



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A UN ADOLESCENTE CON
ALTERACIONES EN LA ELIMINACIÓN URINARIA BASADO EN EL
MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

CAMPOS HERNÁNDEZ, GABRIELA

ASESOR: LÓPEZ OLGUIN, NORBERTA

MÉXICO, D. F.

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICADO A

JESUS ROBLEDO CABALLERO

Esposo ejemplar y comprensivo

AGRADECIMIENTOS

A MI ESPOSO: Por el apoyo incondicional que me has brindado en la vida, este paso trascendental es gracias a tu comprensión y respeto, gracias por siempre.

A MIS PADRES: Quienes con su ejemplo de honestidad y rectitud, me enseñaron lo que es el valor y la tenacidad para lograr lo que se desea.

A LA PROFESORA NORBERTA: Por su enseñanza y apoyo moral durante todo el tiempo que duro la confección de este proceso

INDÍCE

	Página
1. JUSTIFICACIÓN.....	1
2. OBJETIVOS.....	2
3. METODOLOGÍA DEL TRABAJO.....	3
4. MARCO TEÓRICO	
4.1. PROCESO DE ENFERMERÍA	
Antecedentes históricos.....	4
Importancia del Proceso de Atención Enfermería.....	4
Ventajas del Proceso de Atención Enfermería.....	4
Características del Proceso de Atención de Enfermería.....	5
Etapas del proceso de Atención de enfermería.....	5
4.2. MODELO DE VIRGINIA HENDERSON	
Referencias y antecedentes personales.....	10
Principales conceptos y definiciones.....	10
Catorce necesidades básicas.....	11
Supuestos principales.....	11
Afirmaciones teóricas.....	12
5. SÍNTESIS VALORATIVA.....	14

	Página
6. PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.....	20
7. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	22
8. PLAN DE ALTA.....	43
9. CONCLUSIONES.....	45
10. SUGERENCIAS.....	46
11. GLOSARIO.....	47
12. BIBLIOGRAFÍA.....	50
ANEXOS	
ANEXO I	
*Instrumento metodológico para la valoración de las necesidades básicas (Modelo de Virginia Henderson).....	53
ANEXO II	
ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL RIÑÓN	
El nefrón.....	60
Relaciones de los riñones.....	61
Vascularización de los riñones.....	61
Relaciones de los cálices, la pelvis y el uréter.....	61
Uréteres.....	61

	Pagina
La vejiga.....	61
Relaciones de la vejiga.....	62
Uretra masculina.....	62
Fisiología.....	62
Cambios biofisiológicos en el riñón.....	63

ANEXO III

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Definición.....	64
Causas.....	64
Fisiopatología.....	64
Clasificación.....	65
Manifestaciones clínicas.....	66
Diagnóstico.....	67
Tratamiento.....	68
Pronóstico.....	71

ANEXO IV

ADOLESCENCIA

Cambios cognoscitivos.....	72
Desarrollo social y de la personalidad.....	72
Relación con los compañeros.....	72
Relación con los padres.....	72

Alteraciones psicosociales en el paciente con IRC.....	73
--	----

ANEXO V

TÉCNICA DEL CAMBIO DE BOLSA SISTEMA CONVENSIONAL

Concepto.....	74
Equipo.....	74
Procedimiento.....	74

1.- JUSTIFICACIÓN

Los hospitales son instituciones que atienden a la población con problemas de salud agudos y crónicos en los diversos servicios disponibles. Un ejemplo de estos es el Hospital Juárez de México de la Secretaría de Salud, este es un hospital de especialidades que atiende a población abierta. Entre estas especialidades se encuentra el servicio de Pediatría Médica y Quirúrgica, donde las afecciones más comunes son las respiratorias y de eliminación urinaria.

El profesional de enfermería proporciona el cuidado a niños con estas afecciones. Considerando los cambios ocurridos en las últimas dos décadas acerca de la concepción del cuidado, el entorno, la persona y la salud, así como de la reconceptualización de la enfermería es que se ha decidido profundizar en la aplicación del proceso de atención de enfermería a un paciente con afección en la eliminación urinaria.

La elevación de las afecciones en la eliminación urinaria de naturaleza progresiva en América Latina tiene gran variabilidad en relación a la distribución geográfica y las condiciones socioeconómicas de los distintos países, así como el factor de la susceptibilidad a ciertas enfermedades, el número de pacientes pediátricos con alteraciones en la eliminación urinaria, no solo ha venido aumentando, sino que el número de niños que reciben tratamientos de reemplazo están aún muy lejos de satisfacer las demandas apremiantes de atención.

De ahí la necesidad de que el pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia realice un Proceso de Atención de Enfermería, que le permita proporcionar una atención individualizada, que mejore la calidad de vida de los pacientes pediátricos con una alteración en la eliminación urinaria y que además permita desarrollar habilidad y destreza en el manejo de estos.

2.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Realizar un proceso de enfermería a través de la integración de la teoría con la práctica, todo esto con fines de titulación.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Aplicar un proceso de enfermería individualizado a un paciente con alteración en la eliminación urinaria.

Mejorar y dar continuidad del cuidado al paciente con alteración en la eliminación urinaria.

Educar al paciente para que participe activamente en su cuidado y logre la independencia.

Identificar y prevenir oportunamente complicaciones que pongan en riesgo la vida.

Realizar la valoración de enfermería, siguiendo la metodología del proceso de enfermería.

Desarrollar habilidad para la redacción de diagnósticos de enfermería según la NANDA.

Desarrollar un plan de cuidados específicos para el paciente con alteración en la eliminación urinaria.

Ejecutar el plan de cuidados con apego técnico.

Evaluar la intervención de enfermería tomando en cuenta la evolución del paciente y la satisfacción de este.

3.- METODOLOGÍA DEL TRABAJO

Se selecciono un paciente del servicio de Nefrología Pediátrica del Hospital Juárez de México. Solicitándose la colaboración y autorización de la mamá y del paciente.

La metodología en el presente trabajo clínico, se desarrollo a partir de cada una de las etapas del Proceso de Enfermería, basado en el modelo de Virginia Henderscn.

En la etapa inicial de valoración, se recopilo la información basándose en la observación, entrevista (donde se aplicó una cedula basada en las catorce necesidades de Virginia Henderson), la exploración física y otras fuentes como expediente clínico y resultados de laboratorio, para después llegar a la validación y organización de datos, los cuales nos permitieron, conocer las necesidades y problemas, para así establecer los diagnósticos de enfermería basados en la taxonomía II de la NANDA, y poder desarrollar un plan de cuidados , estableciendo prioridades, incluyendo objetivos, intervenciones de enfermería, fundamentación científica y la evaluación de las mismas. Donde además se incluyó un plan de alta.

Como punto final se dieron las conclusiones y recomendación que se creyeron pertinentes para este Proceso de enfermería.

4.- MARCO TEÓRICO

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

El Proceso de Atención de Enfermería es un método ordenado y sistemático que sirve para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería.

El Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.) exige del profesional habilidades, destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros. Así mismo, se hace necesario al conocimiento de las ciencias biológicas, sociales del comportamiento y de pensamiento crítico. Todo esto es indispensable para ayudar a los sujetos que requieren atención, para que puedan alcanzar su máximo potencial de salud (Hernández, 1999)

ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

El Proceso Atención Enfermería tiene su orígenes cuando, Hall (1955) lo consideró así primera vez, Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsch (1967) establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica. (Marriner, 1999.)

IMPORTANCIA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

Como instrumento en la práctica profesional asegura la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo familia o comunidad, asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional y para quien la recibe, permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería. (Hernández, 1999)

VENTAJAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

La aplicación del proceso de enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y la enfermera: profesionalmente el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional de enfermería se produce un aumento de la satisfacción, así como del profesionalismo.

Al paciente le permite;

- Participar en su propio cuidado
- Atención individualizada
- Continuidad en la atención
- Mejorar la calidad de atención
- Garantizar respuestas a los problemas reales y potenciales

Al profesional de enfermería;

- Le facilita la comunicación
- Concede flexibilidad en el trabajo
- Le genera respuestas individuales
- Satisfacción en su trabajo
- Le permite conocer objetivos importantes para el paciente
- Propicia el crecimiento profesional (Hernández, 1999)

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Tiene una finalidad; Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar del área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente. ([file:///A:/E/El Proceso de Atención de enfermería.htm](file:///A:/E/El%20Proceso%20de%20Atención%20de%20enfermería.htm))

ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

Consta de cinco etapas –valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación- durante las cuales la enfermera realiza acciones deliberadas para lograr sus objetivos. (Alfaro 1995)

VALORACIÓN.

La valoración es la primera etapa del proceso enfermería, consiste en la identificación del problema; se reúne información para asegurarse de que dispone de "todas las piezas del rompecabezas": para obtener una imagen clara del estado de salud del paciente

- **RECOGIDA DE DATOS:** Empieza con el primer contacto con el paciente en el momento del ingreso, se lleva a cabo una valoración de enfermería completa, y los datos pertinentes se anotan en la hoja de valoración y se elabora el plan de cuidados. La recogida de los datos continúa durante toda la permanencia del paciente en el hospital a medida que se producen

cambios y aparece nueva información. La recogida completa de datos incluye dos tipos de valoración;

VALORACION DE LOS DATOS BÁSICOS: Realizada durante la entrevista inicial con el paciente para reunir información sobre todos los aspectos de sus estado de salud

VALORACIÓN FOCALIZADA: Realizada específicamente sobre el estado de un problema real o potencial. Cuando se reúne la información durante la valoración es útil separarla en dos categorías:

DATOS OBJETIVOS: Se pueden medir a través de cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial)

DATOS SUBJETIVOS: No se pueden medir y son propios del paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica (sentimientos).

- **VALIDACIÓN DE DATOS:** Se centra en asegurarse que los datos que se poseen son reales, tomando en cuenta los siguientes aspectos:
 - 1.- Comprobar sus propios datos.
 - 2.- Buscar factores temporales que puedan alterar la exactitud de los datos.
 - 3.- Pedir ayuda a otro profesional para verificar datos.
 - 4.- Comprobar siempre por partida doble los datos que son extremadamente anormales.
 - 5.- Comprobar los datos objetivos y subjetivos.
 - 6.- Clarificar las afirmaciones del paciente y familia y verificar sus inferencias.

- **ORGANIZACIÓN DE DATOS;** Un vez reunidos y validados los datos del paciente se procede a organizarlos en categorías para identificar las capacidades del paciente, y sus problemas de salud reales y potenciales, basándose en un modelo.
- **IDENTIFICACIÓN DE PATRONES;** Ahora empieza atender algunas impresiones iniciales sobre la presencia de ciertos patrones a medida que estudia los datos que se han agrupado. Estas impresiones iniciales con frecuencia son útiles para guiar en la identificación de lagunas en la recogida de datos, a través de un modelo de atención.
- **COMUNICACIÓN/ANOTACIÓN DE LOS DATOS;** L a comunicación verbal de los hallazgos significativos deben tener prioridad sobre la finalización de la anotación de los datos básicos de enfermería.

DIAGNÓSTICO

- **ANÁLISIS DE DATOS;** Se hace el análisis de los datos recogidos en la etapa anterior para identificar los problemas reales y potenciales, así como la causa de los mismos.

- IDENTIFICACIÓN DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA; Para integrar el diagnóstico se identifica la respuesta humana de la persona, enseguida se precisa la causa misma que permitirá desprender dos tipos de problemas, que implican el rol independiente o interdependiente de la enfermera.
 - COMPONENTES DE UN DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA; El formato PES consta de tres componentes (Gordón, 1976)
 - P = Problema
 - E = Etiología o causa, utilizando la palabra "en relación a"
 - S = Signos y síntomas (características definitorias) utilizando las palabras "manifestado por".
- * TIPOS DE DIAGNÓSTICO; Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos; reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.
- REAL: representa un estado que ha sido clínica validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes; enunciado, definición de características que lo definen y los factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordón 1990).
 - ALTO RIESGO: 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 el diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. La descripción concisa del estado de salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P)+ etiología/factores contribuyentes (E).
 - POSIBLE: Son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE; problema (P) + etiología /factores contribuyentes (E).
 - DE BIENESTAR: Juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en 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. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contiene factores relacionados. Lo inherente a estos diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

PLANIFICACIÓN

- **FIJACIÓN DE PRIORIDADES;** Una vez identificados los problemas tenemos que saber cuales son los que deben tratarse inmediatamente, porque estén amenazando la vida o por que estén ocasionando otro problema. También pueden ocurrir que los problemas que en un principio fueron prioritarios pasen a un segundo lugar por otros más importantes en ese momento.
- **ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS;** Es una parte necesaria de la fase de planificación del proceso de enfermería, asegurar que todos saben lo que se pretende conseguir y cuando. La enfermera debe tener en cuenta al paciente o un familiar en caso de que este limitado para que externar su opinión, pueden ser a corto plazo pueden cumplirse con relativa rapidez, en menos de una semana o a largo plazo en varias semanas o meses.
- **DETERMINACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA;** Las actividades de enfermería son actividades o acciones específicas que la enfermera debe realizar para prevenir complicaciones, proporcionar bienestar físico, psicológico, espiritual, promover, mantener y restaurar la salud.

EJECUCIÓN

- **RECOLECCIÓN CONTINUADA DE DATOS;** Proporciona la información necesaria para tomar decisiones sobre si el plan prescrito es o no apropiado.
- **FIJACIÓN DE PRIORIDADES DIARIAS;** La habilidad para fijar las prioridades diarias es la clave para la ejecución del plan de cuidados y esta dependerá de los conocimientos y de la experiencia.
- **EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA;** Incluye realizar directamente una actividad para el cliente, ayudar al cliente a realizar una actividad por sí mismo, supervisar al paciente (o familia) mientras realiza una actividad por sí mismo, enseñar al paciente o familia sobre los cuidados de salud, asesorar al paciente o familia en las elecciones que debe hacer en la búsqueda y utilización de los recursos de salud adecuados, control del paciente para detectar problemas potenciales.
- **DOCUMENTACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA,** Se refiere al registro o anotaciones de los cuidados de enfermería y constituye un requerimiento legal.
- **COMUNICACIÓN VERBAL INFORMES DE ENFERMERÍA;** Los informes verbales que dé sobre el paciente puede tener influencia sobre los cuidados generales que éste recibe.
- **MANTENIMIENTO DE PLAN DE CUIDADOS ACTUALIZADO;** A medida que realizan las actividades de enfermería se deben evaluar los progresos diarios de cada uno de los pacientes. Si el paciente no progresa, se deben examinar los factores que lo impiden.

EVALUACIÓN

- **ESTABLECIMIENTO DE CRITERIOS DE RESULTADOS;** Evaluar los objetivos establecidos para el cliente durante la fase de planificación, para decidir hasta que punto se han logrado.
- **EVALUACIÓN DEL LOGRO DE OBJETIVOS;** La evaluación del logro de los objetivos por parte del cliente empiezan con la valoración. Esto significa que tendrá que examinar, entrevistar al paciente y reunir datos para determinar su estado actual de salud.
- **IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES QUE AFECTAN EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS;** Para identificar las variables que afectan el logro de los objetivos, se tendrá que examinar lo que sucedió durante las fases de planificación y ejecución. En situaciones complicadas, se debe considerar la evaluación del plan de cuidados en una reunión con todos los miembros clave del equipo de salud, el paciente y personas allegadas al mismo, y un experto que proporcione un punto vista adicional.
- **MODIFICACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS / FINALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS;** Se necesita establecer nuevos objetivos, identificar nuevas intervenciones o cambiar el entorno o momento de éstas, la habilidad de la enfermera para modificar el plan de cuidados y hacer los cambios necesarios, será la clave para lograr un plan de cuidados eficaz e individualizado.

4.2. MODELO DE VIRGINIA HENDERSEN

REFERENCIAS Y ANTECEDENTES PERSONALES

Virginia Henderson nació en 1897, en Kansas City, Missouri, pasó su infancia y adolescencia en Virginia, ya que su padre era abogado en Washington D. C.

Durante la primera guerra mundial, desarrollo su interés por la enfermería. En 1918 ingreso en la Army School of Nursing de Washington D.C., graduó en 1921. Mismo en el que se inicio como profesora de enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Cinco años más tarde obtuvo los títulos de BS. y M.A. en formación de enfermería. En 1929 trabajó como supervisora de enfermería en el Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York En 1930 impartió cursos sobre el proceso analítico en enfermería y sobre el ejercicio profesional. En 1939 rescribió la cuarta edición de la obra de Bertha Harper, Textbook of the Principles and Practice of Nursing, y la quinta edición de este libro en 1955. En la década de los 50's desarrollo gran labor de investigación sobre enfermería. Su folleto, Basic principles of Nursing Care, fue publicado por el internacional Council of Nurses en 1960, siendo traducido a más de 20 idiomas. La sexta edición del The Principles and Practice of Nursing, publicada en 1978, se tradujo en más de 25 idiomas. Durante la década de los 80's permanece en activo como Research Associate Emeritus en Yale. Su influencia y sus logros conseguidos en la profesión de enfermería le han reportado varios reconocimientos como: doctor honoris causa, el premio Christiane Reimann y otros más. La biblioteca internacional informatizada de enfermería de Sigma Theta Tau Internacional lleva el nombre de Virginia Henderson en su honor. (Marriner, 1999)

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

CUIDADOS BÁSICOS:

Conjunto de intervenciones terapéuticas, reflexionadas y deliberadas, basadas en un juicio profesional razonado y dirigidas a satisfacer las necesidades básicas de la persona, ya sea supliendo su autonomía en aquellos aspectos que lo requiera y ayudándola a desarrollar su fuerza, conocimiento o voluntad.

INDEPENDENCIA:

Nivel optimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer sus necesidades básicas de acuerdo con su situación de vida, se refiere aquí y ahora.

DEPENDENCIA:

Desarrollo insuficiente del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas en el presente y en el futuro de acuerdo con su situación de vida a falta de una fuerza, conocimiento y voluntad.

AUTONOMIA:

Capacidad física y psíquica de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.

AGENTE DE AUTONOMIA ASISTIDA:

Con este nombre se designa a la persona (familiar o persona allegada) que, cuando el usuario carece de autonomía, hace por él ciertas acciones encaminadas a satisfacer aquellas necesidades susceptibles de cierto grado de suplencia; comer, beber, eliminar, moverse y, mantener una buena postura corporal, conservar la piel y mucosas limpias y cuidadas y procurar un entorno seguro. (LUIS, 2000)

CATORCE NECESIDADES BÁSICAS

Dichas necesidades son;

- 1.- Respirar normalmente.
- 2.- Comer y beber en forma adecuada.
- 3.- Eliminar los residuos corporales.
- 4.- Moverse y mantener la posición deseada.
- 5.- Dormir y descansar.
- 6.- Elegir las prendas de vestir –vestirse y desvestirse-.
- 7.- Mantener la temperatura corporal dentro de los parámetros normales mediante la selección de la ropa y la modificación del entorno.
- 8.- Mantener el cuerpo limpio, cuidado y los tegumentos protegidos.
- 9.- Evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros.
- 10.- Comunicarse con los demás, expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones.
- 11.- Realizar prácticas religiosas según la fe de cada uno.
- 12.- Trabajar de tal forma que nos sintamos satisfechos con lo realizado.
- 13.- Jugar o participar en alguna actividad recreativa.
- 14.- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normales, y utilizar los recursos sanitarios disponibles.

SUPUESTOS PRINCIPALES.

Virginia Henderson no citó directamente cuales eran los supuestos más señalados que incluía en su teoría. de sus publicaciones se han extraído los siguientes supuestos. (LUIS, 2000)

ENFERMERÍA:

- Tiene como única función ayudar a los individuos sanos o enfermos.
- Actúa como miembro de un equipo médico.
- Actúa al margen del medico, pero apoya su plan.
- Debe tener nociones tanto de biología como de sociología.
- Puede valorar las necesidades humanas básicas.

Los 14 componentes del cuidado de enfermería incluyen todas las funciones de enfermería. (<http://www.aesm.net/smental/arantxa 2.htm>).

SALUD:

- Salud, es calidad de vida.
- Es fundamental para el buen funcionamiento humano.
- Requiere independencia e interdependencia.
- Favorecer la salud, es más importante que cuidar al enfermo.
- Toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene fuerza de voluntad y conocimientos necesarios. (LUIS,2000)

PERSONA (PACIENTE):

- Las personas deben mantener el equilibrio biológico, psicológico, socioculturales y espirituales que interactúen entre si.
- El paciente requiere ayuda para conseguir la independencia.
- El paciente y su familia constituyen una unidad.

Los 14 componentes del cuidado de enfermería incluyen todas las funciones de enfermería. (<http://www.aesm.net/smental/arantxa 2.htm>).

ENTORNO:

- Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad.
- Las enfermeras deben formarse en cuestiones de seguridad.
- Deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas.
- Deberán reducir al mínimo la posibilidad de accidentes.
- Los médicos se sirven de las observaciones y valoraciones de las enfermeras en las que basan sus prescripciones para aparatos de protección.
- Deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos. (LUIS,2000).

AFIRMACIONES TEÓRICAS

LA RELACIÓN ENFERMERA – PACIENTE

Se pueden identificar tres niveles en la relación enfermera – paciente que varían desde la relación muy dependiente a otra marcadamente independiente;

- La enfermera como un sustituto de algo necesario para el paciente.
- La enfermera como ayuda para el paciente
- La enfermera como compañera del paciente.

Henderson insiste en que la enfermera tiene una función única, distinta de la de los médicos. El plan de cuidados, elaborado por la enfermera junto con el paciente, se debe llevar a cabo de forma que facilite el plan terapéutico prescrito por el médico.

LA ENFERMERA COMO MIEMBRO DEL EQUIPO SANITARIO.

La enfermera trabaja en interdependencia con otros profesionales sanitarios. El objetivo es que el paciente tenga el sector más grande. La enfermería no debe existir en el vacío, La enfermera se desarrolla y aprende a identificar las nuevas necesidades sanitarias de la población a medida que se nos vayan planteando.

5.- SÍNTESIS VALORATIVA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: Yair. Edad: 15 años. Sexo: Masculino.
Fecha de nacimiento: 24 de Junio de 1988. Escolaridad: Secundaria
Ocupación: Estudiante. Estado Civil: Soltero.
Lugar de residencia: Estado de México.

VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPLORACIÓN FÍSICA

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

Desde hace aproximadamente 1 año, presenta disnea y fatiga al realizar grandes esfuerzos, presenta también epistaxis frecuente, acompañada de astenia, adinamia, parestesias en extremidades inferiores. Se realizan exámenes de laboratorio donde se aprecia anemia (Hb 3.6 y Hto 13), marcada palidez de tegumentos, con ligero tinte icterico, tórax simétrico, con adecuados movimientos torácicos durante la inspiración y expiración, campos pulmonares limpios y bien ventilados, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia. Depende de una transfusión para la corrección de la anemia y mejorar su oxigenación, pero no ha sido necesaria la administración de oxígeno. Se transfunde el 11 de Septiembre, presentando reacción al paquete globular, manifestado por hipotermia y taquicardia, por lo que se suspende, mandándose muestra a banco de sangre junto con paquete globular, se administra hidrocortisona tanto después de la reacción como antes de nueva transfusión el 14 de Septiembre, la cual se administra sin problemas.

FRECUENCIA CARDIACA: 70 por minuto
FRECUENCIA RESPIRATORIA: 22 por minuto
TEMPERATURA: 37°C
PRESION ARTERIAL: 110/70

2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

Generalmente consume fruta, verdura y agua natural, pues es lo que más le gusta, alimentándose 3 veces al día, le desagrada la carne, la calabaza y el brócoli. Regularmente consume una fruta o un dulce entre comidas Refiere náuseas matutinas, problemas para masticar por cansancio y dolor en la mandíbula, presenta dolor abdominal, estreñimiento. Se observa piel reseca,

complexión delgada, cabello bien implantado, encías normales, labios pálidos ligeramente resecaos, dientes completos sin caries, uñas delgadas. Como su padecimiento lo inicio desde hace 2 años ha tomado vitaminas continuamente (VITAL FUERTE). Desconoce el valor nutritivo de los alimentos. Por lo que dependerá del departamento de nutrición y de enfermería para manejar su dieta para Nefrópata de 2200 calorías, con 60 gramos de proteínas de alto valor biológico, hiposódica y con 820ml de líquidos para 24 horas. Agregándose a su manejo Caltrate 600, Autrin y Calcitriol. Es independiente para ingerir sus alimentos.

PESO: 49 Kg.

TALLA: 1.16 metros

3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

Evacua 1 vez al día, de color negro, constipado, en cantidad escasa, por lo que en ocasiones ingiere ciruela pasa, y esto le ayuda a defecar mejor, micción 4 o 5 veces al día, presentando orina amarillo claro en escasa cantidad, refiere infección de vías urinarias frecuentes desde los 7 años, cuatro veces al año aproximadamente, con tratamiento médico no especificado. De acuerdo a la sintomatología y a sus laboratorios se diagnóstica el síndrome urémico. Abdomen blando con peristalsis presente, dolor a la palpación media y profunda, genitales externos adecuados para su edad y sexo. Dependerá de la diálisis o hemodiálisis para tratar su Sx. Urémico. El 12 de Septiembre, se prepara y es llevado a quirófano donde se instala catéter tenchoff, se inician baños con solución de diálisis estándar al 1.5% 2000 ml con permanencia en cavidad de 30 minutos y llevando a 30 baños en la modalidad de diálisis peritoneal continua intermitente, satisfactoriamente concluyendo ciclo de 30 baños con un balance negativo y disminución en los azoados a los 8 días se interna y se lleva cabo un nuevo ciclo el cual concluye nuevamente de manera satisfactoria, no así en el tercer ciclo, el 30 de Septiembre presenta a su ingreso disfunción del catéter (entra líquido de diálisis pero no sale, la radiografía muestra que se encuentra doblado), refiere dolor abdominal intenso, drenando escasamente el líquido turbio por lo que se sospecha de peritonitis.

LABORATORIOS

A SU INGRESO:

Leucocitos de 3750
Neutrofilos de 62.5%
Linfocitos de 19.6%
Plaquetas de 148 mil
Urea de 658
Creatinina de 22.8
Sodio de 136
Potasio de 5.4
Calcio de 7.5

LABORATORIOS DEL

30 DE SEPTIEMBRE:

Hemoglobina de 7.4
Hematocrito 21.1.
Leucocitos de 4670
Neutrofilos de 37.8%
Linfocitos de 47%
Plaquetas de 185 mii
Glucosa de 88mg./dl
Urea de 282
Creatinina de 13.5

Hemoglobina de 3.6
Hematocrito de 13

Sodio de 136
Potasio de 4.8
Calcio de 8

4.- NECESIDAD DE LA MOVILIDAD Y LA POSTURA.

Su actividad física a disminuido mucho ya que no puede practicar deportes como antes (fútbol, básquet vol, boli vol y correr), camina de 15 a 20 minutos, en el interior de su casa ya que se siente muy cansado y se fatiga fácilmente, adinámico, con malestar general, además un poco deprimido, por como ha influido la Insuficiencia Renal en su vida cotidiana.

El sistema músculo esquelético es normal, se valoró la fuerza, tono, flexibilidad, extensión y abducción. Es parcialmente independiente ya que al inicio de la instalación del catéter requirió de la ayuda de la mamá y del personal de enfermería, posteriormente se moviliza de manera independiente y sus posiciones son libremente escogidas.

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

Casi desde que inicio su padecimiento es muy pasivo, además de que su mamá no le permite estar activo, ni siquiera que ayude en las labores sencillas del hogar. Generalmente duerme de 10 a 12 horas diarias, aunque ha visto alterado su ciclo ,ya que tiene periodos de sueño de 3 a 4 horas alternados con periodos de alerta durante todo el día, porque se despierta continuamente, situación que se incrementa durante la hospitalización por la toma de signos vitales, medicamentos, diálisis, las luces que hay en la sala y el ruido. Es parcialmente dependiente, pues durante la hospitalización necesita que se le brinde un ambiente tranquilo y silencioso para conciliar el sueño.

6.- NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

Es independiente no necesita ayuda para vestirse ni para elegir sus prendas, la moda no influye en la elección de sus prendas, el clima y su patología si, fue parcialmente dependiente de su mamá para que lo ayudara a vestirse los dos primeros días después de la instalación de su catéter tenchoff, posteriormente recupero su independencia.

7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN.

Es independiente, elige su ropa según el clima para controlar la temperatura, fue dependiente cuando presento reacción alérgica al paquete globular, requirió de medicamentos y medios físicos para controlar su temperatura, posteriormente recupero su independencia para regular su temperatura. Generalmente ha manejado temperaturas de 36.2°C a 37°C.

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

La higiene es buena, se baña y se cambia de ropa diariamente, prefiere el baño entre las 9 y las 11 de la mañana, su aseo dental lo realiza 3 veces al día con la técnica que su mamá le enseñó y esta incluye la limpieza de la lengua., sus dientes están limpios, completos y sin caries, sus uñas recortadas, se lava las manos antes de comer y después de ir al baño, considera que todos los aspectos de la limpieza son importantes, es independiente ya que se baña y cuida su piel solo, y fue dependiente los dos primeros días posteriores a la instalación del catéter tenchoff, además de requerir orientación sobre el manejo de su catéter al realizar su aseo.

9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

Cuenta con esquema de vacunación completo (no muestra cartilla), manifiesta que no tiene ninguna adicción, y que en su casa y en la escuela a recibido información para no consumir tabaco, alcohol, ni drogas, porque estas son dañinas para la salud. Ha tomado fármacos y remedios caseros que en algunas ocasiones le ha dado su mamá sin prescripción médica (come ciruela pasa para poder evacuar, también a tomado Vacaolina que al parecer contiene aceite de tiburón y de tortuga, esto se lo traen de Guatemala, no especifica la cantidad). Manifiesta astenia, adinamia, epistaxis, parestesia en extremidades inferiores y disnea al realizar esfuerzos. No sabe como reaccionaria ante una situación de urgencia. Es independiente para evitar peligros, refiere que su comunidad es muy tranquila y que hasta el momento nunca se ha enfrentado a ningún peligro dentro de la misma. La actitud de su familia ante su enfermedad es de protección, y no le permiten que ayude en las labores del hogar, ni que realice ninguna actividad física. Depende del personal de enfermería para llevar a cabo los procedimientos de diálisis.

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE.

Pertenece a una familia nuclear completa. Padre de 35 años chofer de microbús, Madre de 34 años dedicada al hogar, su gemelo de 15 años y su hermano menor de 13 años. Se trata de paciente cooperador, tranquilo, mantiene una buena relación con su familia, vecinos y amigos, nunca se encuentra sólo, su padecimiento a limitado la comunicación con los amigos ya que se encuentra todo

el tiempo en su casa y lo visitan poco, durante la hospitalización se observa aburrido, casi no le gusta deambular, ni ir a la sala de juegos, se relaciona poco con otros pacientes. . Es independiente, se comunica libremente con las personas que se encuentran a su alrededor.

11.- NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES.

Su mamá colocó en su cama una imagen de la Virgen de Juquila y del niño doctor, para la protección y curación del paciente, quien respeta la religión y creencias de su familia. El paciente considera que la vida hay que vivirla como se nos presenta y que su enfermedad es sólo un reto que hay que superar, menciona que no le tiene miedo a la muerte, puesto que llega sin importar la edad, ni la condición social y que algún día todos nos tenemos que morir. Sus valores y sus creencias dependen directamente de lo que le enseña su familia.

12.- NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACIÓN.

Por su edad y teniendo en cuenta que aun es hijo de familia, no es una necesidad imperante trabajar, pero tiene una actitud responsable. Refiere que es el más grande de sus hermanos incluso de su gemelo por 3 minutos. Antes de que iniciara con su padecimiento le ayudaba a una tía que tiene un negocio de maquinitas y lo que ganaba al día eran \$20 o \$40 pesos, lo cual utilizaba para ahorrar o comprarse útiles de la escuela, en el hogar ayudaba a tender su cama, pero ahora ya no le permiten que realice ninguna actividad aunque esta sea sencilla, se siente satisfecho con su manera de pensar y actuar, además desde su ingreso al hospital recibió apoyo por parte del servicio de psicología. Por su edad depende económicamente de sus padres.

13.- NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

Su actividad física esta limitada por su padecimiento y la sobreprotección de su familia, principalmente de su mamá. Se observa pálido, adinámico. De manera independiente a realizado dibujos en caricatura de los medico y en su casa también le gusta tocar la guitarra.

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

Es independiente tiene buena capacidad de recepción y aprendizaje. Refiere la mamá que siempre ha sido buen estudiante, e incluso ayuda con sus tareas a su hermano menor y a sus primos, le gusta la escuela aunque en este momento retraso su ingreso a la preparatoria por encontrarse hospitalizado, pero ya hizo su

examen e ingresara a bachilleres en el mes de febrero, aunque su mamá esta buscado la posibilidad de inscribirlo en una preparatoria que esta más cerca de su casa, aunq̄ue esta sería de paga y esto repercutiría en la economía familiar.

6.- PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES

1. Necesidades de OXIGENACIÓN

*Anemia

2. Necesidades de TERMORREGULACIÓN

*Hipertermia durante la transfusión

3. Necesidades de ELIMINACIÓN

*Estreñimiento

*Retención de líquidos y productos de desecho.

4. Necesidades de DESCANSO Y SUEÑO

*Alteración del ciclo de sueño durante la hospitalización.

5. Necesidades de NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

*Se queda con hambre desde que inicio su dieta para Nefrópata.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1. Fatiga relacionada con la anemia manifestada por cansancio, incapacidad para mantener las actividades habituales y somnolencia.

2. Hipertermia relacionada con la presencia de una reacción alérgica, durante la aplicación de paquete globular, manifestada por 38.5°C de temperatura y 100x de frecuencia cardíaca.

3.1. Estreñimiento relacionado con la restricción de líquidos, reposo prolongado y estrés emocional, manifestado por la eliminación de heces duras, secas y formadas.

3.2. Retención de líquidos y productos de desecho, relacionado con el fracaso renal y manifestado por el síndrome urémico.

4. Deprivación del sueño relacionado con estimulación ambiental sostenida, manifestada por somnolencia diurna.

5. Alteración de la nutrición, relacionada con el daño renal y las restricciones dietéticas, manifestada por marcada palidez de tegumentos, compleción delgada y la falta de saciedad después de de comer.

PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES

6. Necesidades de EVITAR EL PELIGRO

*Sobreprotección

*Peritonitis

7. Necesidades de COMUNICACIÓN

*Limitación de la comunicación desde su enfermedad

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

6. Alteración de las relaciones familiares, relacionada con la enfermedad crónica del adolescente, manifestada con sobreprotección materna.

6.1. Riesgo de infección relacionada con procedimientos invasivos, destrucción tisular y aumento de la exposición ambiental.

7. Baja autoestima, relacionada con la enfermedad crónica y la alteración de la imagen corporal, manifestada por la disminución de actividad física y el aislamiento social.

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

NECESIDAD DE OXIGENACION.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Fatiga relacionada con la anemia, manifestada por el cansancio, incapacidad para mantener las actividades habituales y somnolencia.

OBJETIVO: Corregir la anemia, para aumentar el transporte de OXIGENO de los tejidos, donde el común denominador es la hipoxia.

CUIDADOS DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
*Mantener al paciente en posición semifowler.	*La posición semifowler se logra elevando la cabecera de la cama, a un ángulo de 30° a 45° y nos facilita la expansión pulmonar, favoreciendo la ventilación.	* Se mantuvo en posición semifowler.
*Alternar periodos de descanso con actividades, según sean toleradas por el paciente.	*El reposo disminuye el consumo de oxígeno y es relativo pues el paciente puede incrementar su actividad física de acuerdo a su tolerancia.	*No se observó incremento de la dificultad respiratoria.
Vigilar datos de hipoxia.	*EN la hipoxia anémica, la tensión de O ₂ es normal, pero el contenido es bajo, como se ve en el reducido nivel de hemoglobina, por lo que cuando se presenta la hipoxia el paciente puede presentar; cianosis, irritabilidad, disminución de la vigilia, ansiedad inquietud, convulsiones, somnolencia, estupor o coma.	*Se observa somnoliento la mayor parte del tiempo.

<p>*Toma de muestras de sangre (biometría hemática, para tipar y cruzar).</p>	<p>*Conocer de manera fidedigna la condición hematológica del paciente para proporcionar tratamiento adecuado. *Valores normales de hematocrito 47, hemoglobina 16g/100cm³, en varones adultos. (LEIFER,1987) *La anemia reduce la capacidad que tiene la sangre para acarrear el oxígeno, (NORDMARK, 1979)</p>	<p>*Se obtuvieron resultados de laboratorio (resultados más relevantes para el caso): Hematocrito:13 Hemoglobina: 3.6 Grupo y Rh: B+</p>
<p>*Solicitar paquete globular.</p>	<p>*Es necesaria la transfusión de glóbulos rojos, cuando la anemia presenta valores de hemoglobina por debajo de 5gr/dl..</p>	<p>*Se recibió paquete globular, con equipo y hoja de transfusión</p>
<p>*Colocación de un acceso venoso periférico para transfusión.</p>	<p>*En la anemia severa generalmente el tratamiento es endovenoso por lo que se hace necesaria la utilización de un vaso del miembro superior (venas basilica o cefálica). Este tipo de acceso se utiliza fundamentalmente para la infusión venosa de corta duración.</p>	<p>*Se instaló venoclisis con punzocát número 17 en vena basilica del miembro superior derecho, manteniéndola permeable.</p>
<p>*Verificar las indicaciones en relación al tipo de transfusión por administrar.</p>	<p>*Una revisión cuidadosa del tipo de elementos sanguíneos que se van a transfundir, evita reacciones adversas al paciente.</p>	<p>*Al recibir paquete globular se verificó compatibilidad con los datos del paciente registrados en el expediente (nombre del paciente, grupo y Rh "B+", componente sanguíneo indicado, cantidad y velocidad de infusión.</p>
<p>*Verificar los signos vitales antes de iniciar la transfusión.</p>	<p>*La valoración de los signos vitales previos a una transfusión sanguínea, sirven para aplicarlos como valores basales y evita complicaciones indeseables en el paciente.</p>	<p>*Previo a la transfusión se abrió hoja de transfusión, se verificó estado general del paciente y se tomaron signos vitales.</p>

<p>*Iniciar paquete globular y anotar claramente efectos transfusionales</p>	<p>*Se debe registrar el momento en el que comienza y se interrumpe la administración de sangre, vigilar pulso y temperatura, estar alerta en busca de cambios (disnea, náuseas, vómitos, urticaria u otros síntomas que indicaran una reacción, se debe permanecer con el paciente los primeros 10 minutos, pues en este periodo ocurren las reacciones principales, el flujo no debe exceder de 20 gotas por minuto. (BRUNNER, 1990)</p> <p>* Parámetros normales de 12 a 16 años. (LEIFER, 1987) F.C.=83x', T°= 36 a 37°C</p>	<p>*Inició paquete globular y paralelamente se mantuvo vigilancia, realizando registros en la hoja de transfusión. (F.C.=70x' F.R=22x', T°=36.2°C Y T/A=130/65)</p> <p>*No se termino transfusión ya que presento rechazo. Hipertermia (38.5°C) y taquicardia(100x')</p>
--	--	---

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

NECESIDAD DE TERMORREGULACION.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Hipertermia relacionada con la presencia de una reacción alérgica, durante la aplicación de paquete globular, manifestada por 38.5°C de temperatura y 100x' de frecuencia cardiaca.

OBJETIVO: Disminuir la hipertermia , la taquicardia y el riesgo de otras complicaciones, derivadas del rechazo al paquete globular.

CUIDADOS DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>* Permanecer y vigilar al paciente durante la transfusión.</p> <p>*A la presentar cualquier reacción transfusional interrumpir inmediatamente paquete globular.</p> <p>*Avisar inmediatamente al medico.</p> <p>*Administrar 100mg. de hidrocortisona I.V, según indicación médica.</p> <p>*Mantener vía intravenosa permeable con solución glucosada.</p> <p>*Iniciar control térmico por medios físicos.</p>	<p>*Se debe permanecer con el paciente los primeros 10 minutos, pues en este periodo ocurren las reacciones principales. (BRUNNER,1990)</p> <p>*La hidrocortisona retarda el proceso inflamatorio, sea de origen mecánico, químico o inmunológico, e inhibe las reacciones de hipersensibilidad mediadas por células.</p> <p>*Uno de los mecanismos por el que se pierde calor es la conducción debido a la transferencia directa de calor desde el cuerpo a otra superficie y supone el</p>	<p>* Se mantuvo bajo vigilancia estrecha al paciente, quien después de 15 minutos de iniciada la transfusión presentó hipertermia (38.5°C), la taquicardia (100x').</p> <p>*Se suspendió inmediatamente transfusión.</p> <p>*Se aviso al médico quien indico hidrocortisona, de la cual se administran 100mg. I.V. diluida en 10ml. de agua inyectable.</p> <p>*Se dejaron 50 ml. de solución glucosada al 5% para 24 horas.</p> <p>*Se aplicaron compresas húmedo-tibias, en la cabeza y las regiones axilar, abdominal e inguinal. Además de mantenerlo con ropa ligera.</p>

	<p>3% de la pérdida de calor corporal. (ENCICLOPEDIA DE ENF. 1997)</p>	
<p>* Llevar curva térmica.</p>	<p>*Los pacientes pueden presentar fiebre durante la transfusión , por la presencia de pirógenos bacterianos, hipersensibilidad a los leucocitos o plaquetas, crisis hemolítica o factores desconocidos. (BRUNNER, 1990) *Por lo anterior se hace indispensable, llevar un registro continuo de la temperatura, que nos permita conocer la evolución del paciente.</p>	<p>*Se tomó temperatura cada 30 minutos y los resultados fueron los siguientes; 18:30hrs 38.5°C 19:00hrs 38.3°C 19:30hrs 38.0°C 20:00hrs 37.6°C 20:30hrs 37.2°C 21:00hrs 36.8°C</p>
<p>*Tomar muestra y enviar junto con paquete globular a banco de sangre.</p>	<p>*La bolsa con sangre y los tubos se conservan. Se llevan al banco de sangre para repetir la estimación del tipo y hacer cultivos. (BRUNNER, 1990)</p>	<p>*Se tomó muestra sanguínea la cual se envió a banco de sangre junto con paquete globular.</p>
<p>*Observar micciones en busca de hemoglobina.</p>	<p>*Las reacciones hemolíticas, son el tipo más peligroso. Las reacciones graves suelen aparecer en término de 10 minutos de comenzada la transfusión y el la siguiente micción podría aparecer hematuria, lo que nos indicaría que el daño renal se puede agravar aun más. (BRUNNER, 1990)</p>	<p>* No se observó hematuria macroscópica, ni microscópica.</p>

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

NECESIDAD DE ELIMINACION

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Estreñimiento relacionado con la restricción de líquidos, el reposo prolongado y el estrés emocional, manifestado por la eliminación de heces duras, secas y formadas.

OBJETIVO: *Identificar los factores que influyen en la eliminación fecal y en los patrones de defecación.

*Establecer medidas para mantener los patrones normales de eliminación fecal.

CUIDADOS DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
* Interrogar al paciente sobre su patrón defecatorio, descripción de las heces, cambios o problemas relacionados con la evacuación.	*Para que el organismo funcione eficazmente es necesario que se eliminen los residuos alimenticios y los gases que se encuentren en el conducto gastrointestinal, para que el organismo se destoxifique. (NORDMARK, 1979)	*El paciente refirió que desde hace 2 años, sus heces son principalmente de consistencia dura y de color negro.
*Realizar exploración física del abdomen, incluyendo; auscultación, percusión y palpación.	*La principal causa de constipación son los hábitos irregulares para efectuar la defecación, los cuales se debe a una inhibición continua de los reflejos naturales para la defecación. (NORDMARK, 1979)	*Se encontró abdomen blando con peristalsis presente, dolor a la palpación media y profunda.
*Registrar las características de la heces observando; color, consistencia, forma, cantidad y olor.	*Algunos residuos alimenticios se evacuan dentro de las primeras 24 horas, después de la ingestión y algunos otros se defecan varios días después. (NORDMARK, 1979)	*Al inicio de la hospitalización se observaron heces de color negro, consistencia dura y en escasa cantidad.

<p>* Estimular al paciente para que deambule.</p> <p>*Proporcionar alimentos laxantes, como salvado, ciruela, higos, naranja y papaya.</p> <p>*Fomentar la higiene mental a través de;</p> <ul style="list-style-type: none"> * Apoyo psicológico. * Pensamientos positivos * Actividades recreativas 	<p>*La deambulación ayuda a estilar la peristalsis.</p> <p>*Las propiedades laxantes de estos alimentos ayudan a defecación.</p> <p>* El desequilibrio entre la estimulación simpática y parasimpático, que frecuentemente, se asocian a la tensión emocional, pueden aumentar el tono del colon. El colon se torna espástico o irritable y los espasmos del músculo liso interfieren con la motilidad normal del conducto. (NORDMARK, 1979)</p>	<p>*No se logro la deambulación es muy pasivo.</p> <p>*Se incluyeron en si dieta alimentos laxantes de manera alternada, por las restricciones que hay de acuerdo a su padecimiento, lográndose evacuaciones 2 o 3 veces al día de color negro y pastosa.</p> <p>*Se contó con el apoyo por parte de psicología.</p> <p>*Realizó dibujos de caricaturas como actividades recreativas.</p> <p>*Escucho música.</p>
--	--	---

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Retención de líquidos y productos de desecho, relacionados con el fracaso renal y manifestado por el síndrome urémico.

OBJETIVOS: Ayudar a eliminar el exceso de líquidos y productos de desecho nitrogenado

CUIDADOS DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>*Llevar un control de líquidos estricto.</p> <p>*Administrar líquidos por vía oral según prescripción médica.</p> <p>*Proporcionar una dieta baja en proteínas, potasio, sodio y fósforo, (según este prescrita por el médico).</p> <p>*Observar signos de acumulación de productos de desecho.</p>	<p>* En condiciones normales los riñones controlan la cantidad de liquido en el cuerpo y ayudan a eliminar el exceso de liquido en la sangre, no así en la insuficiencia renal crónica, por lo que es necesario controlar los ingresos y egresos a fin de evitar una sobrecarga liquida.</p> <p>* La ingesta excesiva de proteínas o peor aun la alimentación deficiente e hipocalórica provocan hipercatabolismo, con aumento en la retención de urea, hipercalemia y acidosis.</p> <p>*Cuando se presenta anemia, diarrea vómitos, depresión mental, somnolencia y decaimiento, indica el empleo imperativo e los procedimientos</p>	<p>*Se abrió hoja de control de líquidos.</p> <p>*Se tomó el peso inicial del paciente.</p> <p>*Se proporcionaron 820 ml de líquidos en 24 horas según indicación medica.</p> <p>*Se proporcionaron líquidos en vasitos y en pequeñas cantidades para disminuir su ansiedad de tomar más agua.</p> <p>*Se proporcionó dieta para nefrópata de 2550cal, con 60 gramos de proteínas de alto valor biológico, hiposódica.</p> <p>*Se observo paciente anémico (Ht 13% y Hb 3.6 g.), nauseoso y somnoliento.</p>

<p>*Llevar a cabo el procedimiento de diálisis.</p>	<p>de depuración extrarrenal.</p> <p>*El criterio para la aplicación de la diálisis peritoneal es la presencia de signos de intoxicación urémica: anorexia, náuseas, vómito, diarrea, decaimiento y temblor, ó signos de hipervolemia; hipertensión arterial, edema, disnea, taquicardia, injurgitación yugular y hepatomegalía.</p> <p>PRINCIPIO: La diálisis peritoneal consiste en la utilización de la serosa peritoneal como membrana de intercambio entre la sangre y el líquido de diálisis.</p>	<p>*Se dio preparación psicológica, explicando la necesidad y en que consiste el procedimiento.</p> <p>*Se preparó el material necesario para iniciar los baños, (unidad limpia, buroo con charola de mayo, aplicador con isodine, torundas con alcohol, tela adhesiva, 2 pinzas de apoyo, apósito estéril, 1 gasita estéril, sanitas, bolsa de solución de diálisis al 1.5% de 2000ml a temperatura ambiente, cubrebocas, jabón neutro).</p> <p>*Se desarrolló la técnica del recambio de bolsa sistema convencional, en la modalidad de Diálisis Peritoneal Continua Intermittente, administrándose solución estándar al 1.5% 2000ml con permanencia en cavidad de 30 minutos, llevando hasta 30 baños y tomándose citoquímicos de control en los baños 4, 10 y 28.</p> <p>*Se hicieron registros en hoja de enfermería y hoja de diálisis.</p>
---	---	---

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Deprivación del sueño relacionado con la estimulación ambiental sostenida manifestada por la somnolencia diurna.

OBJETIVOS: Proporcionar un ambiente adecuado durante la hospitalización para favorecer un ciclo de sueño normal.

Identificar la respuesta del paciente a las intervenciones empleadas para favorecer el sueño.

CUIDADOS DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>*Valoración del ciclo de sueño que presenta el paciente y comparar con los parámetros normales.</p> <p>*Se recomienda al paciente no dormir durante el día.</p> <p>*Proporcionar confort en su cama; bien tendida, limpia, posición baja, ropa necesaria de acuerdo al clima.</p>	<p>*Los seres humanos necesitan cierta cantidad de sueño durante un periodo prolongado para mantener el funcionamiento óptimo de su organismo (tanto físico como mental). Las horas de sueño varían con cada individuo y están influidos por; 1) Edad (adolescente de 7 a 9 horas diarias), 2) características fisiológicas individuales, 3) Estado de salud, 4) Nivel de tensión y 5) Presencia o ausencia de motivación para mantenerse despierto y activo.</p> <p>*Son diversos los factores que afectan tanto la calidad, como la cantidad de sueño.</p>	<p>* El paciente durmió 16 horas aproximadamente al día.</p> <p>* Se observó durante la hospitalización, somnoliento, deprimido y dormía a intervalos continuos durante el día</p> <p>*Se mantuvo su cama limpia, ordenada y con un cobertor extra, ya que por la noche la sala es muy fría.</p>

<p>*Crear un ambiente tranquilo y silencioso.</p> <p>*Se le pidió que durmiera de preferencia en decúbito lateral izquierdo, para molestarlo lo menos posible durante los recambios de diálisis.</p> <p>*Reducir o eliminar la iluminación por la noche.</p> <p>*Mantener bajo el volumen de las conversaciones necesarias entre el personal.</p> <p>*Reajustar los horarios de los medicamentos para que no interfieran con su ciclo de sueño.</p> <p>*Realizar solo tareas de enfermería esenciales durante las horas de sueño.</p>	<p>*CALIDAD DE SUEÑO: Es la capacidad del individuo para permanecer dormido y lograr periodos apropiados de sueño.</p> <p>*CANTIDAD DE SUEÑO: Es el tiempo total que la persona pasa dormida.</p> <p>*Los factores más frecuentes con efectos adversos sobre el sueño son enfermedades, entorno, ejercicio, fatiga, estrés psicológico, medicamentos, alcohol, nutrición y otros estimulantes. (KOZIER, 1989)</p> <p>*El sistema activador reticular, controla el grado de actividad del sistema nervioso central, es el responsable del estado de alerta y del sueño. El sistema activador reticular es una red formada por células y fibras nerviosas que se originan en el tallo cerebral, suben hacia el mesencéfalo y el tálamo y de ahí se distribuyen por toda la corteza cerebral (NORDMARK, 1979)</p>	<p>*Todas las medidas implementadas permitieron que el ciclo de sueño del paciente mejorara, ya que empezó a dormir de 8 a 9 horas diarias por la noche.</p>
---	--	--

PLAN DE ATENCION ENFERMERIA

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACION

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Alteración de la nutrición, relacionada con el daño renal y las restricciones dietéticas, manifestada por marcada palidez de tegumentos, complexión delgada y la falta de saciedad después de comer.

OBJETIVO: Fomentar una adecuada alimentación, tomando en cuenta su patología.

CUIDADOS DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>* Concientizar al paciente y al familiar sobre la importancia de llevar adecuadamente la dieta.</p> <p>*Solicitar al departamento de nutrición , la dieta para nefrópata de 220cal, 60 gramos de proteínas de alto valor biológico, hiposódica, con 820ml. de líquidos para 24 horas.</p>	<p>*A medida que empeora la función renal, constituye requisito indispensable la intervención dietética con regulación cuidadosa de las proteínas, del ingreso de líquido y sodio para compensar la pérdida de ambos, así como cierto grado de restricción de potasio y fosfato. Al mismo tiempo debe garantizarse el ingreso calórico necesario y suplementación con vitaminas. Es también indispensable la restricción de proteínas, ya que la urea, creatinina, ácido úrico y ácidos orgánicos – productos de degradación e las proteínas titulares y dietéticas- se acumulan rápidamente en la sangre cuando existe problema renal. Las proteínas deben ser de alto valor biológico para proporcionar los aminoácidos esenciales. (BRUNNER, 1990)</p>	<p>*Tomo conciencia de la dieta establecida, como parte fundamental de su tratamiento, aunque considera que le tomara trabajo acostumbrarse.</p> <p>*Acepto la dieta y la restricción de líquidos, pero refiere que se queda con hambre.</p>

<p>*Solicitar al medico tratante y al departamento de nutrición una revaloración de la dieta preestablecida, para satisfacer la sensación de hambre del paciente.</p> <p>* Fomentar la educación nutricional en relación a; hábitos nutricionales, higiene personal, conservación de alimentos.</p> <p>*Informar a la mamá que debe acudir al departamento de nutrición para que reciba una orientación personalizada, sobre el valor nutricional de los alimentos y que sepa como manejar la dieta del paciente en su casa.</p> <p>*Administrar complementos alimenticios como; Caltrate, Autrin y Rocaltrol.</p>	<p>* El peso al nacer, peso en relación a la edad y talla, la determinación de concentración de hemoglobina, son indicadores mínimos antropometricos de estado nutricional. La nutrición esta determinada por la edad, actividad y estado fisiológico</p> <p>*La educación nutricional depende de la disponibilidad de alimentos, su utilización y las técnicas culinarias.</p> <p>*Las costumbres locales, religiosas o familiares y la situación económica, influyen en la aceptación o rechazo hacia algunos alimentos.</p> <p>*L a colaboración del departamento de nutrición es importante en nefrología, pues el régimen alimenticio tiene una importancia primordial en el tratamiento de la insuficiencia renal crónica. La relación interdepartamental, incrementa la atención integral del paciente.</p> <p>* CALTRATE 600, aporta el calcio necesario para la osteogénesis, favoreciendo la mineralización de la matriz ósea.</p> <p>* AUTRIN 600, en anemias por deficiencias de hierro se debe proporcionar hasta que se normalicen las concentraciones sanguíneas de</p>	<p>Se aumentaron las calorías para satisfacer su hambre, quedando su dieta para nefrópata de 2550 cal. Con 60gramos de proteínas de alto valor biológico, hiposódica, con 820ml. de líquidos para 24 horas.</p> <p>*Se mostraron muy interesados en recibir la orientación por parte del departamento de nutrición.</p> <p>* La mamá no considera que pueda tener problema para la preparación de los alimentos adecuados para la dieta.</p> <p>*Recibió orientación personalizada por parte del departamento de nutrición y guía de los alimentos que puede consumir. Pues el régimen alimenticio debe ser riguroso en el tratamiento</p> <p>* Se administró CALTRATE 600, 1 tableta cada 8 horas preprandial.</p> <p>*Se administró AUTRIN 600 1 tableta cada 24 horas.</p>
--	--	---

	<p>hemoglobina (aproximadamente 3 meses).</p> <p>* ROCALTROL (Calcitriol), es una hormona natural que ayuda a regular la homeostasia del calcio. Se produce en el riñón normalmente. En la insuficiencia renal crónica, el riñón es incapaz de producir el calcitriol de sus precursores en cantidades suficientes para mantener el equilibrio normal del calcio.</p>	<p>* Se administró ROCALTROL 1 tableta cada 24 horas.</p>
--	---	---

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

NECESIDAD DE EVITAR EL PELIGRO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Alteración de las relaciones familiares relacionada con la enfermedad crónica del adolescente, manifestada con sobreprotección materna.

OBJETIVO: Ayudar al adolescente y a su familia (mamá) a soportar el estrés que propicia la enfermedad. Fomentar la independencia, a través de la participación directa del paciente en su cuidado.

CUIDADOS DE ENFERMERIA	FUNDAMENTOS	EVALUACION
*Escuchar al paciente, mostrando interés y preocupación antes de aconsejar (individualmente)	* Fue necesario escuchar de manera separada los pensamientos y sentimientos tanto del paciente como de la mama, para dar orientación	*El paciente exteriorizó que tiene muchas dudas sobre su enfermedad y que aunque quiere mucho a su mama, siente a veces exagera en sus cuidados.
*Escuchar a la mama, mostrando interés y preocupación antes de aconsejar (individualmente)	*La familia experimenta ansiedad debido a que los miembros están preocupados acerca de la persona enferma y la resolución de su alteración. La enfermedad de un miembro de la familia es una crisis que afecta todo el sistema familiar ya que todos abandonan sus actividades usuales y enfocan su energía a restaurar el equilibrio familiar. (KOZIER, 1989)	*La mamá exteriorizo su angustia y temor de que su hijo se pueda complicar gravemente.
*Orientar al paciente y familiar sobre el cuidado que debe tener un paciente nefrópata y con diálisis (a través del Manual de Capacitación del Paciente en Diálisis Peritoneal Baxter)		*Les gusto mucho a ambos el manual y lo pidieron para llevárselo a su casa y leerlo con toda la familia. *Se dio la información por escrito para que pudieran tenerla de manera permanente.

<p>*Se invitó al paciente y al familiar a reunirse con otros pacientes en la sala de juegos para que vieran la película "Buscando a Nemo", para que la relacionaran con su enfermedad y la sobreprotección.</p>	<p>*Las familias con buena comunicación son más capaces de discutir, como se sienten acerca de la enfermedad y como afecta el funcionamiento familiar. Pueden planear el futuro y ser flexibles a adaptar estos planes a los cambios de situación. KOZIER, 1989)</p>	<p>*Les gusto mucho la película y el paciente expresó que tiene muchas ganas de salir adelante. *La mamá no emitió ningún comentario en ese momento.</p>
---	--	--

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

NECESIDAD DE EVITAR EL PELIGRO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Riesgo de infección relacionada con procedimientos invasivos, destrucción tisular y aumento de la exposición ambiental.

OBJETIVOS: Detectar complicaciones del catéter tenchoff de larga permanencia y dar tratamiento oportunamente.

Recuperar la integridad tisular de la cavidad peritoneal a través de los cuidados interdependientes.

CUIDADOS DE ENFERMERIA	FUNDAMENTOS	EVALUACION
*Llevar un registro adecuado de laboratorios y signos vitales antes de iniciar la diálisis	* Nos permitirá conocer la evolución del paciente.	*Se observaron los siguientes signos vitales; Frecuencia cardiaca de 84x. Frecuencia respiratoria de 20x' Presión arterial de 130/65 Temperatura de 36.4°C LABORATORIOS: Hemoglobina de 55 Hematocrito de 5.6 Leucocitos de 3750 Neutrofilos de 62.5% Linfocitos de 19.6% Plaquetas de 148 mil Urea de 658 Creatinina de 22.8 Sodio de 136 Potasio de 5.4

<p>*Mantener un registro exacto del balance del paciente durante la diálisis.</p> <p>*Propiciar comodidad al paciente durante la diálisis con la inmovilización del catéter, cambios frecuentes de posición, elevar la cabecera de la cama a intervalos, de ser posible, si las condiciones del paciente lo permiten la deambulaci3n.</p> <p>*Se deben vigilar signos de dificultad respiratoria.</p> <p>*Se debe observar la permeabilidad del catéter y la presencia de fugas.</p> <p>*Vigilar la temperatura de la soluci3n dializante y la presencia de dolor.</p> <p>*observar y anotar las características de líquido drenado.</p>	<p>*Pueden ocurrir complicaciones (sobrecarga circulatoria, hipertensi3n, insuficiencia cardiaca congestiva), si no se recupera la mayor parte del líquido.</p> <p>*Como el periodo de diálisis es prolongado el paciente se cansara y le creara mas incomodidad.</p> <p>*La presi3n del líquido en la cavidad peritoneal y el desplazamiento hacia arriba del diafragma, puede producir trastornos en la respiraci3n.</p> <p>*Es necesario que exista una buena entrada y salida de líquido de diálisis para eliminar el exceso de líquidos y sustancias t3xicas. Tambi3n es importante detectar fugas en la periferia del catéter ya que estas predisponen a una peritonitis.</p> <p>*El dolor puede depender de la temperatura de la soluci3n dializante, del drenaje incompleto de la soluci3n, de irritaci3n quí mica o de peritonitis.</p> <p>*Observar los cambios en el color del líquido dializado que drena del ni3o. La</p>	<p>Calcio de 7.5</p> <p>*Al final de su primer ciclo de 30 ba3os se observo un balance negativo de 1560.</p> <p>*Se observo paciente cooperador, pero no quiso movilizarse fuera de la cama. *Se cansa y experimenta incomodidad por lo tanto se intensifica la vigilancia y se le pregunta como se siente m3s cómodo.</p> <p>*No se observo dificultad respiratoria, durante la estancia en cavidad de líquido de diálisis.</p> <p>*En los dos primeros ciclos el funcionamiento fue de 30 ba3os cada uno. Obteniendo un balance negativo y adem3s la uremia baja.</p> <p>*En el tercer ciclo presento disfunci3n del catéter tenchoff y peritonitis.</p> <p>*Se observ3 salida de líquido turbio con abundante fibrina.</p>
--	--	---

<p>*Enviar muestras al laboratorio de solución de diálisis, para frotis y cultivo.</p>	<p>coloración debe tener un color pajizo. Si el color es rosado, amarillo brillante o marrón, o si la solución aparece turbia, se debe avisar inmediatamente al medico.</p> <p>*El frotis y el cultivo nos permitirán conocer la causa de la peritonitis, para establecer el tratamiento adecuado.</p>	
--	--	--

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Baja autoestima, relacionada con la enfermedad crónica y la alteración de la imagen corporal, manifestada por la disminución de actividad física y el aislamiento social.

OBJETIVO: Animar al paciente para que se integre a un ambiente más social para que comprenda su enfermedad y afiance su autoestima.

CUIDADOS DE ENFERMERIA	FUNDAMENTOS	EVALUACION
<p>*Fomentar la comunicación con el paciente.</p> <p>*Buscar con el familiar y el paciente diversidad en sus actividades.</p> <p>*Estimular al paciente para que deambule fuera de la sala e interactúe con otros pacientes nefrópatas que se encuentran en el área.</p> <p>* Proporcionar alternativas para mejorar su imagen corporal. Explicarle a la mamá como elaborar un fajero, y se le enseñó al paciente a utilizarlo, para resguardar y disimular el catéter.</p>	<p>* La comunicación es la transmisión de sentimientos, o una interacción más personal y social entre la gente. Algunos adolescentes se quejan al ser incapaces de comunicarse de manera comprensible o con sentimiento a un padre o figura autoritaria. (KOZIER, 1989)</p>	<p>* Se mantuvo comunicación constante con el paciente y su mamá, apreciándose que están comprendiendo mejor su trastorno.</p> <p>* Realizó dibujos de caricaturas y escuchó música.</p> <p>*Converso un poco más con dos de sus compañeros de sala.</p> <p>*Ambos se sintieron satisfechos con los resultados del fajero, sobre todo el paciente, expresa que se siente más seguro y cómodo.</p>

8.- PLAN DE ALTA

Se da orientación oral y por escrito a Yair y sus familiares sobre los cuidados y las precauciones que deberá tener en casa.

¿ Qué pasa si tus riñones dejan de funcionar?

- 1.- El exceso de sustancias tóxicas en la sangre se llama uremia y te sentirás confundido, con sueño y con ganas de vomitar.
- 2.- Te verás pálido y te sentirás cansado ya que los riñones no están ayudando al cuerpo a producir glóbulos rojos.
- 3.- Cuando los riñones no pueden eliminar el exceso de agua, se hincharan los pies, tobillos y alrededor de los ojos, incluso si se acumula líquido en los pulmones, puedes sentir la falta de aire.
- 4.- Puede ser que sigas eliminando orina, pero la cantidad de desechos que esta debe contener no es la normal, y esto te hará sentir; mal sabor de boca, pérdida del apetito y náuseas.

OJO “RECUERDA”

Cuando los riñones fallan tenemos que reemplazar parte de las funciones, a través de:

- 1.- Dieta: Es necesario que asistas al departamento de nutrición para que recibas orientación personalizada, para la dieta que debes llevar de acuerdo a tus necesidades y a la prescripción médica.
- 2.- Es muy importante que tomes tus medicamentos (vitaminas y antihipertensivos principalmente), como te lo indico el médico.
- 3.- Diálisis Peritoneal o Hemodiálisis; Es importante que acudas cuando se te cita, para llevar a cabo tu ciclo de diálisis, para que lleves un mejor control de la uremia.

Cuidados en casa

- 1.- Siempre lavar y secar las manos antes de tocar el catéter y el sitio de salida.
- 2.- Cubrir muy bien la conexión del catéter con una bolsa limpia para evitar que se moje durante el baño.
- 3.- El baño debe ser diario.
- 4.- Limpie diariamente el sitio de salida del catéter después del baño, (limpie alrededor del catéter con movimientos rotatorios con jabón neutro y agua hervida).
- 5.- Mantener seco el sitio de salida del catéter y la herida.

- 6.- Inmovilizar el catéter.
- 7.- Cambio de ropa diario.
- 8.- Pon atención a tu peso, si es posible péstate cada tercer día.
- 9.- Revisa tu presión arterial (en cualquier centro de salud cercano a tu casa).

Que no hacer

- 1.- No bañar en tina.
- 2.- No jalar ni torcer el catéter.
- 3.- No colocar el cinturón sobre el sitio de salida del catéter.
- 4.- Nunca uses tijeras, en ninguna parte cercana al catéter.
- 5.- No utilices sustancias químicas cerca o sobre el catéter (alcohol, cloro, isodine, crema, pomadas, talco ó aceite).
- 6.- No rasques el sitio de salida del catéter o la herida.
- 7.- No toques el catéter o el sitio de salida con las manos sucias.

Acudir inmediatamente al servicio de urgencias

- 1.- Si accidentalmente se salió o rompió el catéter.
- 2.- Si se contaminó el catéter.
- 3.- Si presentas fiebre.
- 4.- Si al revisar el sitio de salida, esta enrojecido, le sale pus, está hinchado ó te duele.
- 5.- Si tienes la presión arterial alta.
- 6.- Si tienes dificultad para respirar.
- 7.- Si estas demasiado hinchado.
- 8.- Si tienes diarrea o vómito.

9.- CONCLUSIONES

Anteriormente los cuidados de enfermería se basaban en las ordenes escritas por lo médicos, las cuales se enfocaban hacia la enfermedad, olvidando al individuo como un ser fisiológico, psicológico, sociocultural y espiritual, único en el universo, el que además pertenece a una familia y a la sociedad.

De ahí que el Licenciado en Enfermería y Obstetricia, debe olvidarse de los cuidados que sólo son guiados por la intuición y aplicar el método científico que es esencial para su desarrollo, al detectar las necesidades de salud a través del Proceso de Enfermería, pues así lo demanda la práctica profesional, la cual debe ser cada vez más eficaz, sobre todo para aquellas que hemos egresado de una escuela de nivel superior.

El Proceso de Enfermería es una metodología, basada en el modelo de Virginia Henderson, que nos permite desarrollar capacidades técnicas, intelectuales, de relación y confianza, por medio de la obtención de información necesaria para el abordaje de las necesidades del paciente y su tratamiento, todo a través de la resolución de problemas utilizando un pensamiento crítico y estableciendo un juicio clínico de enfermería, que permite la mejora continua, cuando la enfermera proporciona atención con calidad y humanismo, no sólo durante su hospitalización, sino también sobre los cuidados que debe tener el paciente de manera independiente en su hogar.

Por otra parte es importante que la enfermera ponga en práctica esta metodología en su área laboral y perfilarse hacia una práctica profesional, programada y anticipatorio, siendo capaz de introducir cambios para la optimización de los recursos, además de incluir aspectos éticos.

Por lo que la realización de este Proceso me permitió conocer los beneficios que se pueden obtener mediante la aplicación del Proceso de Enfermería en la práctica clínica, lo que me permitirá mejorar el ejercicio de mi profesión y la aplicación de la investigación en enfermería.

10.- SUGERENCIAS

- Promover la enseñanza del Proceso de Enfermería a todo profesional de enfermería, para estandarizar este conocimiento y utilizar un mismo lenguaje.
- Se recomienda la utilización del Proceso de Enfermería dentro de las instituciones de Salud, para que el personal lo conozca y lo aplique, como requisito básico, en su ejercicio profesional.
- Iniciar el proceso de evaluación de la aplicación del Proceso de Enfermería como metodología de trabajo para identificar sus ventajas.
- Actualizar al personal de enfermería a través de la educación continua, acerca de las teorías y modelos, innovadores que ofrezcan nuevas alternativas para la mejora del cuidado a la persona con situaciones de salud o enfermedad.

11.- GLOSARIO

ACIDOSIS: (L. Acidus, agrio; G. osis, estado) Depleción de la reserva alcalina del organismo, con la siguiente alteración del equilibrio ácido básico

ACTUACION O INTERVENCION DE ENFERMERIA: Actividades realizadas por la enfermera para cambiar el efecto de un problema.

ANEMIA: Un estado en que la sangre es deficitaria en hematíes o hemoglobina.

ANEMORREA: (G. a, no; men, mes; rheen, fluid) Falta de menstruación. A. PRIMARIA, cuando la menstruación no se ha establecido en la época que debe aparecer por primera vez. B. SECUNDARIA, falta de menstruación una vez que se ha iniciado.

ANTIBIOTICO: Sustancia producida por microorganismos, que tienen la capacidad de inhibir el crecimiento o destruir otros microorganismos.

ALBUMINURIA: (L. albus, blanco; G. ouron, orina), presencia de albúmina en la orina. El trastorno puede ser temporal y desaparecer por completo, como en muchos estados febriles. A. CRÓNICA, causa hipoproteínemia, B. ORTOSTÁTICA O POSTURAL, anomalía de importancia mínima en la que la albúmina aparece estando de pie, y falta en la orina que se elimina durante el sueño.

ASTENIA: (G. astenia, necesidad de fuerza). Decaimiento, debilidad.

AZOEMIA: (G. a, no; zotikos, hecho para conservar la vida; haima, sangre). Sinónimo de uremia.

CATABOLISMO: (CATABOLISM) Proceso metabólico complejo en el cual se degradan una serie de biomoléculas y se libera energía para su utilización en el trabajo metabólico, su almacenamiento o la producción de su calor por oxidación de los carbohidratos, grasa y proteínas. En el curso del catabolismo se produce dióxido de carbono y agua, así como energía.

CEFALAGIA: /G. kephale, cabeza; algos, dolor). Dolor de cabeza.

COGNOSCITIVA, FUNCIÓN: Proceso intelectual por el cual la persona es consciente, percibe y comprende todos aquellos aspectos relacionados con la percepción, pensamiento, razonamiento y memoria.

CREATININA: (G. KREAS, PULPA). Un producto de desecho del metabolismo de las proteínas (endógenas) que se encuentran en la orina normal. Se encuentra en la sangre, la orina y los tejidos musculares.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Es un problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta humana de un individuo o grupo, y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar en forma independiente.

DEPLECION: F. Acción y efecto de vaciar, extracción de un líquido, como la sangre. Estado de agotamiento que resulta de la pérdida excesiva de sangre.

DETRUSOR: Nombre genérico para cualquier parte del cuerpo que empuja hacia abajo.

DIALISIS: Separación de sustancias en solución, aprovechando la ventaja de difusión diferente a través de una membrana porosa, como el riñón artificial. D. PERITONEAL. Método para irrigar del peritoneo productos de desecho como la urea, estos se hacia el liquido de irrigación.

DISPLASIA: (G. dys, difícil; plasis, un amoldamiento). Formación de tejido anormal.

DOLOR: Una sensación básicamente desagradable, localizada o generalizada, leve o intensa, que representa el sufrimiento inducido por la estimulación de terminaciones nerviosas especializadas; el dolor puede ser fantaseado, estar inducido por enfermedad, lesión o trastorno mental.

EPISTAXIS: Hemorragia nasal.

HEMATOCRITO: Porcentaje de la masa de hematíes en proporción a la sangre completa.

HEMOGLOBINA: (G. haima, sangre; L. Globos, pelota). Pigmento respiratorio en los glóbulos rojos. Esta compuesto de una sustancia que contiene hierro llamada "hemina" combinada con globina. Tiene la función reversible de combinarse y liberar el oxígeno.

HIDROURETER: (G. hydor, agua; oureter, uréter)anormal del uréter con orina.

HIPERTENSION: (G. hyper, encima; tender, estirar). Tensión anormalmente alta por costumbre, se refiere a la tensión arterial e incluye los valores sistólicos, diastólicos o ambos.

HIPERTERMIA: Es la elevación anormal de la temperatura corporal. Esta se eleva por la acción de sustancias tóxicas que afectan a la regulación de la temperatura. Y puede ser continua, intermitente o remitente.

HIPOCALCEMIA: (G. hypo, debajo; L. Calx, cal; G. haima, sangre). Disminución del calcio en la sangre.

HIPOCALEMIA: (G. hypo, debajo; L. Kalium, potasio). Hipopotasemia. Valor anormalmente bajo del potasio en la sangre.

HIPOPLASIA: (G. hypo, debajo; plassein, formar). Desarrollo defectuosos de cualquier tejido.

METABOLISMO: (G. metabole, cambio). Serie de cambios químicos en el organismo vivo, por los cuales se conserva la vida. Los tejidos se destruyen por desgaste natural (catabolismo) y reconstruyen (anabolismo) continuamente.

NEFROPATIA: (G. nephros, riñón; pathos, enfermedad). Enfermedad renal.

NEFROTOXICO: (G. nephros, riñón; toxikon, veneno). Cualquier sustancia que inhibe o impide el funcionamiento de las células renales, o causa destrucción.

OSTEODISTROFIA: (G. osteon, hueso; dys, malo; trophe, nutrición). Crecimiento defectuoso del hueso.

PARESTESIA: (G. para, a un lado; aisthesis, percepción). Cualquier anomalía de la sensación.

PELVICILLA RENAL: Ampliación del extremo superior del uréter en la que se abren los cálices renales, albergada ordinariamente dentro del seno renal, gran parte puede estar fuera del riñón (pelvis extrarrenal), bajo ciertas condiciones, como en el caso del riñón largo o de obstrucción de la unión ureteropélvica.

PERITONEO: M. Membrana serosa que reviste las paredes abdominopelvicas (p.parietal) y las viseras (p. Visceral). Membrana resistente, incolora, de superficie lisa, que constituye un saco de doble capa, cerrado en el hombre y en la mujer se continúa con la mucosa de las trompas uterinas. El espacio virtual entre el peritoneo parietal y visceral se denomina cavidad peritoneal.

PLEXO NERVIOSO: Redecillas o maraña, constituida por fibras nerviosas entremezcladas.

PSOAS: V. Cuadro de músculos.

BIBLIOGRAFÍA

BLUMER, Jeffrey L, Guía Práctica de Cuidados Intensivos en Pediatría, "Sección 4 Renales", México, D.F., Editorial Mosby, 3 volúmenes, 1999, p.p. 429

BRUNNER, L.S./SUDDARTH,D.S., Manual de Enfermería Medico Quirúrgica, "Problemas Renales y Urinarios", México, D.F., Editorial interamericana, 1990, 2 volúmenes, p.p.937

ESQUIVEL C. Vademécum Farmacéutico, Rezza editores, S.A., Naucalpan Estado de México,2000.

F.Schimmel,P.Jungers, Cuadernos de la Enfermera "Nefrología y urología". Barcelona, España, Editorial Toray-Masson, S.A., 1990, P.P. 2-104.

GORDILLO, Paniagua, Nefrología Pediátrica, "Insuficiencia Renal Crónica", Editorial Mosby-Doyma/ Doyma Mexicana S.A. de C.V. , Madrid, España, 1996, p.p.374

HERNANDEZ, Connesa, Fundamentos de la Enfermería Teoría y Método, Editorial Ma Graw Hill Interamericana, España 1999, p.p. 152

LEIFER, Gloria, Manual de Enfermería Pediátrica, "Diálisis peritoneal", México, D.F., Editorial Interamericana, 1987, 3 volúmenes, p.p. 298

LOEBI, Suzanne, Manual de Farmacología, Nueva Edición, Editorial Limusa, S.A. de C.V., Balderas 95, México D.F., 1990

LUIS, Rodrigo, Ma. Teresa, De la teoría a la Práctica, “ El Pensamiento Virginia Henderson en el Siglo XXI”, Segunda Edición, Editorial Toray-Masson, S.A., Barcelona, España, 2000, p.p. 185

MORRIS, Maisto, Psicología, “Adolescencia”, 10ª Edición, Editorial Prentice Hall, 2001, p.p. 413

NANDA, Diagnósticos Enfermeros, “Definiciones y clasificación”, Ed. Harcourt, S.A., Madrid, España 222001-2002,

NELSON, Waldo, Tratado de Pediatría, Sexta Edición, Editorial Salvat, Barcelona, España, 1993

QUIROZ, G., Fernando, Tratado de Anatomía Humana. “Aparato Urinario”, Tomo III, 1ª Edición, Editorial Porrúa S.A., México D.F., 1965, P.P. 218-264

ROPER, Nancy, Diccionario de Enfermería, Primera Edición en Español, Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V., México D.F., 1986

RUBIO D., Severino, Teorías y Modelos para la Atención de Enfermería, Ed. D.R. División de Universidad Abierta, ENEO, México D.F., 2002, p.p. 314

SCHIER W. Robert, Manual de Nefrología, “Diagnóstico y tratamiento”, Salvat Editores, Mallorca 41, Barcelona, España, 1985, p.p. 308

TANAGHO, Emil a./McAinch, Jack W. Urología General de Smith, 12ª Edición, Editorial Manual Moderno, México D.F., 2001, p.p. 845

WESTON D./WILLIAM A., Anatomía Humana, 1ª Edición, Nueva Editorial Interamericana, México D.F. 1971, P.P. 351- 356

Enciclopedia WORLD CD –ROM Educational Programs LTDA, 2000.

Direcciones electrónicas:

Proceso de Atención de Enfermería (03 de junio 2002), [file:///a:/ El Proceso de Atención de Enfermería/ htm](file:///a:/El%20Proceso%20de%20Atenci3n%20de%20Enfermer3a/htm).

<http://www.aesm.net/smental/arantxa2.htm>.

ANEXO I

INSTRUMENTO METODOLÓGICO PARA LA VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS (MODELO DE VIRGINIA HENDERSON).

Ficha de identificación:

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____

Fecha de nacimiento _____ Escolaridad _____

Ocupación _____ Edo. civil _____

1.- Necesidad de Oxigenación:

¿Padece algún problema relacionado con su respiración? __ ¿Cual? _____

¿ Cual es su opinión en relación al acto de fumar? _____

¿ Usted fuma? _____ ¿Desde hace cuanto tiempo? _____

¿ Que cantidad de cigarrillos fuma al día? _____

¿ Como influye su estado emocional en el acto de fumar? _____

¿Considera usted que el lugar donde vive, estudia o trabajo puede afectar su oxigenación? _____ ¿ En que forma? _____

¿ Que medidas toma para prevenir daños en su oxigenación? _____

Fármacos específicos _____

Otros _____

Exploración física pulmonar.
(inspección, auscultación, percusión y palpación)

Exploración física cardiovascular
(inspección, auscultación, percusión y palpación).

2.- Necesidades de nutrición e hidratación:

¿ Que alimentos consume regularmente? _____

¿Cuántas veces se alimenta al día? _____

¿Qué alimentos prefiere? _____

¿Qué alimentos le desagradan? _____

¿Tiene problemas para masticar o deglutir? _____ ¿Cuales? _____

¿Ha presentado trastornos digestivos posteriores a la ingestión de alimentos? _____

¿Cuáles? _____

¿Utiliza suplementos vitamínicos en su alimentación? _____ ¿Cuáles? _____

¿Cómo influye su estado de animo en la ingestión de líquidos? _____

¿Influyen sus creencias religiosas en la forma como se alimenta? _____

¿De que manera? _____

¿Conoce el valor nutritivo de los alimentos? _____

¿Qué porcentaje económico destina para su alimentación? _____

¿Utiliza sustancias para reducir el apetito? _____ ¿Cuales? _____

Fármacos _____

Otros _____

Exploración física gastrointestinal
(inspección, auscultación, percusión y palpación).

Peso _____ Talla _____ Índice de masa corporal _____

3.- Necesidades de Eliminación:

¿Cuántas veces evacua al día? _____ ¿Que características tienen sus heces? _____

¿Cuántas veces micciona al día? _____ ¿Que características tiene su orina? _____

¿Que características tiene su menstruación? _____

¿Utiliza laxantes o sustancias que favorezcan la evacuación a la micción? _____

¿Cuáles? _____

¿Padece alguna problema relacionado con la evacuación, micción o menstruación? _____ ¿Cual? _____

¿Cómo influye el lugar donde vive, estudia o trabaja en la satisfacción de su eliminación intestinal y urinaria? _____

¿Cómo influye su estado emocional en su eliminación intestinal, urinaria o menstrual? _____

Fármacos _____

Otros _____

Exploración física en la eliminación
(inspección, auscultación, percusión y palpación)

4.- Necesidad de la Movilidad y Postura

¿ Como es su actividad física cotidiana? _____

¿Realiza ejercicio? _____ ¿De que tipo de ejercicio? _____

¿Cómo es su tolerancia física cuando realiza ejercicio? _____

¿Cómo influye el ejercicio en su estado emocional? _____

¿Padece algún problema relacionado con la movilidad y la postura? _____

¿Cuál? _____
¿Utiliza algún dispositivo para favorecer su movilidad y postura? _____
¿De que tipo? _____
¿Como influye el lugar donde vive, estudia o trabaja en la satisfacción de su movilidad y postura? _____
¿Como influye su estado de animo para la realización de ejercicio? _____
Fármacos específicos _____
Otros _____

Exploración Física
(inspección y palpación)

5.- Necesidades de Descanso y Sueño:

¿Cuánto tiempo destina para descansar? _____
¿Cuántas horas duerme? _____
¿Se duerme fácilmente? _____
¿Cree que tiene alteraciones del sueño? ___ ¿A qué considera que se deban estas alteraciones? _____
¿Ronca ruidosamente? _____ ¿Cree usted que el roncar es un problema de salud? _____ ¿Que ha hecho para solucionar? _____
¿Cómo influye su estado emocional en su descanso y sueño? _____
¿Cómo influye el lugar donde vive, estudia o trabaja para su descanso y sueño? _____
¿De que manera equilibra el ejercicio con el descanso y sueño? _____
Fármacos o sustancias específicas _____
Otros _____

Exploración Física
(inspección facies, expresión corporal, escala del dolor)

6.- Necesidad de Usar Prendas de Vestir Adecuadas:

¿Necesita de ayuda para vestirse y desvestirse? _____ ¿En que medida? _____
¿Elige su vestuario en forma independiente? _____ ¿Porque? _____
¿Cómo influye su estado de animo en la selección de sus prendas de vestir? _____
¿Cómo influye el clima en la selección de sus prendas de vestir? _____
¿Qué opinión tiene sobre el pudor y la vergüenza hacia la forma de vestir? _____

Exploración Física
(inspección)

7.- Necesidad de Termorregulación:

- ¿Cómo influyen las emociones en su temperatura corporal? _____
¿Regularmente que temperatura tiene el lugar donde usted vive, estudia o trabaja? _____
¿Cómo se adapta a los cambios de temperatura diurna y nocturna? _____
¿Qué medidas emplea para mantener su temperatura corporal? _____
¿Cuál? _____
Fármacos _____
Otros _____

Exploración Física
(inspección, palpación) tomar temperatura corporal.

8.- Necesidad de Higiene y Protección de la Piel:

- ¿Con que frecuencia se baña y realiza el aseo de cavidades? _____
¿A que hora del día prefiere bañarse? _____
¿Cuántas veces se lava al día los dientes? _____ ¿Como se lava los dientes? _____
¿En que casos se lava sus manos? _____
¿Con que frecuencia se realiza el corte de uñas? _____ ¿Como lo hace? _____
¿Qué aspectos de la higiene considera más importantes? _____
¿Qué significa para usted la higiene? _____
Fármacos o sustancias _____
Otros _____

Exploración Física
(inspección y palpación)

9.- Necesidad de Evitar el Peligro:

- ¿Cuenta con esquema de vacunación completo? _____
¿Qué vacunas no le han aplicado? _____
¿Qué tipo de autoexploración realiza para evitar daños en su salud? _____
¿Con que frecuencia se realiza autoexploración física? _____
¿Tiene vida sexual activa? _____ ¿Que preferencia sexual tiene? _____
¿Utiliza algún método de protección? _____ ¿Cual? _____
¿Ha padecido algún tipo de enfermedad por transmisión sexual? _____
¿Cuál? _____
¿Toma bebidas alcohólicas? _____ ¿Desde cuando y con que frecuencia? _____

¿Qué opinión tiene usted sobre la ingestión de bebidas alcohólicas? _____
¿Consumes drogas? _____ ¿De qué tipo? _____
¿Desde cuándo y con qué frecuencia consume drogas? _____
¿Qué opinión tiene usted sobre el consumo de drogas? _____
¿Ha tomado fármacos o remedios sin prescripción médica? _____
¿Cuáles? _____
¿Durante este tiempo ha presentado algún problema de salud relacionado con ojos, nariz, garganta, sensibilidad o movimiento? _____ ¿Cuál? _____
¿En el lugar donde usted vive, trabaja, o estudia, existen peligros que le pudieran provocar daños en su salud? _____ ¿Cómo cuáles? _____
¿Cómo reaccionaría usted ante una situación de urgencia? _____
¿Qué medidas preventivas conoce para evitar accidentes? _____
¿Cómo maneja una situación de estrés? _____
Otros _____

Exploración Física

(inspección, determinar discapacidad auditiva, visual, sensorial o matriz) además ver entorno.

10.- Necesidad de Comunicarse:

¿Con quién vive? _____
¿Cómo se relaciona con sus familiares, amigos y vecinos? _____
¿Pertenece a algún grupo social? _____
¿A qué grupo social pertenece? _____
¿Durante cuánto tiempo está sólo? _____
¿Tiene pareja? _____ ¿Cómo considera que es la comunicación sexual con su pareja? _____
¿Padece algún problema relacionado con la comunicación? _____ ¿Cuál? _____
¿Utiliza algún aditamento para comunicarse con los demás? _____
¿De qué tipo? _____
¿Considera usted que existen factores en su hogar, escuela o área de trabajo; que le limiten la comunicación con los demás? _____ -¿Cuáles? _____
Fármacos _____
Otros _____

Exploración Física

(inspección, retornar exploración de las necesidades de evitar el peligro) además ver entorno.

11.- Necesidad de Creencias y Valores:

- ¿Tiene alguna creencia religiosa? ___ ¿Cual? _____
¿Cómo relaciona la fe, la religión y la espiritualidad? _____
¿Con que frecuencia acude a su centro religioso? _____
¿Tiene algún problema que le impida o limite asistir a su centro religioso? _____
¿De que tipo? _____
¿Sus creencias religiosas pueden interferir en su salud? ___ ¿Porque? _____
¿Sus creencias religiosas le generan conflictos personales? ___ ¿Porque? _____
¿Qué significa para usted un valor? _____
¿Considera que es congruente su forma de pensar con su manera de vivir? _____
¿Por qué? _____
¿Qué significa para usted la vida y la muerte? _____
Otros _____

Exploración Física

(inspección) además ver si cuenta con imágenes religiosas.

12.- Necesidad de Trabajo y Realización:

- ¿cuál es su rol familiar? _____ ¿Esta satisfecho con el rol que desempeña? _____
¿Por qué? _____
¿Qué significa para usted participar en el ingreso económico familiar? _____
¿Sus ingresos económicos le permiten satisfacer sus necesidades básicas? _____
¿Cómo percibe sus expectativas en relación con su situación social? _____
¿Cómo participa en las actividades propias del hogar? _____
¿Realiza alguna actividad altruista? ___ ¿De que tipo? _____
¿Esta satisfecho con su manera de pensar y actuar? _____

Exploración Física

(inspección)

13.- Necesidad de Jugar y Participar en Actividades Recreativas:

- ¿Su condición le permite jugar y participar en actividades recreativas? _____
¿Por qué? _____
¿En que forma influye sus estado de animo para jugar y realizar actividades recreativas? _____
¿Qué juegos y actividades recreativas realiza? _____
Fármacos _____
Otros _____

Exploración Física
(inspección) e identificar áreas destinadas para satisfacer esta necesidad

14.- Necesidad de Aprendizaje:

¿Padece algún problema que interfiera en su aprendizaje? ___ ¿De que tipo? ___

¿Qué significado tiene para usted la escuela? _____

¿A que tipo de escuela asiste? _____

¿Cómo ha sido su rendimiento escolar en este último trimestre? _____

¿A que cree usted que se deba este rendimiento? _____

¿Como influye la relación que tiene usted con sus padres, hermanos, docentes y compañeros en su aprendizaje? _____

¿Con que fuentes de apoyo cuenta su comunidad? _____

¿Sabe como utilizar esas fuentes de apoyo? _____

Identifique fuentes de apoyo para el aprendizaje en la comunidad.

ANEXO II

ANATOMIA Y FISIOLÓGIA DEL RIÑÓN

Los riñones son dos órganos abdominales situados en el retroperitoneo a cada lado de la columna vertebral; el polo superior de cada riñón está frente a la 12^a. Vértebra torácica y el polo inferior alcanza la 3^a. Vértebra lumbar un poco más abajo el riñón derecho que el izquierdo, su tamaño varía de 5 a 7 cm. de eje longitudinal, en el adulto. Ambos riñones están recubiertos por una cápsula de gerota y tienen forma de frijol, la superficie convexa es lisa en el adulto, la zona cóncava es la del hilio renal, por donde pasan ramas de la arteria y la vena renales, la pelvícula renal, los vasos linfáticos y el plexo nerviosos. (GORDILLO, 1995)

Su borde convexo es de consistencia tersa y lisa, mientras que en su cara interna, presenta el hilio renal, hendidura por la que penetran en la viscera las arterias renales y por las que salen las venas. En el polo superior de cada riñón se halla situada una glándula suprarrenal. Si efectuamos un corte longitudinal del riñón, se observan dos áreas netamente diferenciadas: la corteza renal y la médula renal. En la primera se alojan las nefronas, unidades funcionales urinarias que, en un número de un millón aproximadamente en cada riñón, constituyen los puntos en los que se efectúa la formación de la orina. La médula está formada por todos los pequeños conductos que conducen la orina a la pelvis renal, zona intermedia entre la corteza y la médula, para su posterior eliminación. (CAMPUS, 2000).

EL NEFRÓN

A nivel histológico, la unidad funcional es el nefrón.

El nefrón lo componen una parte secretora y una parte excretora.

La parte secretora la forman:

- * El corpúsculo renal, pelotón vascular que brota en la cápsula de Bowman;
- * El tubo contorneado proximal;
- * El asa de Henle;
- * El tubo contorneado distal.

La parte excretora la forma el tubo colector, que es continuación del tubo contorneado distal. El tubo colector evacua su contenido en el extremo de una pirámide, la papila, en un cáliz menor.

La parte secretora está situada en la zona cortical y la parte excretora en la zona medular.

RELACIONES DE LOS RIÑONES

Por detrás: atajados por la 12ª costilla.

Por encima de la costilla, el diafragma y el fondo de saco pleural.

Por debajo, de dentro hacia fuera:

- el músculo psoas.
- el cuadrado lumbar.
- la aponeurosis del transverso.

Por delante, el riñón derecho y el izquierdo están relacionados con las vísceras intra-abdominales por medio del peritoneo.

VASCULARIZACIÓN DE LOS RIÑONES

Las ramas de división de la arteria renal son terminales.

RELACIONES DE LOS CÁLICES, LA PELVIS Y EL URÉTER

- Los cálices son intrarrenales y tienen contactos íntimos con el parénquima renal.
- La pelvis puede ser completamente intrarrenal o extrarrenal. Si es extrarrenal descansa sobre el psoas y el cuadrado lumbar.
- El pedículo renal es anterior. La rama de división posterior de la arteria renal cruza su borde superior, pero deja libre su cara posterior, lo que explica que la pelvis sea, por regla general, abordada quirúrgicamente por detrás.

URÉTERES

Los uréteres descansan por detrás sobre el psoas, después pasan hacia dentro de la articulación sacro-iliaca, se dirigen hacia las espinas ciáticas y enseguida hacia la línea media para penetrar en la base de la vejiga. En todo su trayecto, están en íntimo contacto con importantes vasos:

- En la zona lumbar; aorta y vena cava.
- En la región iliaca; antecruzan los vasos iliacos.
- En la región pelviana, en la mujer, con los vasos uterinos que cruzan la terminación de los uréteres.
- Por delante, están recubiertos por el peritoneo parietal posterior.
- El segmento yuxta-vesical está rodeado de un tejido celulo-adiposo subperitoneal.
- En el hombre, el final de los uréteres está cruzado por los deferentes, que atraviesan la base prostática.

LA VEJIGA

Es el depósito de la orina, su capacidad, de 400 a 500 ml, es un órgano muscular hueco. La forman, una parte fija (trígono) y una parte móvil (detrusor).

El trígono es una zona triangular limitada por detrás por la barra interuretral. En los extremos de la barra se sitúan los meatos ureterales (penetración oblicua de los

uréteres en la pared vesical). Distan entre sí 2.5. a 3 cm. El límite anterior del triángulo es el cuello vesical, que se abre en el momento de la micción y se cierra en el intervalo. La parte móvil o detrusor provoca entonces la expansión para que vuelva a rellenarse de orina.

RELACIONES DE LA VEJIGA

- Por delante; la cara posterior de la sínfisis pubiana, cuando la vejiga está llena, desborda la sínfisis y se pone en contacto con la parte inferior de la pared abdominal anterior. En el niño en particular, la vejiga es más abdominal que pelviana. El uraco une el vértice de la vejiga al ombligo y esta obliterado.
- Por detrás; en el hombre, se hallan las vesículas seminales, la terminación de los deferentes, los uréteres, el recto. La cúpula y la cara posterior de la vejiga están tapizadas por el peritoneo, esta cara está, por su intermediario, en íntimo contacto con las asas del intestino delgado y el colon sigmoideo.

URETRA MASCULINA

La uretra del hombre tiene, un tramo prostático, un tramo membranoso rodeado por el esfínter estriado, en este tramo atraviesa el diafragma urogenital antes de convertirse en el perineal, un tramo esponjoso que penetra en el cuerpo esponjoso.

FISIOLOGÍA

El riñón es un filtro inteligente, que sólo deja pasar hacia la orina las sustancias que el organismo debe eliminar. La función básica de la NEFRONA consiste en limpiar o aclarar el plasma sanguíneo de sustancias de desecho cuando la sangre atraviesa el riñón. Entre esas sustancias se incluyen los productos finales del metabolismo, como la urea, la creatinina, el ácido úrico y los uratos. Existen también otros compuestos no metabólicos que se acumulan en exceso, como los iones de sodio, potasio, cloro hidrogeniones, que la neurona debe también aclarar del plasma. El mecanismo por el cual se verifica este aclarado es, como ya hemos visto, doble; por filtración el glomérulo y por secreción activa de sustancias del plasma, a través de las células epiteliales que revisten los túbulos urinarios. La orina definitiva está constituida por sustancias filtradas y sustancias secretadas. La cantidad de líquido que ingresa a los glomérulos diariamente para su filtración es enorme; unos 180 litros. Sin embargo a excepción de poco más de un litro, todo este volumen vuelve a ser reabsorbido desde los túbulos hacia los espacios intersticiales y los capilares tubulares, lo que exige en dichos capilares sean extraordinariamente porosos en comparación con los que se encuentran en los tejidos corporales. Dado que la orina aparece concentrada con respecto al plasma, la mayor parte de agua penetra en el glomérulo y debe reabsorberse. Efectivamente más del 99% del agua del filtrado glomerular, se reabsorbe en los túbulos, lo que quiere decir que cualquier sustancia no absorbida en ellos se encuentra más de 99 veces en la orina.

CAMBIOS BIOFISIOLÓGICOS EN EL RIÑÓN

Las enfermedades del riñón pueden clasificarse según el segmento de la nefrona primariamente afectado. La glomerulonefritis y las diversas etiologías del síndrome nefrótico afectan en primer lugar al glomérulo renal, mientras que las enfermedades vasculares, infecciones y toxinas alteran en principio al túbulo renal, aunque puede coexistir algún elemento de disfunción glomerular. La obstrucción del flujo de la orina por los cálculos, proteínas u otro material en los conductos colectores o uréteres pueden finalmente producir lesión de la nefrona en su totalidad. Cuando el daño del riñón es grave, ocurre a veces insuficiencia renal, que en ocasiones culmina en el proceso conocido como uremia.

ANEXO III

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

DEFINICIÓN

La insuficiencia renal o uremia crónica, es un síndrome clínico que resulta del deterioro progresivo de la estructura anatómica renal. Cuando las pérdidas de parénquima sobrepasan 50%, por lo común se agota la reserva funcional renal y la reducción posterior del funcionamiento impide progresivamente el mantenimiento de la homeostasis orgánica. (GORDILLO, 1996), lo que culmina en uremia; exceso de urea y otros desechos nitrogenados en la sangre (L.S. BRUNNER, 1990)

CAUSAS

Puede ser causada por glomérulo-nefritis, píelo-nefritis, hipertensión incontrolada, depleción de sodio y agua, trastornos vasculares, uropatía obstructiva, drogas o agentes tóxicos, infecciones, enfermedades hereditarias, hipoplasia renal, displasias y enfermedad renal secundaria a padecimiento general. En los niños, las enfermedades hereditarias y congénitas de las vías urinarias y de los riñones son la causa más frecuente. (<http://www.latinsalud.com/articulos/00408.asp?ap=3>)

FISIOPATOLOGÍA

A medida que se deteriora la función renal, los productos del metabolismo de las proteínas que forman los constituyentes de la orina se acumulan en la sangre, produciéndose desequilibrio en la química corporal y en los sistemas cardiovascular, hematológico, gastrointestinal, neurológico y esquelético, cambios reproductivos y cutáneos.

Con la disminución de la filtración glomerular se reduce el volumen de fósforo filtrado, lo cual causa elevación de fosfato en el suero. Esto a su vez disminuye el calcio ionizable, y en consecuencia se produce liberación paróidea (de hormona paratiroidea) (paratiroidismo secundario). Este último generalmente aumenta la excreción de fosfato y eleva el nivel del calcio sérico, pero en la insuficiencia renal la excreción de fosfato cae por debajo de la normal, y el principal efecto de la hormona paratiroidea consiste en eliminar calcio de los huesos. La enfermedad ósea urémica (osteodistrofia renal) depende de los cambios en el balance del calcio, fosfato y paratiroides. Por otra parte el metabolismo activo de vitamina D 81,25-dihidroxicolecalciferol) es elaborado por el riñón y su disponibilidad disminuye con la progresión del padecimiento renal. Falla además el proceso de calcificación en los huesos, lo cual causa osteomalacia. Puede elevarse el nivel del magnesio sérico debido a la incapacidad del riñón para excretar este elemento, así como a las pérdidas por: vómito y diarrea.

En ocasiones, el paciente no puede excretar agua y sodio, lo que causa retención de ambos. La retención de líquido puede llevar a una insuficiencia cardíaca congestiva, edema pulmonar e hipertensión, si bien así misma esta última es consecuencia de secreción por los riñones de grandes cantidades de renina, lo cual a su vez incrementa la secreción de aldosterona

En algunos enfermos existe tendencia a la pérdida de sal con riesgo de hipotensión e hipovolemia,. Los episodios de vómito y diarrea pueden producir depleción de sodio y agua con empeoramiento del estado urémico. Ocurre también acidosis metabólica debido a la menor capacidad del riñón para excretar iones de hidrogeno, producir amoniaco y conservar bicarbonato.

Aparece anemia, la cual se considera inevitable, debido a la producción inadecuada de eritropoyetina y disminuye la producción de eritrocitos, al acortamiento en la vida de los mismos y a la tendencia del paciente urémico a sangrar. También pueden ocurrir complicaciones neurológicas en la insuficiencia renal, como consecuencia de hipertensión grave, intoxicación acuosa y efecto de drogas. tales manifestaciones incluyen trastornos de la función mental, cambios en la personalidad, conducta, convulsiones y coma. Se pueden presentar trastornos sexuales y menstruales, a menudo se observa en estos enfermos disminución de la libido, impotencia y amenorrea, y ocurren también cambios en la piel, incluyendo prurito (en parte por desequilibrio de calcio y fosfato) al cual se suma angustia y tensión del paciente. (BRUNNER, 1990).

CLASIFICACIÓN

Las pérdidas progresivas de función renal marcan varias etapas clínicas con características que guardan relación con la proporción de función renal residual. (GORDILLO, 1996).

PRIMERA ETAPA: La función residual estimada por la reducción de VFG se encuentra entre 80 y 50% de los valores normales, y la función renal residual potencial, calculada por el porcentaje de nefronas indemnes, o sea la superficie de filtración conservada, se encuentra entre 50 y 225% de lo normal. La uninefrectomía, para la donación de un riñón, reduce el número de nefronas en 50% y la función residual se encuentra en 70 a 80% de lo normal: la VFG en las nefronas remanentes se incrementa de 1.4 a 1.5 veces lo normal. A este nivel no se observan manifestaciones clínicas, excepto una leve microalbuminuria; por último se ha presentado hipertensión arterial diez años después de la nefrectomía.

SEGUNDA ETAPA: Se considera desde que la VFG residual se encuentra entre 50 y 25% de lo normal; en ella se inician los cambios de concentración plasmática de creatinina y de absorción de calcio, y se observa detención del crecimiento. la respuesta clínica a enfermedades

intercurrentes, como diarrea o intervenciones quirúrgicas, puede ser notoria en cuanto a la presentación de la deshidratación y acidosis metabólica de mayor magnitud que la que ocurre ante esos mismos cuadros en niños sin enfermedad renal.

TERCERA ETAPA: La insuficiencia renal se encuentra bien establecida, la función residual es inferior a 30% y la función residual potencial es menor 155% que lo normal. En este periodo se desarrollan múltiples y diversas alteraciones metabólicas y de la función de órganos y sistemas, que requieran medidas dietéticas y medicamentosas para contrarrestar sus efectos.

CUARTA ETAPA: Es la etapa final de la uremia terminal (IRCT) se define cuando la función residual es inferior a 5% y se trata ya de un estado de intoxicación endógena permanente que requiere para su control el empleo de procedimientos de diálisis. El término uremia significa "orinar en la sangre" y expresa exactamente lo que ocurre al paciente en esta etapa de su evolución. (GORDILLO, 1996).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las manifestaciones clínicas son muy variables entre las distintas personas enfermas, dependiendo del grado de deterioro renal y de la velocidad con la que se instala. Los riñones son capaces de adaptarse a un grado de deterioro, ya que cuando la función caiga al 35%-50% de su capacidad, éstas personas se mantienen sin síntomas. La urea es una de las principales sustancias que son retenidas, por lo que sus niveles se elevan considerablemente, produciendo principalmente un cuadro de anemia e hipertensión arterial. También puede producir el aumento de lípidos y mala tolerancia a los hidratos de carbono. La gran dificultad para concentrar la orina es otro trastorno importante que lleva a eliminar grandes volúmenes de orina aumentando la frecuencia y la cantidad de las micciones. El grado máximo de deterioro es el denominado síndrome urémico, caracterizado por la afección de múltiples órganos como consecuencia de la retención de diversas sustancias tóxicas.

(<http://www.latinsalud.com/articulos/00408.asp?ap=3>)

Aunque a veces el comienzo de la insuficiencia renal crónica es súbito, en la mayoría de los pacientes se inicia con uno o más de un grupo de síntomas: fatiga leve, letargia, cefalalgia, debilidad general, síntomas gastrointestinales: anorexia, náuseas, vómito diarrea y tendencias hemorrágicas. Se aprecia además disminución del flujo salival y deshidratación, lo que produce sed, sabor metálico en la boca, pérdida del olfato y gusto, parotiditis o estomatitis. Si en este periodo se hace tratamiento enérgico, puede desaparecer la insuficiencia. De lo contrario, los síntomas se acentúan y aparecen otros, como las anomalías metabólicas de la uremia, y afectan prácticamente todo el organismo.

De modo súbito o gradual el paciente cae en somnolencia cada vez mayor, aparece la respiración típica Kussmaul; el urémico entra en un coma profundo, a

menudo con convulsiones, que puede ser simples espasmos musculares o contracciones graves semejantes a las que se observan en la epilepsia. En la piel aparece una sustancia blanca compuesta principalmente de ácido úrico y uratos, la llamada "escarcha urémica". (BRUNNER, 1990).

DIAGNÓSTICO

La evaluación de un niño con enfermedad renal progresiva se realiza mediante la exploración física periódica, incluyendo la vigilancia cuidadosa del crecimiento, desarrollo psicomotor y las manifestaciones de la enfermedad renal: presión arterial, anemia, proteinuria, cilindriuria, hiperfosfatemia, leucopenia, trombocitopenia, hiperuricemia, hipocalcemia, azoemia, acidosis metabólica, osteomalacia u osteítis fibrosa. La función renal residual debe ser evaluada mensualmente desde que es inferior a 50% de lo normal. El método usual para hacerlo es siguiendo la concentración sérica de creatinina y el nitrógeno de la urea sanguínea (BUN), pero estos índices solo se encuentran aumentados cuando la función residual es menor de 70% y el potencial funcional inferior a 35% de lo normal. La demostración de niveles de creatinina sérica elevados y de enfermedad progresiva indican que el potencial funcional inferior a 35% y que el paciente se encuentra en insuficiencia renal crónica.

La disminución de la creatinina sérica por lo general significa mejoría en la función renal y de la enfermedad subyacente, aunque en el período neonatal temprano puede indicar maduración o hipertrofia compensadora por la pérdida de la función renal. Una creatinina sérica elevada pero estable también indica estabilidad de la enfermedad renal, pero la declinación de la función residual puede estar ocultada por los mecanismos compensadores. El empleo de las técnicas de depuración para apreciar paso a paso los cambios de la función renal requieren personal capacitado y, aún más, así es difícil obtener coeficientes de variación inferiores a 10%, por lo que serían deseables métodos más precisos. Para niños con IRC por uropatías obstructivas es recomendable el empleo de infusión de insulina durante 5 horas, calculando la depuración a partir de la cantidad administrada y de niveles séricos de inulina, lo cual ha proporcionado en pacientes con hidrouréteres resultados con igual precisión que los obtenidos con los métodos convencionales de depuración.

De realizarse una evaluación metabólica del paciente cada tres meses, vigilando el estado nutricional, el edema y la anemia; el desarrollo puberal, psicosocial, su comportamiento escolar y su apego al régimen dietético. Desde el punto de vista del laboratorio, conviene realizar en ocasiones biometría hemática junto con ferritina sérica y concentración eritrocítica de ácido fólico; electrolitos séricos y creatinina con electrolitos urinarios, calcio, fósforo y fosfatasa alcalina, proteínas séricas totales, triglicéridos y colesterol

El nitrógeno ureico (UN) depende de la ingestión de nitrógeno proteínico. La producción total de nitrógeno no ureico oscila entre 25 y 30 mg/kg/día; la producción neta de nitrógeno ureico/kg/día es aproximadamente igual al nitrógeno ingerido menos 30 mg.

La excreción de UN refleja la ingestión del elemento, pero la medida en que la concentración sérica de la UN aumenta, también la carga que se elimina por neurona aumenta, lo cual afecta el gasto de líquido tubular. Cuando esto ocurre, la depuración de urea aumenta en relación con la VFG; con hidratación adecuada, la depuración ureica resulta aproximadamente 70% de la VFG.

La excreción renal de creatinina se realiza por filtración glomerular y por excreción tubular con VFG normal; la secreción tubular es de 20% de la creatinina filtrada, o sea que la excreción renal neta es de 120% de la creatinina filtrada, conforme la VFG se reduce, la fracción secretada aumenta, siendo la excreción total entre 160 y 200% con valores de VFG inferiores a 40 ml/min/1.73m², en consecuencia, al depuración de creatinina sobreestima la VFG. Un valor más aproximado a la realidad podría encontrarse en el promedio de la depuración de creatinina y de la urea. La predicción de la VFG a partir de la estatura dividida por la concentración plasmática de creatinina en niños es confiable para la práctica clínica, pero el seguimiento de la VFG a partir de la recíproca de la concentración de creatinina: 1/Pcr sirve para largos periodos de observación, pero no para intervalos cortos. (GORDILLO, 1996)

TRATAMIENTO

Como primer medida terapéutica, se debe de tratar de revertir la causa responsable de la insuficiencia renal e identificar los posibles factores que influyan desfavorablemente en la enfermedad.

En varios tipos de nefropatías es posible en tratamiento activo contra la causa de la lesión renal. Puesto en marcha precozmente, el tratamiento puede evitar la aparición de una insuficiencia renal. Incluso establecido el estado de insuficiencia, se puede obtener el retroceso al menos parcial de la enfermedad. El tratamiento médico de las consecuencias clínicas y biológicas de la insuficiencia renal crónica descansa en tres tipos de medidas; dietético y medicamentoso.

REGIMEN DE RESTRICCIÓN PROTEICA.

El aporte alimenticio en prótidos debe ser proporcional a las capacidades residuales de excreción del riñón enfermo. sin embargo, por importante que sea la IR, el aporte proteico diario no debe ser nunca inferior a 0.5g/kg/día para el adulto; para que no desarrolle manifestaciones por carencia nitrogenada (desnutrición profunda con desaparición muscular, alteración del estado general, anemia grave) ni una agravación de la insuficiencias renal en si misma.

UREA SANGUÍNEA

Inferior a 1g/l

Entre 1 y 2 g/l

Superior a 2 g/l

RACION PROTEÍNICA

60 g/día

50 g/día

40 g/día

REGIMEN DE RESTRICCIÓN SÓDICA

La restricción sódica no se impone más que a los enfermos que tengan una hipertensión arterial, una insuficiencia cardíaca, edemas o derrames serosos. por el contrario, es nociva en los enfermos con lesiones de nefropatías que se acompañan de una fuga sódica obligatoria, tales como algunas poliquistosis renales o ciertas nefritis intersticiales crónicas. Puede ser útil medir el nivel de sodio en orina de las 24 horas en condiciones de equilibrio, a fin de ajustarle el aporte sódico, tal régimen corresponde a un aporte de sal de 2 a 3 g/24h. O sea de 30 a 50 mEq de sodio /día.

PAPEL DEL RÉGIMEN EN LA CONSERVACIÓN DEL BALANCE HIDROELECTROLITICO

APORTES HÍDRICOS; Deben ser aproximadamente iguales al volumen de la diuresis, cuando esta se superior a 1 l/día.

APORTES ALCALINOS; La compensación de la acidosis puede obtenerse por aporte de bicarbonato sódico. La dosis generalmente necesaria para compensar la acidosis es de 2 a 4 g/día, pero puede aumentarse en ciertas nefropatías crónicas intersticiales.

APORTES DE POTASIO; El régimen tiene una importancia determinante en el balance del potasio, razón por la que es necesario asegurarse de que los visitantes del enfermo no le entreguen intempestivamente frutas y otros alimentos susceptibles de perturbar las bases de su régimen.

APORTES DE FOSFORO; Apenas pueden modificarse por el régimen, pues la cantidad de fósforo aportada por la alimentación es directamente proporcional a la de los prótidos. Cuando el nivel de la fosforemia sobrepasa 50 mg/l, es necesario disminuir la absorción intestinal del fósforo por la ingestión de hidróxido de aluminio.

APORTE DE CALCIO; Es difícil elevar el aporte alimenticio en calcio sin aumentar la ración proteica. También, es necesario a menudo añadir al régimen la toma de carbonato cálcico. (F.SCHIMMEL, 1990)

PRECAUCIONES EN EL EMPLEO DE MEDICAMENTOS EN EL INSUFICIENTE RENAL.

Numerosos medicamentos tienen una preponderante o exclusiva excreción renal. Toda insuficiencia renal disminuye su eliminación y conduce así a una acumulación en el plasma. Esta acumulación puede producir manifestaciones

tóxicas, bien por el riñón en sí mismo (nefrotoxicidad), bien por otros órganos, en particular el VIII par craneal, ototoxicidad).

Los principales medicamentos peligrosos en le in insuficiente renal solo los siguientes;

ANTIBIOTICOS:

A) Algunos exigen un ajuste preciso de las dosis en el urémico crónico; anfotericina B, cefaloridina, colistina, gentamicina, kanamicina, estreptomycin, tetraciclina y oxitetraciclina, vancomicina, etambutol, isoniacida

B) Algunos agentes antibacterianos deben evitarse; PAS, piracinamida, etionamida, cicloserina, viomicina (tuberculostáticos), trimetropin, nitrofurantoína, maleato de metenamina, bacitrina, clortetraciclina. **TÓNICOS CARDIACOS;** La parte de los riñones en la eliminación de los tónicos cardiacos es relativamente débil, pero la reducción de la eliminación renal puede provocar una acumulación peligrosa. En el urémico, se utilizarán prefeentemente los tónicos cardiacos con una actividad relativamente corta, como la digoxina, la acetildigoxina o el lanatósido.

Antiinflamatorios; La fenilbutazona puede agravar una insuficiencia renal preexistente; su empleo en el urémico está desaconsejado. Los otros antiinflamatorios también deben evitarse debido a la fragilidad de las mucosas digestivas del urémico crónico riesgo de hemorragia digestiva.

SEDANTES Y TRANQUILIZANTES; Aunque la eliminación de estos medicamentos sólo se hace parcialmente por los riñones, la existencia de una insuficiencia renal mayor puede conducir a sus acumulación. Ello se traduce por un síndrome extrapiramidal a menudo atípico, somnolencia, a veces trastornos psíquicos, y después una obnubilación creciente. A la práctica, conviene disminuir a la mitad, benzodiacepinas, meprobamatos, fenotiacinas, metoclopramida. (F.SCHIMMEL, 1990)

TRATAMIENTO DE REEMPLAZO

Como estas personas no tienen una función renal adecuada, el tratamiento de reemplazo es una opción muy eficaz, para permitir el desarrollo de la vida, lo más activo posible.

La diálisis, hemodiálisis y trasplante renal son alternativas con las cuales se han logrado buenos resultados en un intento de suplementar la función deteriorada de los riñones. Las distintas técnicas de diálisis y hemodiálisis son capaces de sustituir en forma parcial la función de los riñones. El trasplante en cambio, es capaz de sustituir todas las funciones llevadas a cabo por los riñones en condiciones normales. (<http://www.latinsalud.com/articulos/00408.asp?ap=3>)

PRONÓSTICO

El pronóstico de la insuficiencia renal no complicada atribuible a enfermedades renales intrínsecas, como el síndrome hemolítico urémico y la glomerulonefritis postestreptocócica, es generalmente bueno y la mayoría de los pacientes recuperan una función renal esencialmente normal. La instauración temprana del tratamiento y la diálisis ha ocasionado cambios importantes de la mortalidad asociada a estas enfermedades en relación con la pasada década. Por el contrario, ha habido pocos cambios en la insuficiencia. La causa específica de muerte en estos pacientes rara vez es la insuficiencia renal. Antes bien es el fracaso multiorgánico la regla general, ocurriendo la mayor parte de las muertes, en última estancia como consecuencia de una infección, hemorragia o insuficiencia cardíaca o respiratoria. La insuficiencia renal es claramente el principal factor contribuyente a estos problemas y es un factor de mal pronóstico en estos pacientes. (JEFFREY, 1999).

ANEXO IV

ADOLECENCIA

La adolescencia es el período comprendido aproximadamente entre los 10 y 20 años de edad, es decir cuando una persona pasa de la niñez a la edad adulta. En esta etapa suceden no sólo los cambios físicos de un cuerpo en maduración, sino también muchos cambios cognoscitivos y socio emocionales

CAMBIOS COGNOSCITIVOS

El adolescente puede comprender y manipular conceptos abstractos, reflexionar sobre opciones y razonar en términos hipotéticos. La audiencia imaginaria, tendencia del adolescente a sentir que es observado constantemente por otros, que la gente siempre esta juzgando su apariencia y su conducta. Esta sensación de estar permanentemente "en escena" quizá sea la causa de su timidez, de su preocupación por el aspecto personal y de su presunción.

DESARROLLO SOCIAL Y DE LA PERSONALIDAD

El adolescente desea independizarse cuanto antes de sus padres, pero al mismo tiempo teme las responsabilidades del adulto. Le aguardan muchas actividades y decisiones importantes. Es un período que necesariamente causará estrés, sobre todo en las sociedades tecnológicas modernas. Los individuos difieren en la capacidad para enfrentar aun las peores situaciones. Algunos jóvenes muestran una especial resistencia y consiguen superar grandes obstáculos, en parte por una sólida fe en su capacidad para mejorar las cosas. (MORRIS, 2001).

RELACIÓN CON LOS COMPAÑEROS.

En general, el grupo de compañeros ofrece al adolescente una red de apoyo social y emocional que le ayuda a luchar por alcanzar una mayor independencia respecto a los adultos y buscar su identidad personal. Al decidir unirse a un grupo de amigos, de define ante sí mismo y crea su propio estilo social.

RELACIONES CON LOS PADRES

El punto más bajo de la relación entre los padres e hijos suele darse al iniciarse la adolescencia, cuando empiezan a ocurrir los cambios físicos de la pubertad. La adolescencia es una época de experimentación, trátase de sexo, drogas, color del cabello o varias clases de violación de las reglas. Es también una época en que algunos tipos de problemas del desarrollo suelen aparecer, sobre

todo los relativos a la percepción que tienen de sí mismos, a la autoestima y a las emociones negativas en general. (MORRIS, 2001).

ALTERACIONES PSICOSOCIALES EN EL PACIENTE CON IRC

La IRC conduce a graves alteraciones psicosociales que se manifiestan no sólo en el niño enfermo, sino también en sus familiares y en el equipo de salud involucrado en su atención médica. El impacto psicológico de la enfermedad sobre el paciente es mayor cuanto más pequeño sea el niño, a lo cual se añaden las múltiples agresiones diagnósticas y terapéuticas; dieta, biopsias renales percutáneas, diálisis peritoneal y hemodiálisis, frecuentes hospitalizaciones y diversas complicaciones que pueden ocurrir. La familia tiene que enfrentar, además, toda una remodelación de su estructura como consecuencia de la carga afectiva y económica que implica la atención continua hospitalaria. (GORDILLO, 1996).

El equipo asistencial: médicos, psicólogos, enfermeras y trabajadoras sociales, se enfrentan a un problema nuevo que es el manejo de un niño con enfermedad crónica, para lo cual ordinariamente no están preparados y que rompe con esquemas estereotipados de atención médica. La adaptación al tratamiento del paciente con enfermedad crónica implica sufrimientos, dudas y reacciones psíquicas diversas que en ocasiones son diversas al niño y a su familia. Este aspecto es de importancia primordial en la rehabilitación del paciente con IRC. (GORDILLO, 1996).

ANEXO V

TÉCNICA DEL CAMBIO DE BOLSA SISTEMA CONVENCIONAL

CONCEPTO: Es un procedimiento que se realiza ya sea por el personal de salud (Enfermera) o por el paciente de acuerdo a la modalidad.

EQUIPO:

Bolsa de solución de diálisis
2 pinzas de apoyo
3 apósitos para mesa.
1 paquete con una gasa estéril.
Tela adhesiva.
Cubrebocas.
Aplicador con isodine.
Charola de mayo
Torundas con alcohol
Sanitas
Jabón neutro

PROCEDIMIENTO:

- 1.- Desenvolver la bolsa vacía y colocarla en posición de drenaje, abra la pinza rodillo e inicie el drenaje.
- 2.- Colocarse el cubrebocas.
- 3.- Realizar el lavado de manos por fricción y cercarse con apósito estéril o sanitas.
- 4.- Limpiar la superficie de trabajo (buroo y mesa de mayo).
- 5.- Verificar concentración, transparencia, caducidad y fugas, apretando la bolsa fuertemente.
- 6.- Del lado izquierdo de la superficie de trabajo (considerado como sucio), colocar la bolsa de solución de diálisis limpia.
- 7.- Rasgar la envoltura.
- 8.- Retirar la envoltura.
- 9.- Colocar la bolsa del lado derecho con la leyenda hacia abajo.
- 10.- Preparar una tira de tela adhesiva de aproximadamente 10 centímetros y pegaría en la bolsa, colocar otra tela igual en el sitio de entrada para medicamentos con la finalidad de sellarla.
- 11.- pinzar el puerto de la bolsa.
- 12.- Abrir el paquete de gasas y el aplicador de isodine.
- 13.- Cerrar la llave de paso.
- 14.- Colocar la bolsa drenada del lado izquierdo de la mesa de trabajo.
- 15.- Retirar la gasa sucia.
- 16.- Lavarse las manos por fricción y secarse con apósito estéril o sanitas.
- 17.- Retirar el protector azul a la bolsa evitando tocar el orificio.

- 18.- Colocar la pinza de apoyo a la bolsa drenada.
- 19.- Retirar la espiga e inserte girando firmemente en el puerto de entrada.
- 20.- Retirar la pinza de apoyo y examinar la conexión para asegurar una inserción total.
- 21.- Tomar la gasa estéril y colocarla en el sitio de conexión.
- 22.- Agregar isodine en la unión de la espiga con el puerto de entrada de la bolsa.
- 23.- Cubrir la conexión de la bolsa con gasa y asegurar la gasa con una tela adhesiva.
- 24.- Darle golpes suaves a la bolsa a infundir.
- 25.- Colgar la bolsa de solución de diálisis.
- 26.- Abrir la llave de paso para iniciar la infusión, está no debe tardar más de diez minutos.
- 27.- Cerrar la llave de paso cuando termine la infusión.
- 28.- Doblar la bolsa vacía con la espiga hacia adentro y ocultarla en la ropa, cuidado de no ejercer tensión sobre el catéter.
- 29.- Cuantificar el líquido drenado y registrar en la hoja de diálisis.
- 30.- Retirar y guardar el material.
- 31.- Inactivar con cloro el líquido dializado y desechar en el drenaje.

Al efectuar las maniobras lo más importante es tomar medidas para prevenir peritonitis, este tipo de complicaciones se pueden evitar siguiendo las reglas de asepsia.