❖ Enseñar formas de autocuidado.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación científica	Evaluación.
<p>Al ingreso y dos veces al día, brindar agua o jabón según sea necesario para mantener una higiene adecuada de manos y boca así como la supervisión en la turgencia, equimosis, edema cutáneo y mantenimiento del color y textura de la piel</p>	<p>Es esencial una valoración orientativa para el desarrollo de un plan individualizado. Una valoración continuada y uniforme permite la modificación, caso de ser necesario.</p>	<p>Ayudó a evitar más excoriaciones y resequedad</p>
<p>Baño diario.</p>	<p>El baño diario proporciona disminución de bacterias en la piel lo que evita la proliferación de las mismas.</p>	<p>Este solo se realizaba cada 3er día pues por su falta de movilidad y la escasez de personal para movilizarlo no se pudo realizar</p>
<p>Enseñar al paciente un régimen de cuidados bucales adecuados que incluya enjuagues con un sabor agradable o lavados de boca diluidos con vinagre, según sea necesario, utilizando un cepillo</p>	<p>Los lavados de boca mejoran el mal sabor de boca y la halitosis. El vinagre neutraliza el amoníaco, mejorando el sabor de la boca y disminuyendo la halitosis. Un cepillo de dientes blando previene la</p>	<p>No desapareció del todo la halitosis pero si disminuyó considerablemente</p>

<p>de dientes blando para limpiar los dientes como mínimo dos veces al día</p>	<p>hemorragia y los cuidados de la boca frecuentes disminuyen las bacterias y la probabilidad de infección.</p>	
<p>Realización de colutorios. Con bicarbonato.</p>	<p>Los colutorios con solución antiséptica permiten que la halitosis desaparezca.</p>	<p>Los colutorios no se hacían periódicamente por desidia del cliente, razón por la cual no surtieron efecto.</p>
<p>Enseñanza de medida higiénicas básicas.(uñas cortas, mantener limpia y seca la piel, lavarse las manos antes y después de ir al baño)</p>	<p>Las uñas cortas previenen excoriación y rasguños. Y las medidas higiénicas evitan dermatitis e infecciones.</p>	<p>El autocuidado enseñado resulto bueno, pues el paciente mostraba interés.</p>
<p>Administración de medicamentos antimicóticos. (fluconazol)</p>	<p>Los medicamentos antimicóticos deben emplearse según el lugar afectado; como una crema que evita proliferación a la piel circundante de las uñas. Pues es un medicamento activo en contra de las micosis principalmente externas.</p>	<p>No se pudo erradicar el mal, pues como se sabe requieren de tratamientos largos, meses.</p>

Fecha de identificación de los diagnósticos: 21 de Marzo del 2003.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

9) Posible infección respiratoria relacionada con el contacto de personas enfermas.

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA.

❖ Evitar la infección.

Intervenciones de Enfermería	Fundamentación científica	Evaluación.
Mantener buenos hábitos higiénicos. Lavarse las manos, no compartir utensilios de comida.	La buena higiene es la primera barrera ante microorganismos patógenos, puesto que no tienen vía de entrada.	Las medidas utilizadas fueron, buenas ya que hasta el momento no tenía ninguna otra enfermedad contagiada por el mismo ámbito hospitalario.
Mantener una nutrición adecuada	La adecuada nutrición sirve para reforzar las defensas naturales del organismo.	Esta se llevo a cabo gracias a la cooperación del servicio de nutrición y haciendo un trabajo en conjunto.

<p>Evitar el contacto con personas enfermas.</p>	<p>Las formas de diseminación de vías respiratorias es por medio de microbios inspirados, ya que se encuentran en personas infectadas o portadoras al toser, estornudar o incluso hablar.</p>	<p>No se pudo tener un aislamiento, por lo que la convivencia con otros pacientes era forzosa.</p>
<p>Educación para la salud en la familia para prevenir infecciones de vías respiratorias.</p>	<p>En toda persona hay flora residente la cual se encuentra en estado de equilibrio y no causa enfermedad. En estados funcionales alterados o al introducirse en aparatos o sistemas diferentes, esta flora causa enfermedad. El lavado de manos es una excelente forma de reducir al mínimo el riesgo de infección.</p>	<p>Ayudo en el sentido que personas enfermas, (familiares de otros pacientes) no se acercaban con él.</p>

	<p>Mantener una temperatura corporal constante así como un ambiente sin humedad ayudara a que el paciente no realice esfuerzos innecesarios para calentarse y por lo tanto su inmunidad estará mejor protegida.</p>	
--	---	--

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

10) Angustia relacionada con economía inestable manifestada por preocupación e irritabilidad.

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA.

- ❖ Disminuir en la medida de lo posible su preocupación.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación.
Explicar al paciente que su angustia y preocupación no favorecen en nada su tratamiento.	La preocupación y angustia son manifestaciones de alteraciones sensoriales enviadas por el cerebro, las cuales se somatizan evitando así la recuperación, pues estas emociones limitan la producción normal de endorfinas. Lo cual hace más difícil la aceptación del tratamiento.	Al platicar con el paciente, se le brindo un poco más de seguridad, pues el sentirse incomunicado era lo que más le irritaba y al saber que tenía un mediador para comunicarse tanto con su esposa como con el equipo de salud esto lo tranquilizó, además de que ya utilizaba su tiempo.

<p>Proporcionarle alguna actividad sencilla que le permita despejar su mente de problemas. Al ingreso y diariamente, valorar el proceso de pensamiento del paciente. Con la ayuda de la familia, comparar las alteraciones actuales con el estado intelectual previo a la enfermedad.</p>	<p>En general las alteraciones en el proceso del pensamiento reflejan una exacerbación de los problemas previos a la enfermedad, el estado anterior proporciona las pautas para establecer unos resultados realistas. Una valoración continuada permite la modificación del abordamiento necesario.</p>	<p>El mantenerlo ocupado le quitaba los tiempos de ocio y evitaba que se preocupara.</p>
---	---	--

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

11) Dificultad en la comunicación relacionada con percepción auditiva ineficaz manifestado por confusión en la plática.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA:

- ❖ Ayudar a comunicarse al paciente

Intervenciones de Enfermería	Fundamentación Científica.	Evaluación
Ofrecerle otros medios con los cuales se pueda comunicar (papel y lápiz)	Las formas de comunicación son verbales y no verbales y para que se lleve a cabo una comunicación efectiva debe haber un mensaje, un emisor y un receptor y los instrumentos a utilizar dependerán de la deficiencia que presente cada persona, sin dejar de lado la gesticulación.	En este caso el paciente se encontraba tan débil que le causaba molestia el tener que escribir además de que su nivel escolar le impedía muchas veces entender lo referente a su tratamiento, principalmente por parte de los médicos.
Colocación de un instrumento (temporal	Se debe llevar a cavo una valoración del	Se optó por la utilización de un

<p>o Permanente) que lo ayude en su percepción auditiva.</p>	<p>oído, que implique la inspección con un otoscopio y determinación de la agudeza auditiva y detectar signos de inflamación, flujo excesivo, molestias y otras anormalidades visibles.</p>	<p>estetoscopio, para poder tener una comunicación mejor y resultó muy productivo, ya que así pudo manifestar sus inconformidades y preocupaciones, pero se sigue en espera de un aparato especial.</p>
<p>Modificación de las formas de comunicación con el paciente, se le daba tiempo, para entender la conversación, se usaba un lenguaje de fácil comprensión.</p>	<p>El paciente, habitualmente requerirá periodos cortos de comunicación simple, respondiendo mejor a las preguntas directas.</p>	<p>Se pudo entablar comunicación ya que usábamos un aparato auditivo prestado de otro paciente, cuando era necesario.</p>

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA.

12) Necesidad de aprender relacionado con mala información sobre el tratamiento manifestado por preocupación

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA.

- ❖ Explicar los procedimientos a realizar con el paciente.

Intervenciones de Enfermería	Fundamentación Científica.	Evaluación.
Explicarle al paciente todo lo que se le realizará, preguntándole si ha entendido y verificar que haya aprendido.	El hecho de describirle paso a paso todos los procedimientos que se le realizan ayuda a mitigar su preocupación. La relación de cordialidad y confianza brinda seguridad al cliente.	El paciente se sentía atacado cuando iniciaban procedimientos con el sin explicación alguna, por lo que al mostrarse interesado por él y brindarle confianza su actitud cambio.
Proporcionar Instrucción respecto al régimen terapéutico, incluyendo medicaciones, problemas comunes relacionados con la IRA y su tratamiento y planificar unos cuidados continuados.	Es un derecho del paciente saber sobre su padecimiento y tratamiento. Generalmente, es más probable que los pacientes obedezcan, si están estimulados a participar en la toma de decisiones y se les permite una máxima independencia.	No se logro disipar su preocupación por completo, pero si se pudo establecer una relación enfermera-paciente más productiva para realizar los cuidados necesarios ya que se mostraba cooperador e interesado por saber más sobre los

<p>Clarificar los conceptos erróneos, en cuanto al proceso patológico y régimen terapéutico. Permitir al paciente que tome cuantas más decisiones y elecciones informadas y cuantas más alternativas posibles.</p>	<p>Por lo tanto, cada paciente requiere un plan de cuidados individualizado, que considere los factores fisiológicos, psicosociales y culturales y sus propios deseos</p>	<p>procedimientos empleados. Sobre los aspectos que tenía duda el paciente se le explicaron, pero siempre quedaba una intriga en que hacer o que decidir, por parte de él pues la mayoría de las veces sus decisiones las tomaba sin poder consultar a su esposa o alguien más; aunque por otro lado se sentía satisfecho por que se le tomaba en cuenta.</p>
--	---	---

5.5. EVALUACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS

El plan de cuidados empleado con el paciente: C. R. S. se considera que fue satisfactorio medianamente en la forma que se le brindaron los cuidados, ya que se puede decir que estos fueron oportunos y de buena calidad; aunque estos no mitigaron del todo sus problemas o alteraciones de salud, pues a la vez surgían otros que le eran más difíciles de controlar, ejemplo de ello es que cuando se controlaba la temperatura y se le administraban líquidos, él seguía con dificultad para respirar, ya que aunque los cambios de posición eran buenos no siempre eran eficaces.

Pero se puede decir que fue plenamente satisfactorio pues este plan de cuidados se formuló según lo estipulado por bibliografía, tuvo toda una secuencia y metodología que ayudó a reconocer más aún la importancia de los cuidados planificados.

También cabe destacar que además de los cuidados que se le daban, la administración de medicamentos y la información que se vertía en él era muchas veces insuficiente, pues se tenía que enfrentar a su desesperación y angustia, por conocer aspectos importantes de su

padecimiento, Tomando en cuenta que estaba preocupado por su familia ya que era el único sustento económico en la misma, y la desesperación que le causaba la ausencia de su pareja.

Por lo que se menciona que el cuidado si fue integral, ya que el plan de atención fue ofrecido en base a todas las necesidades del paciente, lo cual indicaba que sus manifestaciones clínicas habían disminuido.

De todo esto, se evalúa que los resultados son los esperados, pues ayudaron a que el paciente mejorara su estado de salud y todas sus necesidades, las cuales en su mayoría habían sido satisfechas.

Hasta el momento que se tuvo contacto con el paciente los cuidados de enfermería se ofrecían de manera oportuna y se esperaba su alta por mejoría. A lo cual se le aunaba la explicación de los cuidados que debería tomar en su domicilio, su plan de alta.

5.6. PLAN DE ALTA

- ❖ Lo principal es promover actitudes encaminadas a mejorar la salud tanto individual como familiar.
- ❖ Como el tratamiento es tan largo los pacientes pueden descuidar la toma de medicamentos, tener recaídas o complicaciones de la misma IRA por lo que es necesario que acudan a una clínica cercana (de ser posible) para que lleve una vigilancia en el tratamiento.
- ❖ Mejorar sus hábitos higiénicos, haciendo conciencia de la importancia que tiene mantener una adecuada higiene personal, ya que además le ayudará a evitar complicaciones (como es su caso la halitosis y la micosis).
- ❖ Tomar medidas necesarias para evitar el incremento de la temperatura corporal y cuidar que esta no se eleve.
- ❖ Canalizar a centros donde se brinde terapia recreacional para que el paciente utilice su tiempo en forma productiva y satisfaga sus necesidades emocionales y propiamente de recreación.
- ❖ Enseñar medidas tempranas para detectar infecciones de vías urinarias, para que en el momento que lleguen a aparecer se les de un tratamiento oportuno.
- ❖ Enseñar técnicas de relajación para que cuando se encuentre en su hogar estas permitan reconciliar prontamente el sueño y así el paciente sentirá una sensación de descanso y confort.

❖ **Dieta:**

- Alimentos prohibidos: Derivados lácteos, Visceras, Carnes y pescados (ahumados, en lata, jamón serrano, caviar), cereales secos, galletas saladas, patatas fritas, panes integrales, germen de trigo, frutos secos, aceitunas, embutidos, verduras (alcachofa, habas, col, espinaca), chocolate, ketchup y mostaza, sal y sustitutos de sal, refrescos carbonatados.
 - Alimentos permitidos: Carnes (vaca, ternera pollo, pavo, cordero), Pescados y mariscos, requesón y queso fresco, Pan, harina, macarrones, arroz, mantequilla, verduras (lechuga, cebolla, zanahoria, pepinos), frutas (fresas, higos, mandarinas), miel, mermelada.
 - Contenido normal de una dieta Cereales, dulces, verdura, patata, frutas, lácteos, carnes, pescado, varios.
- ❖ Como la uremia suele acompañarse de náuseas, anorexia y un sabor de boca desagradable. Ello plantea problemas de cara al tratamiento nutricional de los pacientes con insuficiencia renal. De forma que se puede ayudar a que el paciente mantenga una nutrición óptima dándole un desayuno ligero por la mañana y comidas más abundantes durante el resto del día. El tratamiento dietético suele ir dirigido a restringir el aporte de proteínas, sodio y potasio, un elevado contenido de calorías y aminoácidos esenciales; con un entorno agradable y una presentación atractiva de las comidas ayudan a seguir las restricciones dietéticas y a conseguir una nutrición óptima.

6. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

Es importante conocer los cuidados a emplear en pacientes con Insuficiencia Renal Aguda, ya que este es uno de los padecimientos que más frecuentemente aparecen durante la estancia hospitalaria (el 50% de los pacientes hospitalizados la desarrollan) y en la cual se debe tener un trabajo en equipo, no solo del equipo de salud, sino también de la familia.

Por lo que se concluye en este Proceso atención enfermería lo siguiente:

- ❖ Lo que se refiere a aspectos teóricos, se logró una comprensión total de conceptos disciplinarios que se utilizan y deben utilizar en todas las expresiones que involucren una acción de enfermería y la relación que guarda con la propuesta de las catorce necesidades. Lo cual se considera es de suma importancia en el ejercicio profesional del Licenciado en Enfermería.
- ❖ El cuidado integral de enfermería en todos los niveles de atención a la salud debe tener un enfoque meramente preventivo. El cual por sus características se obtiene en el Proceso Atención de Enfermería que aunado al modelo de Virginia Henderson permite visualizar al individuo de una forma integral, razón por la cual ayuda de manera importante a realizar los cuidados de enfermería.
- ❖ Cabe destacar que la profesión de enfermería tiene conceptos propios y que los conocimientos de otras disciplinas, sirven solo

como herramientas para valorar de una manera integral al individuo.

- ❖ El objetivo general se cumplió, ya que se pudo realizar un Proceso Atención Enfermería, en el cual se implementaron cuidados integrales, y el cual debió ser de calidad, ya que se proporcionaron herramientas muy útiles para la elaboración de dicho trabajo.
- ❖ En cuanto a los objetivos específicos se logró tener un documento, que ayudó en la valoración y detección de diagnósticos de enfermería con el cual se brindaron cuidados con bases científicas que permitieron poner en práctica conocimientos adquiridos en las aulas y aunque fue corto el seguimiento se logró observar el impacto de las intervenciones aplicadas.
- ❖ Por otra parte cabe destacar la participación de otros miembros del equipo de salud, aunque siempre se debe buscar la intervención independiente de la enfermera. Es decir, no esperar a que una orden médica dicte lo que se tiene que hacer, tener juicio propio para saber en que momento actuar, ya que se cuenta con bases científicas para respaldar nuestros actos.

- ❖ Se debe fomentar el conocimiento de la metodología así como de las teorías existentes de enfermería, de esta manera se estará a la vanguardia en el avance de la disciplina.
- ❖ Dar a conocer a otros miembros del equipo de salud, los conceptos que se manejan dentro de la profesión.
- ❖ Que la información adquirida sea compartida con personas que sin tener una preparación académica si tienen la responsabilidad de cuidar su salud, para lo cual el presente trabajo puede servir como guía.
- ❖ Que la enseñanza que se nos brinda en las aulas y que sirve como lineamientos para poder realizar actividades de enfermería, ya dentro de un ámbito laboral sea un conocimiento en todos los niveles de enfermería, pues el Proceso Atención de Enfermería es el camino más eficaz para otorgar bienestar a toda persona, familia o comunidad a cualquier nivel de atención

7. GLOSARIO DE TERMINOS

ARTE ENFERMERO: Utilización creadora de la ciencia enfermera que engloba la relación interpersonal, la manera de ser de la enfermera y el recurso a la estética.

CLIENTE: Receptor de los servicios que realiza la enfermera. Ser biopsicosocial, completo e independiente que tiene necesidades. Sinónimo de paciente.

CONCEPTO: Es una idea abstracta o una imagen mental de la realidad

DIAGNOSTICO: Informe sobre el problema de salud real o potencial que la enfermera pueda tratar legalmente y de forma independiente.

DIAGNOSTICO ENFERMERO: Juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales.

EJECUCIÓN: Iniciación y finalización de las actuaciones de enfermería necesarias para ayudar al paciente a conseguir sus objetivos de salud.

ENFERMEDAD: Término médico que puede ser descrito como alteración de las funciones del organismo, resultando en una reducción de las capacidades o una disminución del alcance de la vida normal.

ENTORNO: Conjunto de condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo de un organismo o grupo de organismos.

EVALUACIÓN: Determinación del grado en el que se han alcanzado los objetivos establecidos en relación a un paciente.

JUICIO CLINICO: Término usado para el pensamiento crítico en el área clínica (en comparación con el pensamiento crítico usado en el aula) normalmente implica una serie de decisiones clínicas que incluyen: 1) Que observar, 2) Que sugieren los datos, 3) Que acciones emprender.

MARCO: Es una estructura principal que sostiene algo.

MARCO CONCEPTUAL: Conjunto de conceptos y declaraciones que se integran dentro de una configuración significativa.

MARCO O MODELO CONCEPTUAL: Es una forma de enfocar (conceptualizar) una disciplina de manera inequívoca que incluye un lenguaje común y comunicable a otros.

METAPARADIGMA: Perspectiva de conjunto de una disciplina. El metaparadigma enfermero precisa los conceptos centrales de la disciplina e intenta explicar sus relaciones.

METATEORIA: Es la discusión de los aspectos generales de una o varias teorías con el objetivo de aclarar su posible contribución al desarrollo de la ciencia enfermera. Las enfermeras metateorizadoras discuten el desarrollo del conocimiento en ciencias enfermeras.

MODELO: Marca la pauta de lo que debe hacerse, un esbozo abstracto o un boceto estructural de algo real, o una aproximación o simplificación de la realidad.

NECESIDADES FUNDAMENTALES: Son necesidades vitales esenciales que tiene el ser humano para asegurar su bienestar y preservarse física y mentalmente.

PARADIGMA: Es una descripción abstracta y teórica de un fenómeno complejo.

PARADIGMA: Corriente De pensamiento y manera de ver y comprender el mundo que influye en el desarrollo del saber y de la habilidad en el seno de las disciplinas.

PERSONA (PACIENTE): Individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila.

PLANIFICACIÓN: Proceso de designación de actuaciones destinadas a lograr los objetivos y resultados de la dispersación de cuidados

PRINCIPIO: Aspecto Fundamental y primera noción que describe en parte, la ausencia de un fenómeno y que ha trazado su carácter original.

PROCESO ATENCIÓN ENFERMERIA: Es un método racional y sistemático de organizar y presentar cuidados de enfermería. Su objetivo es identificar el estado de salud del cliente, los problemas reales o posibles de salud, establecer planes para atender necesidades que pueda identificar y determinar intervenciones específicas de enfermería para cubrir esas necesidades. Las cinco fases son: valoración, diagnóstico, planificación ejecución y evaluación.

PROCESO ENFERMERO: Método usado por las enfermeras para facilitar el Diagnóstico y Tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales.

SALUD:(OMS) Un completo estado de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad o malestar.

TEORIA: Se constituye con conceptos y proposiciones, aunque explica con mucho más detalle todos los fenómenos a que se refiere.

VALORACIÓN: Primera fase del cuidado de enfermería; las actividades que integran esta primera fase son la recogida de datos y su verificación, clasificación y documentación. El objetivo es reunir la información para identificar el problema que presenta.

VALORACION FOCALIZADA: Recogida de datos que persigue obtener información específica sobre un único aspecto del estado de salud.

8. ANEXOS.

ANEXO NO 1. Instrumento de valoración de enfermería (Necesidades humanas)

El instrumento de valoración consta de una ficha de identificación

Preguntas sobre los problemas que afectan al paciente de forma subjetivo y objetiva, además de un rubro para comentarios.

Las preguntas se realizan según las necesidades básicas y son en relación a:

- ❖ 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 uso de 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 creencias y valores
- ❖ Necesidad de trabajar y realizarse
- ❖ Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas
- ❖ Necesidad de aprendizaje.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERIA
NECESIDADES HUMANAS.

Ficha de Identificación.

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____
Escolaridad: _____ Fecha de Admisión: _____ Edo. Civil: _____
Procedencia: _____ Fuente de Información: _____
No de cama: _____ No de Registro: _____ Servicio: _____

1.- Necesidad de Oxigenación:

Subjetivo: (Información que proporciona el paciente o familiar).

Dificultad para respirar debido a: _____

Tos productiva/seca: _____ Caract. De las secreciones: _____

Dolor asociado con la respiración: _____

Fumador: _____ Tiempo: _____ Cantidad de cigarros: _____

¿De acuerdo al estado emocional varia la cantidad de cigarrillos?: _____

Objetivo: (Valoración que realiza el alumno)

Presencia de Disnea: _____ Sin esfuerzo: _____ Con esfuerzo: _____

Tos productiva a seca: _____

Características de las secreciones: _____

Hialinas: _____ Amarillo verdosas: _____ Hemoptisis: _____

Otras: _____

F.R.: _____ TA: _____ FC: _____

Dolor asociado a la inspiración o espiración: _____

Tabaquismo positivo/ negativo: _____ Síndrome de Abstinencia: _____

Uso de O₂ por puntas nasales: _____

Mascarilla: _____ Ventilador: _____

Parámetros del ventilador: _____

Presencia de cánula endotraqueal/ traqueostomía: _____

Coloración de piel, lechos ungueales y peribucal: _____

Palidez: _____ Cianosis: _____ Rubicundez: _____ Otros: _____

Llenado capilar: _____

Resultados de Laboratorio:

Gasometria

Ph: _____

Enzimas Cardiacas: _____

PCO₂: _____
Po₂: _____
HCO: _____
Déficit de base: _____
Sat. de O₂: _____
B.H.: _____
Otros: _____

Fármacos específicos: _____

2. Necesidad de nutrición e Hidratación:

Subjetivo: Dieta habitual: _____

Número de comidas: _____

Trastornos digestivos: _____

Intolerancia alimentaria, alergias: _____

Problemas de masticación y deglución: _____

Aumento de peso: _____ Perdida de peso: _____

Realiza ejercicio: _____

Uso de suplemento alimenticio: _____ Uso de fármacos: _____

Ingestión de sustancias que reducen el apetito: _____

Otros: _____

Objetivo: Dieta indicada: _____

Coloración de piel: Ictérica: _____ Pálida: _____ Grisácea: _____

Estado de la piel: Turgente: _____ Hidratada: _____ Seca: _____

Estado de mucosas: Integras: _____ Hidratadas: _____ Deshidratadas: _____

Constitución endomorfa: _____ ectomorfa: _____

Características de cabello y uñas: _____

Aspecto de dientes y encías: Adoncia: _____

Afección y manifestaciones de tubo digestivo: _____

Parámetros de P.V.C.: _____

Otros: _____

Resultados de laboratorio:

Q. S. : _____

Bilirrubina: _____

Pruebas de funcionamiento hepático: _____

B. H. : _____

Electrolitos séricos:

Cl: _____

Na: _____

K: _____

P: _____

Mg: _____

Proteínas: _____
Ca: _____
Fármacos específicos: _____

3. Necesidad de eliminación:

Subjetivo:

Hábitos intestinales: _____ Características de las heces: _____

Orina: _____ Menstruación: _____

Antecedentes de afecciones renales, hemorragias u otras: _____

Uso de laxantes o sustancias que favorecen la orina: _____

Presencia de hemorroides: _____

Dolor al evacuar: _____ Prurito: _____ Sangrado: _____

Dolor al orinar: _____ Otros: _____

Objetivo:

Características del abdomen (ruidos intestinales): _____

Estomas: _____ Auscultación del abdomen: _____

Palpación, percusión del abdomen: _____

Palpación de vejiga urinaria: _____ Volumen urinario: _____

Características de la orina: _____

Características de las evacuaciones: _____

Presencia de edema: _____ Catéteres de drenaje: _____

Resultados de laboratorio: _____

E. G. O.: _____

Urea: _____

Creatinina: _____

BUN: _____

Osmolaridad sérica: _____

Coproparasitoscópico: _____

Coproactivo: _____

Otros: _____

4. Necesidad de moverse y mantener buena postura.

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: _____

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: _____

Ejercicio, tipo y frecuencia: _____

Uso de prótesis y ortesis: _____

Objetivo:

Nivel de conciencia: _____

Estado del sistema neuro- muscular y esquelético (estado del sistema nervioso): _____

Fuerza: _____ Tono: _____ Motricidad: _____

Sensibilidad: _____ Postura: _____

Ayuda para la deambulación: _____

Presencia de temblores: _____

Como influyen las emociones en la movilidad y postura: _____

Resultados de laboratorio:

Otros: _____

Patrón de rehabilitación específico de acuerdo al caso: _____

_____ Fármacos específicos: _____

5. Necesidad de Descanso y sueño

Subjetivos:

Horario de descanso: _____ Horario de sueño: _____

Siesta: _____ Alteración del sueño: _____

¿A que considera que se deba la alteración del sueño?: _____

¿Se siente cansado al levantarse?: _____

Objetivo:

Actitud: Ansioso: _____ Angustiado: _____ Irritable: _____

Ojeras: _____ Atención: _____ Bostezos: _____

Concentración: _____ Apatía: _____ Cefalea: _____

Respuesta a estímulos: _____

Otros: _____ Fármacos específicos: _____

6. Necesidad de uso de prendas de vestir adecuadas:

Subjetivo:

Elige su vestuario en forma personal: _____

_____ Necesita ayuda

para vestirse y desvestirse: _____

_____ Sus prendas de

vestir incluyen accesorios completos: _____

_____ Utiliza pañal: _____

Objetivo:

Acepta el uso de bata hospitalaria: _____

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____

_____ Otros: _____

7. Necesidad de Termorregulación.

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: _____

Temperatura ambiental que le es agradable: _____

Objetivo:

Temperatura corporal: _____ ° C

Características de la piel: Fría: _____ Caliente: _____ Húmeda: _____

Transpiración: _____

Condiciones del entorno físico: _____

Otros: _____

Resultados de laboratorio:

Pruebas febriles: _____

Urocultivo: _____

Hemocultivo: _____

Otros: _____

Fármacos específicos: _____

8. Necesidad de higiene y protección de la piel.

Subjetivo:

Frecuencia de baño y aseo de cavidades: _____

Cuántas veces se lava los dientes al día: _____

Aseo de manos, antes y después de comer: _____

Después de eliminar: _____ Cada cuanto realiza corte de uñas: _____

Tiene creencias personales que limiten sus hábitos higiénicos: _____

Objetivo:

Aspecto general con relación a su higiene: _____

Olor corporal: _____ presencia de halitosis: _____

Higiene y características de las uñas: _____

Aseo del pelo y cuero cabelludo: _____

Lesiones dedicas, úlceras por decúbito: _____ Intervención

quirúrgica: _____ micosis: _____

Puntos de presión en salientes óseas: _____ zona de

injerto: _____ Lesión por quemaduras (espesor): _____

_____ % S. C. Q.: _____ otros: _____

Anotar en el diagrama el sitio de ubicación de la lesión dérmica:

CLAVES:

- Herida quirúrgica
- (Tipo de incisión)
- Úlcera por decúbito

- o Bolsa de drenaje
- o Quemadura
- o Micosis
- o Injerto
- o Presión en salientes óseas

Fármacos específicos: _____

9.- Necesidad de evitar peligros:

Subjetivo:

¿Vive solo o con su familia? _____

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? _____

En caso de ser afirmativo, menciones cuales:

Hogar: _____

Trabajo: _____

Vía pública: _____

Hospital: _____

¿Realiza controles periódicos de salud cada año? _____

¿Como canaliza las situaciones de tensión en la vida diaria? _____

Autoconcepto, autoimagen, autoestima: _____

Mencione las causas que considera le pueden provocar peligro: dificultad para: escuchar: _____ hablar: _____

Ver: _____ desplazarse: _____ uso de aparatos ortopédicos: _____ Otros: _____

Objetivo:

Afecciones corporales detectadas y grado de afección: _____

Métodos invasivos: _____

Condiciones del ambiente de la unidad del paciente: iluminación: _____

Ventilación: _____

Humedad de piso: _____ Higiene: _____

Otros: _____

Fármacos específicos: _____

10.- Necesidad de comunicarse:

Subjetivo:

Estado civil: _____ años de relación: _____

Vive con: _____ causas de preocupación, estrés: _____

¿manifiesta estas preocupaciones? _____

_____ ¿A quien? _____

Rol en la estructura familiar: _____

¿Comunica sus problemas debido a su afección o estado?: _____

_____ ¿Cuánto tiempo pasa solo? : _____

¿Tiene contactos sociales en la actualidad? _____

¿Con que frecuencia? _____

Objetivo:

Habla claro: _____ Confuso: _____ dificultad en la
visión: _____ Dificultad en la audición: _____

Comunicación verbal/no verbal: _____

Con la familia: _____ otras personas significativas: _____

_____ otros: _____

11.- Necesidad de vivir según creencias y valores:

Subjetivo:

Creencias religiosas: _____ ¿sus creencias le
generan conflictos personales? _____ ¿De que
tipo? _____

Principales valores personales: _____

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

_____ ¿que creencias tiene acerca de la vida y la
muerte? _____

Objetivo:

Hábitos específicos de vivir (grupo social, Religioso): _____

_____ ¿permite la exploración física? : _____

_____ ¿Tiene algún objeto indicativo, de valores o
creencias? _____

¿Demanda la atención de un guía espiritual? _____

_____ otros: _____

12.- necesidad de trabajar y realizarse:

Subjetivo:

Fuente de ingreso: (jubilado, pensionado, otro) _____

_____ ¿que actividades le hacen sentirse útil y
satisfecho? _____

¿Como influye en su estado emocional, la incapacidad que presenta
para trabajar? _____

Objetivo:

Estado emocional del paciente, calmado: _____ ansioso: _____

Enfadado: _____ retraído: _____
temeroso: _____ irritable: _____
Inquieto: _____ eufórico: _____
Otras manifestaciones: _____

13.- Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas:

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: _____
¿Como influyen los estados de estrés ante el juego y la recreación? _____
¿Participa en alguna actividad lúdica o recreativa? _____

Objetivo:

¿Presenta alguna afección en el sistema neuromuscular que le limite realizar actividades lúdicas o recreativas? _____
¿Rechaza las actividades recreativas? _____
¿Se observan cambios en el estado de ánimo al realizar actividades lúdicas o recreativas? _____
Otros: _____

14.- Necesidad de aprendizaje:

Subjetivo:

Grado académico: _____ problemas de aprendizaje: _____
limitación cognitiva: _____
Tipo: _____ preferencias: leer _____
escribir: _____ ¿Conoce, utiliza las fuentes de apoyo de aprendizaje? _____
¿Desea aprender a resolver problemas relativos a su salud? _____
otros: _____

Objetivo:

¿Presenta alguna afección del sistema nervioso que influya en su aprendizaje? _____
Estado de los órganos de los sentidos: _____
¿Como influye su estado emocional para el aprendizaje? _____
Ansiedad: _____ dolor: _____
Apatía: _____ estado de la memoria reciente: _____
remota: _____
Otras: _____

9. BIBLIOGRAFIA

- ❖ **ALFARO L; Rosalinda.** Aplicación del Proceso de Enfermería. Ed. Mosby-Doyma. ed. 3ª. Madrid. 1996. pp.182
- ❖ **ALFARO L; Rosalinda.** El pensamiento crítico en enfermería. Ed. Masson. Barcelona. 1997. pp.198.
- ❖ **BEARE, Patricia.** Enfermería medicoquirúrgica. Ed. Mosby. ed.2ª Madrid. 1998 .pp.989
- ❖ **BRUNNER, Lilia.** Manual de la Enfermera. Enfermería medicoquirúrgica. Ed. Mc Graw- Hill. 9a ed. México. 2002 pp.2313
- ❖ **CAO. T; María.** Nutrición y Dietética Ed. Masson. 2ª ed. Barcelona. 2001. pp. 309.
- ❖ **GAUNTLETT, Patricia.** Enfermería medicoquirúrgica. Ed. Mosby/ Doyma 3ª ed. Madrid 2000.Vol. II.pp.372
- ❖ **FERNANDEZ F; Carmen.** De la teoría a la practica el pensamiento de virginia Henderson en el siglo XXI. Ed. Masson, ed.2ª España, 2000.pp.
- ❖ **HALABE; CH. et al.** El internista: Medicina interna para internistas. Ed. Mc Graw -Hill Interamericana. México. 1997. pp.1429.

- ❖ **HARRISON; T. R.** Principios de Medicina Interna. Vol. II Ed. Interamericana Mc Graw- Hill.1998. Madrid. pp.1530

- ❖ **HOLLOWAY, Nancy.** Planes de Cuidados en enfermería Medicoquirúrgica. Ed. Doyma. España. 1990. pp. 505.

- ❖ **KOZIER, ERB Bárbara.** Enfermería Fundamental, conceptos, procesos y Practicas. Ed. McGraw-Hill Interamericana. Ed. 4ª Madrid. 1993. Tomo I. pp.1182.

- ❖ **MARRINER, ANN.** Proceso Atención de Enfermería. Ed. Mosby.2ª ed México 1994. pp.530

- ❖ **MARRINER, ANN.** Proceso Atención Enfermería un enfoque científico, Ed. Manual Moderno, 2ª ed. México 1983 pp.530

- ❖ **MARRINER, ANN.** Modelos y Teorías en enfermería. Ed. Harcourt/Brace Madrid.1999. pp. 555.

- ❖ **RIOPELLE, Lise y Louse Grondin.** Un Proceso Centrado en las Necesidades de la Persona. Ed. .McGraw-Hill. Madrid 1998. pp.352.

- ❖ **SAUNDERS, Luckman.** Cuidados de enfermería. Ed. Interamericana. Mc Graw- Hill.2000. Madrid. pp. 2005.

- ❖ **TAPTICH, Bárbara** Diagnósticos de enfermería y planeación de cuidados. Ed. Interamericana Mc Graw-Hill. México. 1992. pp.258.

- ❖ **TORTORA, Gerard y Sandra Grabowski.** Principios de Anatomía y Fisiología. Ed. Harcourt. ed. 7ª Madrid.1998. pp.999

- ❖ **WESLEY L. Ruby.** Teorías y modelos de Enfermería. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. ed.2ª. México 1998. pp.179.

- ❖ "Riñón." Enciclopedia® Microsoft® Encarta 2001. © 1993-2000 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

- ❖ **Pérez; H. Ma. de Jesús** Operacionalización del Proceso Atención de Enfermería. Revista mexicana de Enfermería. Cardiología. Mayo - Agosto. Vol. 10 N° 2. p. 2002.p. 68 En internet: <http://www.medigraphic.com>.

- ❖ **Rivas, Bernardo.** Presentación de caso de la Insuficiencia Renal. Revista del Instituto Nacional de Nutrición. México. Junio. 1999. p. 8.