

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA**

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA

**A UN ADULTO CON TRASPLANTE RENAL CON
ALTERACIÓN EN LA NECESIDAD DE COMUNICACIÓN**

QUE PARA OBTENER ÉL TITULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA A:

**GALLARDO PÉREZ FLORIBERTA ADELAIDA
No. cuenta: 401117781**

DIRECTORA DEL TRABAJO

LIC. ELVIA LETICIA RAMÍREZ TORIZ

JUNIO 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la **Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO)** las facilidades que me ha brindado para la realización de mi trabajo de titulación.

Así mismo a la maestra **Elvía Leticia Ramírez Toríz** asesora de este trabajo por su paciencia, tiempo y dedicación.

A **Luís Enrique G. S.** por su transparente y calido soporte, en la elaboración de este trabajo

Finalmente a **Rosa María López Miranda** que de alguna forma contribuyó en la asesoría y profunda amistad.

DEDICATORIA

A mis hijos y a mi esposo que han dejado huella en mi vida y que fueron soporte especial en momentos difíciles para la realización de este trabajo

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	2
OBJETIVOS.....	2
1.- METODOLOGÍA.....	3
2.- MARCO TEORICO	
2.1.- Historia de la enfermería.....	4
2.1.2.- Concepto de enfermería.....	5
2.1.3.- Inicio de la profesionalización del cuidado.....	5
2.2. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA.....	6
2.2.1. Definición del proceso atención enfermería.....	7
2.2.2. Fases del proceso atención enfermería.....	7
2.3. CONCEPTOS BÁSICOS DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.....	12
2.3.1. Las necesidades humanas básicas según Henderson..	12
2.3.2. Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del meta paradigma de enfermería.....	14
2.4. INSUFICIENCIA RENAL AGUDA.....	15
2.4.1 Insuficiencia renal crónica.....	16
2.4.2. Enfermedades que producen una insuficiencia renal crónica.....	16
2.4.3. Medidas de prevención.....	17
2.5 ¿QUE ES UN TRASPLANTE RENAL?.....	17
2.5.1.- Trasplante renal.....	17
2.5.2.- Estudios del receptor de trasplante renal.....	18
2.5.3.- Evaluación preoperatoria del donante.....	19

3.- PRESENTACIÓN DEL CASO.....	21
4.- VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES.....	23
4.1.4. Jerarquización de las necesidades.....	25
5.- PLAN DE ATENCION DE ENFERMERÍA.....	26
6.- PLAN DE ALTA.....	38
7.- CONCLUSIONES.....	42
8.- GLOSARIO.....	43
9.- ANEXOS.....	45
9.1.- INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	46
9.2.- MEDICAMENTOS.....	56
9.3.- TABLA CALORÍFICA DE ALIMENTOS.....	59
10.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62

INTRODUCCIÓN

Es importante mencionar que enfermería se ha dedicado a la identificación de respuestas humanas como resultados de la enfermedad, debido a que la formación y ejercicio profesional ha girado en torno a ellas. Al definir la enfermería su campo de acción específico, se hace necesario centrar la atención en las necesidades humanas para conocerlas y aprender a identificarlas, situación que será posible si existe una interrelación estrecha con el paciente, además de la utilización del modelo de Virginia Henderson que guíe y permita detectar las 14 necesidades y variadas reacciones del ser humano.

Gracias a los avances tecnológicos, científicos y médicos que han existido a lo largo de la historia se ha podido alargar y mejorar la vida de enfermos con insuficiencia renal crónica, de una u otra manera, pero ahora a través de la donación de órganos las personas pueden tener la posibilidad de mejorar la calidad de vida por más tiempo.

Los trasplantes de órganos y tejidos constituyen el avance terapéutico más importante en los últimos 50 años en el campo de la ciencia de la salud; su logro ha involucrado a prácticamente todas las especialidades de la medicina moderna constituyendo hoy en día una valiosa ayuda siendo esta alternativa terapéutica en tratamiento de padecimientos crónicos degenerativos.

Enfermería tiene el compromiso de valorar, diagnosticar, planificar, tratar y evaluar las respuestas observadas tanto en personas sanas como enfermas. Las respuestas humanas son de naturaleza dinámica, cambian conforme progresa el paciente, la familia o ambos entre la salud y la enfermedad.

El presente trabajo estudia en forma sistemática a un adulto con trasplante, pero el motivo de la elaboración de este Proceso de Atención de Enfermería en el manejo inefectivo del régimen nutricional (elevación de triglicéridos y colesterol) aunado a esto una deficiente comunicación como padre familia y esposo.

JUSTIFICACIÓN

La incidencia de pacientes con insuficiencia renal crónica es alta en los diferentes hospitales del sector y el número de pacientes en lista de espera para ser trasplantados aumenta cada día más, por lo que se considera importante la participación activa del personal de enfermería, como educador para la salud, teniendo como base el modelo teórico de Virginia Henderson, en el que se consideran 14 necesidades básicas, las cuales brindan un panorama general de las condiciones físicas, externas y del medio ambiente que rodean al paciente.

Lo anterior, me da pauta para proporcionar una atención con un enfoque holístico del paciente, que permite al profesional de enfermería aplicar los conocimientos científico metodologicas en la atención oportuna y de calidad, en la prevención y manejo de complicaciones, proporcionando al cliente una mejor calidad de vida a través de las satisfacción de las necesidades.

Por lo anteriormente expuesto se justifica ampliamente la elaboración de este proceso individualizado y en el hogar.

OBJETIVOS

GENERAL

Aplicar un proceso de atención de enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson proporcionando una atención de calidad de manera sistemática y metódica a un paciente con trasplante renal en el hogar con manejo ineffectivo en la nutrición y comunicación.

ESPECÍFICOS

- * Participar en el tratamiento y en acciones para la prevención de posibles complicaciones del trasplante.
- * Identificar las necesidades de comunicación y autorrealización del paciente y el núcleo familiar.
- * Realizar la valoración mediante las 14 necesidades básicas propuestas por Virginia Henderson, que permita identificar diagnósticos de enfermería reales y potenciales.
- * Planear y ejecutar intervenciones de enfermería que permitan satisfacer de manera independiente los problemas identificados.

1.- METODOLOGÍA

El Proceso Atención Enfermería se aplica en el hogar a un adulto, con alteración de la comunicación, debido a que el paciente fue sometido a un trasplante renal, lo cual ocasionó alteración en la dinámica familiar observándose desequilibrio en el área nutricional.

La recolección de datos se lleva a cabo mediante la utilización del formato de valoración elaborado por la Academia de enfermería del adolescente, adulto y del anciano.

Para llevar a cabo este proceso se realizó una revisión bibliográfica basada en libros, páginas de Internet, etcétera con la finalidad de tener un marco de referencia que sustente el presente trabajo.

Se realizó la valoración con base a las 14 necesidades básicas lo cual me permitió identificar las necesidades dependientes e independientes estructurar los diagnósticos de enfermería para implantar el plan de cuidados y así establecer las actividades de la vida diaria a un paciente con trasplante renal.

Por último evalué el impacto generado en el paciente. Logrando en gran medida un cambio de actitud positiva en el estilo de vida familiar.

2.- MARCO TEÓRICO

2-1 HISTORIA DE LA ENFERMERÍA

La transformación de la práctica enfermera tuvo lugar en el siglo XIX y parte del siglo XX. No obstante, en la primera década del siglo XIX se mezclaron diferentes tipos de cuidadores. De una parte continuaron ejerciendo como enfermeras mujeres que hicieron que la enfermería se situara en el nivel más bajo que se conoce en la historia. Por otro, se mantenían las órdenes religiosas que atendían a los enfermos.

Desde que Florence Nightingale estableciera la necesidad de la formación específica de las enfermeras, hasta las décadas de los años cincuenta y sesenta del siglo XX, se produce una interrupción en el desarrollo de la disciplina enfermera. A partir de estos años surgen enfermeras investigadoras como Peplau y Henderson, que inician estudios sobre los contenidos teóricos de la enfermería. Al mismo tiempo, enfermeras docentes, entre las que cabe destacar a Ida J. Orlando, describen métodos de trabajo propios de la actividad profesional.¹

Nightingale es la verdadera pionera de la profesionalización, iniciando las artes literarias de la disciplina, la organización de la profesión y la educación formal de las enfermeras.

Su formación de enfermera la adquirió de forma autodidacta e informándose de los cuidados que se prestaban en distintos países.

Durante la guerra de Crimea se ofreció como voluntaria para ir a Escutari, suburbio de Constantinopla en Turquía. Allí organizó un departamento de enfermería y dedicó sus esfuerzos a eliminar los problemas de saneamiento en los pabellones del hospital.

Con estos hechos, entre otros, la actividad de cuidar se convierte en una disciplina diferenciada de otras profesiones de salud.

La concepción tradicional que ha considerado a la enfermera como profesión auxiliar de la medicina ha ido cambiando, sobre todo a partir de los años sesenta del siglo XX, imponiéndose una redefinición de las actividades.

¹ www.enfermero.net. Historia de la enfermería.

2.1.2.- Concepto de enfermería

Desde el aspecto teórico – filosófico, los modelos conceptuales son el punto de referencia obligado. La primera que definió la enfermería, en 1860 fue Flórense Nightingale, conceptualizándola como el acto de utilizar el ambiente del paciente para ayudarlo en su recuperación.

Nightingale escribe que enfermería como: “el uso apropiado del aire, la luz, el calor, la limpieza, la tranquilidad y la selección de la dieta y su administración, y con el menor gasto de energía por el paciente.”

Cien años después V. Henderson fue una de las primeras enfermeras modernas en definir la disciplina. En su obra describe que “la función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esta misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible.

Concepciones actuales de la enfermería

A partir de la integración de la enfermería en la universidad, se desarrolló una corriente de opinión en la que grupos de enfermeras intentaron devolver a la profesión su verdadero significado, proporcionándole el marco teórico que considera la atención de enfermería como el servicio de cuidar y no de curar.

2.1.3.- Inicio de la profesionalización del cuidado

En el siglo XX se inicia el proceso de profesionalización de las enfermeras, basado en el espectacular desarrollo tecnológico de la atención sanitaria.

La enfermería, como ocupación técnica que se inicia a mediados del siglo XIX, continuará como tal hasta la segunda mitad del siglo XX. La enfermera como auxiliar del médico mantiene los valores vocacionales heredados de sus predecesoras, caracterizándose esta etapa por la conjunción de los aspectos técnicos y los de tipo moral.

La consideración de la enfermería como trabajo técnico tiene el máximo exponente en las décadas 50, 60, y 70 del siglo XX, cuando la medicina adquiere un espectacular desarrollo tecnológico y comienza la proliferación de los hospitales con una función diferente a la que venían desempeñando, al tener que cubrir las demandas de la población enferma. Es así como el cuidado enfermero se orienta hacia la enfermedad.

Deben ser excelentes cuidadoras, investigadoras capacitadas, eruditas y pensadoras basadas en el razonamiento científico y lógico. Se ven envueltas en avances científicos y técnicos y en nuevos papeles, que han ampliado sus oportunidades pero que al mismo tiempo han multiplicado en el alcance de sus responsabilidades.

Henderson se dio cuenta de que los libros que pretendían ser básicos para la formación de enfermería, no definían de forma clara cuales eran sus funciones y que sin este elemento primordial para ella, no podía establecer los principios y la práctica de la profesión.²

2.2- Proceso atención enfermería

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de atención enfermería (P. A. E.) Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes, cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de 3 etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron 4 (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.

El PAE es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto por cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico ya que la puesta en práctica de las etapas se superponen.

A partir de la segunda guerra mundial la enfermería inicia su transformación, pues busca crear un marco conceptual que le sea propio. De allí nacieron las teorías de enfermería; una teoría es un enunciado con apoyo científico que describe, explica o predice las interrelaciones entre los conceptos; estos conceptos y enunciados teóricos se interrelacionan y están sujetos a comprobación. la teoría además es útil como soporte del quehacer profesional.

Las teorías sirven de guía en los procesos de atención y son el fundamento para aplicación del proceso científico. Brindan autonomía profesional por que orientan a funciones asistenciales, docentes e investigativas de la disciplina. Cada teoría proporciona los criterios para dirigir la valoración, la organización y el análisis de los datos; la elaboración de diagnósticos; y la planeación, ejecución y evaluación de la investigación de enfermería.

² www. Enfermero. net. Historia de la enfermería

2.2.1.- Definición del proceso atención enfermería

El proceso de enfermería es un método ordenado y sistemático 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. Por tanto, es la aplicación del método científico es el quehacer de enfermería.

Objetivos:

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que puede cubrir, individualizando, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

También:

- . Identifica las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- . Establece planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios
- . Actúa para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad

2.2.2.- Fases del proceso de atención de enfermería:

Como se mencionó anteriormente, el proceso se organiza en cinco fases cíclicas, interrelacionadas y progresivas: 1) valoración, 2) diagnóstico de enfermería, 3) planeación, 4) ejecución-intervención y 5) evaluación.

Valoración:

Es la recolección de datos en forma organizada y sistemática, lo cual es necesario para hacer el diagnóstico de enfermería. Esta fase ayuda a identificar los factores y las situaciones que guíen la determinación de problemas presentes, potenciales en individuos o grupos, y facilita plantear los logros que se requieren en el futuro. Facilita entonces la intervención de enfermería y, se logra a través de las siguientes etapas:

1. Recolección de la información de fuentes variadas (sujeto de atención, familia, personal del equipo de salud, registros clínicos, anamnesia, examen físico y laboratorio y otras pruebas diagnósticas). Para recolectar la información se utilizan métodos como la interacción personal, la observación y la medición.
2. Organización de los datos, validación de los mismos e identificación de las alteraciones. Para enfermería el marco conceptual para recolectar y organizar los datos son las respuestas humanas a problemas de salud, reales, potenciales o posibles.³

³ www.enfermero.net proceso atención enfermería

Diagnóstico de enfermería:

El diagnóstico de enfermería, es el enunciado del problema real de alto riesgo o estado de bienestar para el sujeto de atención que requiere intervención para solucionarlo o disminuirlo con el conocimiento o ciencia de la enfermería. No es una acción de enfermería, orden médica, diagnóstico médico ni un tratamiento de enfermería.

En la novena Conferencia de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) fue aprobada la siguiente definición: un diagnóstico de enfermería es “un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud / procesos vitales reales o potenciales”. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería que consigan los resultados de los que es responsable la enfermera.

El diagnóstico de enfermería define realmente la práctica profesional, pues su uso aclara qué es lo que se hace y en qué se diferencia esta labor de la de los otros miembros del equipo de salud; ahorra tiempo al mejorar la comunicación entre los miembros del equipo y asegura cuidados eficientes, porque permite tener conocimiento concreto de los objetivos del cuidado, de los problemas de sujeto de atención, y de lo que debe hacer el profesional para solucionarlos o minimizarlos.

Planeación:

Planeación de la atención de enfermería, es decir “el proceso que contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico” (algunos problemas no se pueden corregir, entonces enfermería puede intervenir para minimizar sus consecuencias).

La determinación de prioridades tiene por objeto ordenar el suministro de los cuidados de enfermería, de manera que los problemas más importantes o amenazadores para la vida sean tratados antes que los menos críticos.

El siguiente criterio puede ser útil como guía para establecer prioridades:

La jerarquización de las necesidades se hace según la teoría o marco conceptual de cuidados de enfermería escogido por la práctica de enfermería. Por ejemplo, utilizando la teoría de Maslow para guiar el suministro de atención de enfermería, el profesional debe 1) aliviar el dolor del sujeto de atención (una necesidad fisiológica) antes de fomentar la higiene matutina (autoestima); 2) satisfacer las necesidades que el sujeto de atención siente más importantes, siempre y cuando no interfieran con el tratamiento médico o con la supervivencia y, 3) considerar el efecto de problemas potenciales futuros al establecer prioridades.

Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el sujeto de atención y lo que se proyecta para remediar o disminuir el problema que se identificó en el diagnóstico de enfermería.

Las metas se derivan de la primera parte del diagnóstico de enfermería o problema; deben quedar siempre por escrito, con el fin de que todo el personal que atiende al sujeto conozca claramente lo que se desea lograr con él y, por tanto, determinar si se alcanzó o no el objetivo.

Los resultados esperados, o metas, deben estar centrados en el comportamiento del sujeto de atención, ser claras y concisas, ser observables y medibles, e incluir indicadores de desempeño, además, deben estar limitadas en el tiempo a corto y largo plazo, y ser ajustadas a la realidad definidas en forma conjunta con el sujeto de atención.

Las intervenciones de enfermería están destinadas a ayudar al sujeto de atención a lograr las metas de cuidado. Se enfocan a la parte etiológica del problema. Por tanto, van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema. La meta la logra el sujeto de atención y la intervención la realiza el profesional de enfermería con el sujeto de atención y el equipo de salud. Las intervenciones de enfermería reciben nombres diversos, acciones, estrategias, planes de tratamiento y órdenes de enfermería.

Las órdenes de enfermería implican un juicio crítico para tomar decisiones sobre cuáles son de competencia de la enfermera y cuáles son delegables o de competencia de otras disciplinas de la salud; esto último se hace de acuerdo con la complejidad, los conocimientos y habilidades requeridas, y las implicaciones éticas, entre otras.

Ejecución:

La ejecución es la operacionalización del planteamiento de la atención de enfermería. Consta de varias actividades: validar el plan, documentarlo, suministrar y documentar la atención de enfermería y continuar con la recopilación de datos.

1. Validación del plan de atención. Es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas más expertos, otros miembros del equipo de salud y el sujeto de atención. En la validación del plan se debe dar respuesta a tres interrogantes esenciales: ¿El plan está orientado a la solución de las respuestas humanas del sujeto de atención? ¿Se apoya en conocimientos científicos sólidos? ¿Cumple con las reglas para la recolección de los datos, priorización de necesidades, elaboración de diagnóstico de enfermería y de los resultados esperados? ¿Cuando se valida el plan con el sujeto de atención se le da la oportunidad de participar en la planeación de su propia atención?.

Evaluación:

Es la etapa final del proceso enfermero, es continua y formal.

Que se utiliza para determinar el logro de los objetivos, en la comparación sistemática y planeada entre el estado de salud del sujeto de atención y los resultados esperados. Esta fase consta de tres partes: la evaluación del logro de objetivos, la revaloración del plan de atención y la satisfacción del sujeto de atención.

La evaluación del logro de objetivos. Es un juicio sobre la capacidad del sujeto de atención para desempeñar el comportamiento señalado dentro del objetivo.

1. Del plan de atención. Su propósito es decir si el objetivo se logró. Lo cual puede ocurrir de dos formas.
 - a).- La primera un logro total, es decir cuando el sujeto de atención es capaz de realizar el comportamiento en el tiempo establecido en el enunciado del objetivo.
 - b).- La segunda es un logro parcial, es decir ocurre cuando el sujeto de atención esta en el proceso de lograr el resultado esperado o puede demostrar el comportamiento, pero no tan bien como fue especificado en el enunciado. Cuando el sujeto de atención no ha conseguido el resultado esperado se afirma que no hubo logro.
2. La revaloración del plan. Es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones con base en los datos que proporciona el sujeto de atención. Los datos de la revaloración pueden provenir de varias fuentes: la observación, la historia y la entrevista; pero la mayor parte de los datos los reúne el profesional de enfermería mientras brinda, coordina y supervisa la atención. Esta nueva información será la prueba para evaluar el logro del objetivo e, incluso, puede indicar la necesidad de revisión del plan de atención existente. Al realizar la revaloración se pueden presentar las siguientes situaciones: 1) que las prioridades hayan cambiado su orden, 2) que haya surgido un nuevo problema, 3) que el problema haya sido resuelto, 4) que a pesar de haber logrado el objetivo el problema existe y 5) que el objetivo no se logró o sólo se logró en forma parcial.
3. La satisfacción del sujeto de atención. Al evaluar este aspecto hay que tener en cuenta que el sujeto de atención no siempre tiene el conocimiento de lo que implican unos buenos cuidados y a veces, por ignorancia puede sentirse satisfecho con unos servicios mediocres, o al contrario sentirse insatisfecho de algunas intervenciones a pesar que se trate de unos excelentes cuidados de enfermería. A pesar de todo es de suma importancia conocer su apreciación y, discutirla con él.

Es importante resaltar que en la evaluación del logro del objetivo no se evalúan las acciones de enfermería, esto se hace en la revaloración del plan. La evaluación y la revaloración ayudan al profesional de enfermería a desarrollar la habilidad para redactar planes reales y objetivos para afrontar los problemas del sujeto de atención; dan la retroalimentación necesaria para determinar si el plan de atención fue efectivo en la eliminación, disminución o prevención de los problemas del sujeto de atención; y permite diseñar protocolos de atención de enfermería cuando el plan de atención ha dado resultados satisfactorios. En caso contrario, le permite valorar lo correcto o incorrecto del plan antes de utilizarlo nuevamente.⁴

2.3.- Conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson:

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri) Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorpora los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como: “la única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que este realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”

Los elementos más importantes de su teoría son:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y / o desarrolla el criterio de la independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen “los cuidados enfermeros”, esferas en las que se desarrollan los cuidados.
- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la fisiología, de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, y la 11ª relacionada con la pertenencia y desde de la 12ª a la 14ª relacionada con la auto – actualización.

⁴ www.tone.udea.edu proceso atención enfermería

2.3.1.- Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:

- 1.- Necesidad de oxigenación (espirar con normalidad).
- 2.- Necesidad de nutrición e hidratación (comer y beber adecuadamente).
- 3.- Necesidad de eliminación (eliminar los desechos del organismo).
- 4.- Necesidad de moverse y mantener una buena postura (movimiento y mantenimiento de una postura adecuada).
- 5.- Necesidad de descanso y sueño (descansar y dormir).
- 6.- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas (seleccionar vestimenta adecuada).
- 7.- Necesidad de termorregulación (mantener la temperatura corporal)
- 8.- Necesidad de higiene y protección de la piel (mantener la higiene corporal).
- 9.- Necesidad de evitar los peligros (evitar los peligros del entorno)
- 10.- Necesidad de comunicarse (comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos, u opiniones.
- 11.- Necesidad de vivir según sus creencias y valores (ejercer el culto a Dios, acorde con la religión).
- 12.- Necesidad de trabar y realizarse (trabajar de forma que permita sentirse realizado).
- 13.- Necesidad de jugar (participar en todas las formas de recreación y ocio)
- 14.- Necesidad de aprendizaje (estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud).

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

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

Virginia Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer, dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando esta sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

. **Permanentes:** edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física

. **Variables:** estados patológicos:

- . Falta aguda de oxígeno
- . Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
- . Estado de inconciencia (desmayos, coma, delirios).
- . Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
- . Estados febriles agudos debidos a toda causa.
- . una lección local, herida o infección, o bien ambas.
- . Una enfermedad transmisible
- . Estado preoperatorio
- . Estado postoperatorio
- . Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.
- . Dolores persistentes o que no admitan tratamiento

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Hendeson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera- paciente, destacando tres niveles de intervención.. **Como sustituta, como ayuda o como compañera.**

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel mas práctico la elaboración de un marco de valoración de enfermería basándose en las 14 necesidades humanas básicas.

2.3.2 Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Meta paradigma de enfermería:

1.- Persona:

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad. La persona es una unidad corporal / física y mental, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.

Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para las supervivencias. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

2.- Entorno:

Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

3.-Salud:

La calidad de la salud, mas que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia.

4.- Enfermería:

Ciencia que comprende los conocimientos, actividades y aptitudes, necesarios para atender correctamente las necesidades del individuo, grupo y comunidad, referentes a la salud, su conservación, promoción y su restablecimiento.

Los cuidados de enfermería consisten principalmente, en ayudar al individuo sano o enfermo, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o restablecimiento, la función de la enfermera es asistirlo para que recobre su independencia lo más rápido posible.⁵

⁵ www.terra.es.personal:Virginia_Henderson_las14_necesidades

2.4 INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

La insuficiencia renal aguda puede estar presente en cualquier escenario médico, pero es adquirida predominantemente en hospitales, y aproximadamente 0.5% de pacientes hospitalizados requieren diálisis

En general durante los últimos 40 años, la tasa de supervivencia para la insuficiencia renal aguda no ha mejorado, principalmente porque los pacientes afectados son ahora más viejos y tienen más condiciones de comorbilidad. La infección acumula el 75 % de muertes en los pacientes con la insuficiencia renal aguda, y las complicaciones cardiorrespiratorias son las segundas causas más comunes de muerte. De acuerdo con la severidad de la insuficiencia renal, las cifras de mortalidad pueden ir de 7% al 80 %.

En la mayoría de los pacientes con sospecha de insuficiencia renal aguda debe descartarse en primer término, un proceso de insuficiencia renal de tipo o funcional que puede ser la llamada insuficiencia prerrenal aguda o bien de la llamada posrenal, sin embargo, estos dos procesos no son realmente un cuadro de insuficiencia renal ya que no existe lesión del parénquima renal y con el tratamiento adecuado no hay ningún problema posterior y la recuperación de la función. Por otra parte en el momento que se establece una lesión del parénquima renal las alteraciones funcionales y la probable recuperación van a depender del grado de daño estructural en el sistema renal.

La mayoría de las autoridades en la materia, define la de insuficiencia renal como un aumento agudo del nivel de Creatinina en plasma, Sin embargo, esto no es del todo exacto, ya que no todo el nitrógeno ureico y las elevaciones de Creatinina del suero son resultado de la Insuficiencia renal aguda. Las Cefalosporinas y trimetoprim-sulfametoxazol, pueden causar Insuficiencia renal aguda como resultado de la enfermedad intersticial, pero estos agentes a veces causan la elevación de Creatinina del suero, simplemente inhibiendo la secreción tubular de Creatinina sin causar daño real a los riñones. Por otra parte, la Creatinina también se eleva con la ingestión de carnes, cetoacidosis por interferencia con el ácido pícrico. El nitrógeno ureico normalmente, también puede elevarse en pacientes que están bajo tratamiento con corticoides, aquellos con aumento del catabolismo, o los que tienen sangrado del tracto gastrointestinal.⁶

⁶ www.salud.discapnet.es/enfermedades discapacitantes

En México la insuficiencia renal es una de las principales causas de atención hospitalaria ocupando el 4º lugar en hombres con 55033 casos y el 10º lugar en mujeres con 50924 casos en mujeres con una tasa de 115.0 y 101.5 por 100.000 habitantes en hombres y mujeres respectivamente, del sector público del sistema nacional de salud. Asimismo se reporta una mortalidad hospitalaria con los hombres en el 10º lugar con 1972 casos y una tasa de 155.8 x100.000 habitantes y en mujeres ocupando el 8º lugar con 1743 casos y una tasa da 62.5 x 1000.000 habitantes, en el sector público del sistema nacional de salud. Ocupando la nefritis y nefrosis el 10º lugar como causa de muerte en el país en el año 2000 y 9º lugar para el 2001.

En Estados Unidos las enfermedades renales como nefritis, nefrosis y síndrome nefrótico ocuparon la novena causa de muerte en la población general con 37,251 casos en el año 2000, de los cuales la incidencia más importante se encuentra en el grupo de edad de 65 años y más, con 31,225 casos que corresponde al 1.7% del total de muertes con una tasa de 89.8 por 100 000 habitantes

La OMS reportó una mortalidad mundial total de 625,000 casos para enfermedades renales como la nefritis y nefrosis para el año 2001

2.4.1. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.

Puede ser consecuencia de un gran número de enfermedades. Los signos mas precoces son astenia, fatiga y torpeza mental. Mas tarde puede aparecer anuria, convulsiones, hemorragias intestinales, desnutrición y diversas neuropatías. La piel toma un color amarillento marrón y se cubre con un rocío urémico. La insuficiencia cardiaca congestiva y la hipertensión son complicaciones frecuentes y están provocadas por la hipervolemia. El análisis de orina rebela una cantidad superior a la normal de urea y creatinina, cilindros céreos y excreción de un volumen constante de orina independientemente de la ingesta de agua.⁷

2.4.2. Enfermedades que producen una insuficiencia renal crónica

Actualmente, la hipertensión arterial y la diabetes son las dos causas mas frecuentes de insuficiencia renal crónica que requieren tratamiento sustitutivo, pero también hay otros problemas de salud que afectan el funcionamiento del riñón, infecciones, abuso de analgésicos, obstrucción de las vías urinarias, procesos hereditarios (quistes en el riñón...)

⁷ M. Gonzalez Matin – J.M. Garcia Buitron trasplante renal grupo Aula Medica S.A. edición 2000 Pg. 25-27, 35 y36

2.4.3. Medidas de prevención

Aunque la insuficiencia renal crónica se puede tratar con diálisis o un trasplante, lo mejor es no llegar a esta situación.

Hay una serie de medidas de prevención que pueden contribuir a evitar o retrasar la aparición de la enfermedad:

- . Control de las causas de insuficiencia renal crónica (hipertensión arterial, diabetes)
- . Detección y tratamiento de las infecciones que afectan directamente las vías urinarias y todas las que puedan afectar secundariamente a los riñones.
- . Control médico estricto si se sufre gota o cólicos nefríticos frecuentes (piedras en el riñón)
- . No abusar de los analgésicos ni antiinflamatorios.
- . Evitar las situaciones de riesgo que puedan conducir a infecciones víricas como la hepatitis y el SIDA: Medidas higiénicas (utilizar jeringa de un sólo uso) en la administración de sustancias inyectadas, protección en las relaciones sexuales de riesgo (utilizar el preservativo), etcétera.
- . Adoptar un estilo de vida saludable, con la práctica de ejercicio regular y una dieta equilibrada

El tratamiento se realiza restringiendo la ingesta de agua, proteínas y con diuréticos. Cuando se agotan todas las medidas médicas, el siguiente paso es la hemodiálisis a largo plazo, así como el comienzo del estudio de un posible trasplante renal.

2.5. ¿Qué es un trasplante?

Un trasplante es una intervención quirúrgica por medio de la cual se sustituye una porción de tejido o un órgano de una persona, dañados por enfermedad o por accidente por los correspondientes de otro individuo o incluso por los procedentes de un animal que se encuentre en perfecto estado fisiológico.

También recibe el nombre de trasplante la estructura orgánica que sirve para reemplazar a otra afectada parcial o totalmente en su organización o en su funcionalidad.

Trasplante renal

En los enfermos con insuficiencia renal crónica avanzada es imprescindible instaurar un tratamiento sustitutivo para recuperar la función del riñón. En general, el primer paso es la diálisis, pero cuando el estado general del enfermo es bueno y las ventajas del tratamiento superan los riesgos que

Conlleva cualquier operación quirúrgica, está indicado practicar un trasplante de riñón.

Para estos enfermos, el trasplante supone, por un lado, una mejora importante de su calidad de vida y autonomía, ya que dejan de depender de la máquina de diálisis y, por otro, un aumento de la supervivencia, porque evitan muchas complicaciones que aparecen con la diálisis a largo plazo.

2.5.1. ESTUDIOS DEL RECEPTOR DE TRASPLANTE RENAL

La evaluación del receptor potencial de un injerto renal con anterioridad al trasplante (TR) tiene las siguientes finalidades.

Detectar las contradicciones absolutas o relativas para la realización del mismo.

Evaluar y reducir los factores de riesgo para el desarrollo de las complicaciones post-TR

Realizar técnicas quirúrgicas con anterioridad al TR que permitan contar con un sistema vascular y un tracto urinario adecuados para la implantación de un injerto renal

Evaluar el estado psicológico del receptor, su adaptación al hecho de recibir un órgano ajeno y su capacidad de adición a la pauta inmunosupresora

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

El protocolo de donación renal comprende:

- 1.- Grupo sanguíneo y rh
- 2.- Biometría hemática
- 3.- Química sanguínea
- 4.- Examen general de orina
- 5.- Tiempos de coagulación
- 6.- Urocultivo
- 7.- Pruebas de funcionamiento hepático
- 8.- Serología para hepatitis
- 9.- VDRL, HIV, BAAR en orina seriado en tres
- 10.- Determinación de antígenos de histocompatibilidad humana
- 11.- Ultrasonografía

Perfil renal

Determinación de la urea y de la creatinina en plasma y cuantificación de las proteínas y de los hematíes.

Perfil hepático

Determinación de las enzimas indicativas de citolisis y colostasis hepática: aspartato transferasa fosfatasa alcalina, gamma – glutamiltranspeptidasa, bilirrubina total y directa.

Ecografía abdominal

La ecografía abdominal permite evaluar la morfología y estructura de hígado, riñones y páncreas.

Ecocardiografía

La eco cardiografía evalúa la víscera en sus aspectos morfológicos y funcionales.

Estudios de gabinete

Ultrasonografía renal, arteriografía renal, urografía excretora, arteriografía renal

2.5.2. Evaluación preoperatoria del donante

- 1.- Historia clínica y exploración física
- 2.- Árbol genealógico familiar
- 3.- Estudios alimenticios

. Sangre: Grupo sanguíneo, hematíes, hemoglobina, Vol. Globular, leucocitos, formula y recuento, velocidad de sedimentos.

- Electrolito: sodio, potasio, cloro, R. A., Urea
- Creatinina y aclaramiento de creatinina, glucemia
- Bilirrubina, ASAT, ALAT, BSP.
- Pruebas cruzadas ("Cross match")
- Tipaje leucocitario del sistema HLA (desde 1969).
- . Orina; densidad, PH, proteínas, glucosa, electrolitos, (Na, Cl, K), Urea.
 - cultivo de orina
- 4.- Estudios radiológicos:
 - Radiografías PA y L de tórax.
 - Radiografía simple de abdomen.
 - Urografía intravenosa.
 - Arteriografía renal
 - TAC helicoidal: desde 1997.
- 5.- Electrocardiograma.
- 6.- Informe psiquiátrico: eventual

¿Qué cuidados especiales se deben tener después del trasplante?

El paciente debe ser muy estricto tanto en la asistencia a los controles como en tomar la medicación que le ha sido formulada al salir del hospital. Debe estar atento con los medicamentos inmunosupresores que son esteroides y ciclosporina, ya que en caso de que ocurra un rechazo, la severidad de este puede dañar permanentemente el riñón trasplantado.

Adicional a esto algunos pacientes deben tomar medicamentos para prevenir que se desarrollen infecciones bacterianas, virales o por hongos. Como ya se mencionó los pacientes trasplantados regresan a sus actividades normales en un lapso de seis semanas.

Debemos tener conciencia sobre los beneficios que trae este tipo de procedimientos a los pacientes, y animar a las personas para que cada vez tengamos un número mayor de potenciales donantes que en el futuro puedan beneficiar a aquellos que lo necesitan.

En la mayoría de las ciudades existe un grupo conocido como **Red de Trasplantes**, que son los encargados de identificar a los posibles donantes y le aclaran las dudas concernientes a la donación de órganos al paciente y a los familiares. Es importante contar con una asesoría idónea como la ofrecida por estos grupos, ya que en el proceso de la donación, se tergiversan muchos aspectos del trasplante por personas que no conocen del tema y se pierde un buen número de potenciales donantes.

3.- Presentación del caso

Se trata de adulto joven de 33 años de edad, originario del Distrito Federal, ocupación en la actualidad servidor público, casado vive con su esposa y dos hijos adolescentes, religión católica, escolaridad secundaria terminada y proviene de una familia nuclear.

Antecedentes heredo familiares; padre y madre diabéticos abuelo paterno, finado por cirrosis hepática, abuela paterna, finada por cáncer cérvico uterino, abuelo materno, finado por alcoholismo, abuela materna vive, su padecimiento actual, hipertensión arterial y anemia.

Antecedente personales no patológicos Alcoholismo y tabaquismo ocasional, cuadro de vacunación completo, enfermedades durante la niñez, gripe esporádica.

Antecedente personales patológicos se diagnostica insuficiencia renal crónica hace 6 años, controlada durante 2 años por hemodiálisis dos días por semana en el hospital Álvaro Obregón, el 30 de Abril del 2005 cumplió cuatro años de haber sido trasplantado de riñón de un donante vivo, en el 2003 se le diagnostica Diabetes Mellitus actualmente controlada.

A la exploración física se obtienen los siguientes datos de importancia

Signos vitales

Temperatura: 36.6 – Pulso: 84 x' - T/ A: 110/70 - F. R: 20x' - hidratado, Conciente, orientado en tiempo y espacio, constitución delgada, peso: 69.5Kg talla: 1.65m, piel de color morena, cabello negro en buena cantidad, cara simétrica, ojos normales, conjuntivas rosadas, nariz aguileña, fosas nasales permeables, oídos con buena audición, boca de tamaño normal, labios rozados, cavidad oral húmeda, piezas dentales completas e higiénicas, cuello móvil sin dolor a la palpación, tórax sin tiraje ni retracciones, abdomen blando, presenta buena peristalsis, pulmones con buena entrada y salida de aire, corazón con ruidos cardiacos normales, extremidades superiores con buen movimiento y sensibilidad, extremidades inferiores con buena coloración reflejos y movimientos presentes. Mostrando sus resultados de laboratorio más recientes.

PRUEBA	RESULTADOS	REFERENCIA
Glucosa	108mg/dl	70.00 110.00mg/dl
Urea	29mg/dl	10.00 50.00mg/dl
Creatinina	1.8mg/dl	0.80 1.40mg/dl
Ácido úrico	7.4mg/dl	2.60 6.00mg/dl
Colesterol	236mg/dl	hasta 200mg/dl
Triglicéridos	500mg/dl	35.00 165.00mg/dl

Índice de Masa Corporal: (IMC)

$$1.65 \times 1.65 = 2.72 \text{ m}^2$$

$$69.5 / 2.72 = 25.55$$

Tratamiento médico actual

Glibenclamida 5 Mg. V. O Dosis única por la mañana antes del desayuno

Azatriopina 75 Mg. V. O C/ 24 Hrs.

Prednisona 5 Mg. V. O C/ 24 Hrs.

A cuatro años de ser trasplantado se encuentra laborando como servidor público, pero cuenta con un segundo empleo lo que no le permite cubrir sus horas de sueño, continua con sus revisiones mensuales observándose elevación en los triglicéridos y colesterol.

Vive actualmente con su esposa y dos hijos adolescentes, manifiesta que en últimas fechas se ha espaciado la intimidad con su esposa, con sus hijos adolescentes siente que ha perdido autoridad y control de ellos.

4.- VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES

- 1.- **Necesidad de oxigenación.** Paciente que presenta mucosa nasal hidratada llenado capilar de 2 segundos, presenta frecuencia respiratoria de 20 por minuto a la auscultación campos pulmonar bien ventilados, libre de secreción (necesidad independiente).
- 2.- **Necesidad de nutrición e hidratación.** Es de complexión delgada, mucosa oral hidratada.
En el desayuno come: pan tostado, leche o jugo de frutas, fruta picada.
En la comida: carne asada, ensalada de verdura.
En la cena: leche con cornflakes y una fruta.
Entre comidas ingiere pepino o jícama, toma de 2 a 3 litros de agua al día de preferencia natural, le agrada comer en su casa en compañía de su familia, cuando come fuera de casa evita comer los alimentos con abundante grasa, prefiere comer fruta (necesidad independiente).
- 3.- **Necesidad de eliminación.** Sus hábitos de eliminación son:
Intestinal: por la mañana sin dolor y con heces blandas; a la auscultación peristalsis presente abdomen blando no doloroso a la palpación.
En el transcurso del día presenta de 5 a 6 micciones color amarillo ámbar no presenta dolor ni ardor al orinar (necesidad independiente).
- 4.- **Necesidad de moverse y mantener una buena postura.** Es capaz de desplazarse, moverse y mantener buena postura, le gusta caminar, tiene por costumbre mover los pies brazos y piernas al levantarse de la cama, esta conciente de las consecuencias de llevar una vida sedentaria (necesidad independiente).
- 5.- **Necesidad de descanso y sueño.** Duerme entre 5 o 6 horas diarias interrumpidas, el ruido exterior interrumpe su sueño, comenta que algunas situaciones de estrés disminuyen su deseo de dormir.
(necesidad independiente).
- 6.- **Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.** Es una persona muy cuidadosa con su ropa, le gusta ir arreglado de forma correcta y lleva ropa adecuada (necesidad independiente).
- 7.- **Necesidad de termorregulación.** Menciona adaptarse a los cambios de temperatura que hay durante el año, le agrada vestir acorde a la temporada, asimismo indica que le agrada mas el frío (necesidad independiente).

- 8.- Necesidad de higiene y protección de la piel.** Realiza su baño diario, así como cambio de ropa interior y exterior, aseo dental 3 veces al día con técnica adecuada. Considera prioritaria la higiene. Aspecto personal aseado y buena presentación (necesidad independiente).
- 9.- Necesidad de evitar los peligros.** Desde que fue trasplantado le da miedo recibir agresión en su trabajo y en la calle por lo que evita los conflictos le preocupa que presente alguna complicación relacionado con su transplante (parcialmente dependiente).
- 10.- Necesidad de comunicarse.** Dentro del núcleo familiar existe buena integración a nivel de pareja se encuentra limitada la frecuencia de actividad sexual, con sus hijos adolescentes quiere mejorar su comunicación e interacción (parcialmente dependiente).
- 11.- Necesidad de vivir según sus creencias y valores.** Profesa la religión católica. Los valores que integra a su vida son: respeto, amistad, confianza. De manera personal dice sentirse satisfecho con el mismo y la actitud positiva que muestra para enfrentar la vida. (necesidad independiente).
- 12.- Necesidad de trabajar y realizarse.** Se considera una persona capaz de desempeñar sus labores que le encomiendan sus superiores no olvidando su estado físico, manifiesta que su posición económica es crítica. (necesidad independiente).
- 13.- Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.** Es una persona que le gusta convivir con su familia en sus descansos, acompaña a sus hijos a las actividades deportivas y le gusta ver televisión y leer (necesidad Independiente).
- 14.- Necesidad de aprendizaje.** Manifiesta interés por aprender más, sobre todo lo relacionado a su padecimiento, se considera una persona autónoma (necesidad independiente).

4.1.4.- JERARQUIZACION DE LAS NECESIDADES

1.- Necesidad de nutrición e hidratación

Se observa que presenta buenos hábitos alimenticios, pero en los exámenes de laboratorio se observa aumento en los triglicéridos y colesterol.

2.- Necesidad de comunicarse

Debido a su tratamiento prolongado se perdió la comunicación e interacción con los hijos perdiendo autoridad, con la pareja se observa una limitante en la relación de pareja.

3.- Necesidad de evitar los peligros

Debido a su trasplante ha presentado un aislamiento social ya que evita confrontación en su área laboral y en su traslado a su domicilio.

4.- Necesidad de higiene y protección de la piel

Surge esta necesidad por haber presentado elevación de la glicemia (180mg/dl) aunado a sus antecedentes familiares.

5.- Necesidad de descanso y sueño

Duerme entre 5 o 6 horas interrumpidas por su actividad laboral y por presentar situaciones de estrés que disminuyen su deseo de dormir.

5.- PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

1.- Necesidad de nutrición e hidratación

Diagnostico de enfermería: Alteración de la nutrición por defecto en el metabolismo relacionado con el aumento de los triglicéridos y colesterol, (triglicéridos 500mg/dl y colesterol 236mg/dl) manifestado con agotamiento general.

Objetivo

- Orientar al paciente y a la familia, la importancia y los beneficios que obtiene el llevar una dieta acorde a los requerimientos nutricionales y contribuir al control optimo de los triglicéridos y colesterol.

Cuidados de enfermería

- 1.- Explicar la importancia de llevar un régimen dietético como lo indica el medico.
- 2.- Reforzar las instrucciones dietéticas y proporcionar material escrito que corresponda con la información verbal.
- 3.- Orientarle sobre las Kcls. De cada alimento permitido y no permitido.
- 4.- Evaluar el estado nutricional del paciente y la eficacia de la dieta, con el dietista y el médico.
- 5.- Fomentar una buena higiene bucal antes y después de las comidas
- 6.- Orientar al paciente el continuar con su tratamiento medico (Bezafibrato 200mg V. O. C/24 horas).
- 7.- La dieta debe ser variada en cuanto a verduras y frutas sobre todo los de alto contenido de fibra.

Fundamentación científica

- 1.- La alimentación debe ser regular y balanceada ya que así se ayuda a obtener un mayor control de triglicéridos y colesterol en sangre durante el día
- 2.- La empatía y el esfuerzo de las instrucciones dietéticas pueden aumentar el seguimiento de las restricciones dietéticas.

- 3.- Disminuir el consumo de grasas saturadas, carbohidratos, azúcares, es benéfico en el control del colesterol y los triglicéridos.
- 4.- Una evaluación continuada permite modificar la dieta según las necesidades nutritivas concretas del paciente.
- 5.- Una correcta higiene bucal reduce los microorganismos y ayuda a evitar la estomatitis.
- 6.- El bezafibrato reduce efectivamente los niveles sanguíneos elevados de Triglicéridos, colesterol total y fibrinógeno plasmático elevado.
- 7.- La fibra ayuda a disminuir el colesterol y además retarda la velocidad de absorción de los azúcares.

Ejecución:

- Poner en acción el plan de cuidados.
- Coordinar las actividades con sus familiares y otras personas para el.
- Registrar las respuestas a las acciones de enfermería.

Evaluación

En el nuevo control de los triglicéridos se logró disminuir a 250mg/dl este logro fue por evitar los alimentos con alto contenido de grasa y carbohidratos. Asimismo realiza ejercicio tres veces por semana y la ingesta de medicamento.

2.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

Diagnóstico de enfermería: Déficit en la Capacidad de comunicación, relacionado con el bajo nivel deseado en la satisfacción sexual con su pareja, manifestado por impotencia sexual.

OBJETIVO.

Establecer una relación de confianza que facilite la comunicación verbal y mejore su relación de pareja.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Analizar los patrones sexuales del paciente animándole a compartir sus preocupaciones.
- Explicar los posibles efectos del trasplante, sobre la actividad sexual y la sexualidad.
- Reafirmar la necesidad de mantener una conversación franca entre las parejas sexuales.
- Explicar de qué modo el paciente y su pareja pueden usar los simulacros para comentar los temas sexuales que les preocupan.
- Reafirmar la necesidad de un acercamiento y de que existan expresiones de cariño mediante el tacto, masaje y otros medios.
- Sugerir que la actividad sexual no tiene que culminar en la penetración vaginal, sino que la pareja puede lograr el orgasmo mediante estimulación manual sin coito.
- Remitir al paciente a un profesional especializado en cuestiones sexuales o mentales, si así se desea.

FUNDAMENTACION CIENTÍFICA

- Muchos pacientes no comentan los temas sexuales. Un planteamiento apropiado puede animar al paciente a compartir sus sentimientos y preocupaciones.
- Explicar que el deterioro de la función sexual tiene una base fisiológica que puede mitigar la sensación de incapacidad de la autoestima, pudiendo en realidad, ayudar a mejorar la función sexual
- Con toda probabilidad los dos tendrán cuestiones que le preocupen sobre la actividad sexual. La represión de estos sentimientos influye negativamente en la relación.
- El simulacro ayuda a la persona a tener una intuición, colocándose en otro caso, permitiendo compartir los temores y preocupaciones de forma más espontánea.

- El placer y la satisfacción sexual no se limitan al coito. Otras expresiones de cariño pueden resultar mas significativas.
- La satisfacción sexual es una cuestión individual. No se limita al coito, sino que incluye un acercamiento, contacto y dar placer a la otra persona.
- Algunos problemas sexuales requieren una terapia continuada y los conocimientos de un experto.

EJECUCIÓN

- Se le explico la importancia de la comunicación y sus beneficios que obtendría para mejorar su relación.
- Además se sugiere la consulta con terapeuta sexual que le ayudara en su problema.

EVALUACIÓN

- Acepto muy bien las recomendaciones antes mencionadas.
- Mejoro la relación de pareja, se observa buena integración y unión, esto favorece la comunicación afectiva.
- la pareja asiste a terapias psicológicas.

Diagnóstico de enfermería: Alteración de los procesos familiares relacionada con la crisis de desarrollo del adolescente secundaria al desafío de la autoridad y los valores paternos.

Objetivo

Ayudar al adolescente a lograr una sensación de bienestar y de seguridad al hacer frente a las situaciones de la vida con éxito (por ejemplo: el control de una situación y de sí mismo, de tal manera que prevenga el daño familiar.

Cuidados de enfermería

1. Buscar influencias ambientales o circunstanciales que podrían interferir con el crecimiento y desarrollo o con la solución adaptativa de los problemas.
2. Prevenir o evitar situaciones que podrían aumentar los efectos negativos.
3. Evitar los conflictos abiertos con el adolescente.
4. La información de su trasplante y tratamiento actual, proporciona una sensación de seguridad y ayudara a mejorar la comunicación con sus hijos.
- 5.- Evitar el castigo o el rechazo cuando el adolescente trata de probar algunos aspectos sociales y compartimientos.

Fundamentación científica

1. Si el adolescente en el proceso de crecimiento y desarrollo esta sujeto a actitud ambigüas que lo designen como una persona "malas ", será menos capaz de funcionar con autosuficiencia, autonomía y libertad
2. La comunicación esta influida por la capacidad perceptiva y cognoscitiva del individuo.
3. La comunicación eficaz, es un proceso interactivo que implica el intercambio mutuo de información (pensamiento, ideas, sentimientos y percepciones) entre dos o más personas. Este proceso puede ser obstaculizado por problemas con la emisión o la recepción de los mensajes o ambos.
4. Uno de los factores que contribuyen para la claridad de la percepción de una situación es tener conocimiento de los hechos.
5. Una comunicación deficiente puede producir sentimientos de frustración, irritabilidad, hostilidad, depresión, miedo, confusión y aislamiento.

Ejecución

El paciente identifica las fuerzas personales y los factores que puede controlar
Se sugiere ser mas tolerante con sus hijos.

Se platico con sus hijos sobre la importancia de la comunicación con su padre aceptando tales recomendaciones.

Evaluación

- Se proporciona a su esposa e hijos una plática sobre trasplante renal, cuidados que debe tener para prevenir complicaciones.
- La comunicación con sus hijos cada día es mejor
- Uno de los hijos aporta ayuda económica y se integra a las actividades del hogar.

3.- Necesidad de evitar los peligros

Diagnóstico de enfermería: Déficit de conocimiento relacionado con la falta de motivación para aprender nuevas habilidades de afrontamiento en la vía pública y laboral.

Objetivo

Enseñar a reconocer la realidad, en situaciones de peligro y actuar en caso de emergencia.

Cuidados de enfermería

- Fomentar la confianza en sí mismo para favorecer la seguridad
- Enseñar medidas de seguridad en caso de peligro
- Evitar lugares solitarios y oscuros
- Colocar protección en su domicilio
- Evitar estar en vía pública a altas horas de la noche
- Sugerir cambio de actividad laboral
- Expresar temores y preocupaciones a familiares y amigos
- Animar al paciente a unirse a grupos de apoyo

Fundamentación científica

- En general, el equilibrio psicológico mejora si el individuo es capaz de pensar claro y racionalmente, para enfrentar de manera eficaz cualquier situación que genere peligro.
- La ansiedad varía de intensidad dependiendo de cómo perciba el paciente la gravedad de la amenaza y el éxito o fracaso de sus esfuerzos para hacer frente a sus sentimientos.
- El acompañarle a lugares concurridos y oscuros le da seguridad.
- El colocar protecciones en su domicilio le ayuda a sentir seguridad ante situaciones de inseguridad.
- Cualquier otro empleo mejoraría su estrés y la ansiedad ante la agresión física.
- El paciente trasplantado necesita apoyo por parte del profesional de salud, compañeros y familia, la falta de apoyo hace que aumente la ansiedad y temor.
- El individuo organiza su mundo para prevenir la destrucción o la desorganización de su función.
- Compartir con personas que están en situaciones similares puede proporcionar oportunidades de mutuo apoyo y resolución de problemas.

Ejecución

Se hicieron algunas recomendaciones que acepto muy bien; salir a la calle en compañía de alguien, evitar riñas callejeras, evitar deportes de contacto, de igual manera sus familiares siguen las recomendaciones.

Evaluación

Al llevar a cabo el plan de cuidados se observó al paciente seguro de sí mismo. Esto dará la pauta a seguir en caso de presentarse cualquier eventualidad, se le invitó a dejar un trabajo por lo que en la actualidad sólo se encuentra laborando en las oficinas del museo de antropología e historia y sus temores ya disminuyeron.

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

Diagnóstico de enfermería: alto riesgo de infección relacionado hiperglicemia deterioros de la salud y cambios circulatorios.

Objetivo:

Enseñar al paciente los cuidados que debe llevar para mantener la integridad de a piel.

Acciones de enfermería.

- Fomentar la practica del aseo personal diario
- Explicar que los diabéticos tienen mayor riesgo de contraer problemas y deben notificar inmediatamente cualquier cambio o lesión en los pies.
- Enseñar al paciente los modos de impedir lesiones en los pies:
- Mantener niveles normalesde glucosa y colesterol
- Cortar correctamente las uñas de los pies.
- Usar calcetines de algodón sin elástico.
- Usar calzado cómodo y holgado.
- No cortar los callos con objetos afilados.
- Indicar los horarios de su hipoglucemiante (glibenclamida).

Fundamentación científica.

- La piel y las mucosas sanas e integras son las primeras líneas de defensa contra agentes nocivos.
- Los pies de los diabéticos son más propensos a sufrir lesiones debido a una menor circulación, ya que hay pérdida de la sensibilidad.
- Cortar correctamente las uñas de los pies, impide la aparición de lesiones debidas a cuidados personales poco correctos.

La piel sana e intacta

- Previene la perdida de agua.
- Desempeña un papel importante en la regulación de la temperatura.
- Es resistente a variaos agentes químicos nocivos.
- Es resistente a traumatismos, fríos, calor, radiaciones.
- La glibenclamida se debe tomar en el horario indicado para el control adecuado de la glucosa.

Ejecución

- Se le explica los cuidados que deba llevar a cabo, que de manera clara entienda la importancia de la higiene y en general sobre su auto cuidado, son el propósito de llevar una vida saludable y evitar complicaciones.
- Continuar reforzando la ingesta de su hipoglucemiante

Evaluación

- El paciente esta conciente de los peligros al no llevar un aseo adecuado a su piel, realiza las indicaciones de enfermería para el cuidado de los pies.
- Con un glucómetro lleva su control de glicemia, actualmente su nivel de glucosa se encuentra en 98mg/dl.

Diagnóstico de enfermería: Alto riesgo de infección debido a la inmunosupresión.

Fundamentación: La terapia corticosteroidea reduce la capacidad de los linfocitos T de luchar contra la infección, aumentando la susceptibilidad del paciente a la infección por microorganismos oportunistas, por ejemplo; candida.

Objetivo

Reafirmar los conocimientos sobre la terapia corticosteroidea.

Acciones de enfermería.

- . Explicar el mayor riesgo de infección y recalcar la importancia de avisar rápidamente en caso de aparecer cambios en su estado.
- . Decir al paciente que evite a las personas que tengan alguna infección y las aglomeraciones en lugares cerrados.

Fundamentación científica.

- . Los corticosteroides pueden enmascarar los signos y síntomas normales de infección, como la fiebre, siendo necesaria una mayor vigilancia en busca de cambios sutiles.
- . Estas precauciones ayudan a limitar el contacto con microorganismos infecciosos.

Ejecución

Aceptó y comprendió tales recomendaciones refiriendo que pondrá más cuidado en el bienestar de su salud.

Evaluación

Es notorio el interés para seguir las recomendaciones, agradeciendo el apoyo que se brinda al darle la orientación.

4.- Necesidad de descanso y sueño

Diagnóstico de enfermería: Alteración del patrón del sueño relacionado con situaciones de estrés, manifestado por insomnio.

Objetivo:

Determinar las situaciones de estrés que impide conciliar el sueño

Cuidados de enfermería

- Estimular la relajación física por medio de música suave o un baño con agua tibia.
- Seguir un horario regular al acostarse.
- No dejarlo solo cuando tenga ansiedad, proporcionando palabras tranquilizadoras y reforzando el comportamiento positivo.
- Fomentar el ejercicio.

Fundamentación científica:

- Las técnicas de relajación aumentan la sensación de control del paciente sobre su respuesta orgánica ante el estrés.
- Las rutinas para acostarse, un ambiente conocido y una posición cómoda facilita la relajación y favorecen el sueño.
- El paciente que se siente apoyado en la vida es capaz de afrontar Las situaciones estresantes.
- La actividad física que se efectúa durante las horas de vigilia tiende a favorecer un periodo de sueño adecuado.
- La necesidad de dormir varía con la edad y estilo de vida, actividad y el grado de estrés.

Evaluación:

- El paciente muestra interés en relación a utilizar métodos relajantes y así propiciar el sueño.
- Sólo el paciente puede determinar su grado de satisfacción con la calidad y cantidad de sueño.

PLAN DE ALTA

Se integran una serie de conocimientos, con el propósito de que el paciente continúe con el tratamiento establecido, y medidas preventivas a fin de reducir las complicaciones y mejorar su calidad de vida una vez trasplantado debe continuar con una serie de fases para su control.

- Conocimiento y comprensión del régimen medicamentoso, el éxito del trasplante se debe a los inmunosupresores administrados.
- Cumplimiento de sus consultas, tres consultas semanales después de ser dado de alta del hospital, el periodo se amplía del 1er año.
- Vigilancia inmunitaria de la función renal.
- Biometría hemática completa tres veces por semana durante los primeros dos meses postrasplante, dos veces por semana en los cuatro meses siguientes, semanalmente hasta el fin del primer año.
- Las concentraciones de ciclosporina se cuantifican tres veces por semana en el primer mes, cada semana en el bimestre siguiente, quincenalmente por espacio de tres meses más y cada mes hasta el fin del primer año.
- Los análisis y cultivos de orina son semanales en el primer mes, quincenales en el bimestre siguiente y mensuales en lo que resta del año.
- Cuaderno de notas del paciente. Todos los receptores de trasplante deben tener un cuaderno de notas para registrar los medicamentos y resultados de laboratorio, el cual se convierte en un registro permanente que el enfermo lleva consigo en las vacaciones o cuando lo atienden médicos ajenos al centro de trasplante. Esto alienta la participación del sujeto en sus propios cuidados y tiene efecto positivo a largo plazo en el pronóstico.

“Recomendaciones adicionales”

- vacuna anual contra la influenza
- Evitar fumar después del trasplante
- Administrar antibioticoterapia antes de intervenciones odontológicas y quirúrgicas.

Higiene personal

Es muy importante no descuidar el detalle de la higiene personal, es una forma de amarte y cuidarte a ti mismo

Cuidados de la boca:

Una higiene de la boca antes y después de la comida, utiliza un cepillo muy suave para evitar lesiones y sangrados de las encías.

Además de cepillado practica enjuagues bucales con alguna solución o bien agua bicarbonatada.

Conviértelo en una rutina además de mantenerte limpio te da sensación de frescura y da buena impresión de ti.

Ejercicio

El ejercicio físico es imprescindible para el equilibrio de su organismo y el trasplante no debe interferir con su modo de vida.

En principio, el caminar en la medida de lo posible, es una actividad recomendable a todos los pacientes y a partir de aquí puede hacerse cualquier ejercicio o deporte que no sea violento ni implique riesgo de golpes. Son preferibles los ejercicios aeróbicos, como la natación, la gimnasia y la bicicleta (esta última puede ser estacionaria) que practicada de forma razonable no implica riesgo de lesiones y favorecen un buen tono muscular, refortalecimiento de los huesos, mayor oxigenación mejora la circulación sanguínea, mejora la postura y ayudara a controlar el exceso de peso.

Sea cual fuere la actividad física que elija, esta no debe ser agotadora

Cuidados dietéticos:

- La dieta es un pilar fundamental del tratamiento de la diabetes y control de los triglicéridos y colesterol.
- Con la dieta se pretende conseguir el peso ideal, favorecer el desarrollo en el caso de los niños, y mantener los valores de azúcar más cercanos a la normalidad.
- Los alimentos ricos en fibra son recomendables ya que ayudan a disminuir las oscilaciones de azúcar, por esto esta recomendado productos integrales.
- Se debe evitar tomar alimentos con azúcar como dulces, caramelos, mermeladas, jaleas, cajeta, flan, natillas, merengues, pasteles y chocolates.
- No debe consumir alimentos que contengan grasas como comidas fritas, empanizados, capeadas, margarina, mantequilla, crema, mayonesa, aderezos comerciales, el pellejo del pollo, el chicharrón, y el tocino.
- Evitar bebidas alcohólicas ya que aportan calorías y pueden desequilibrar la dieta.
- El menú debe ser variado, según los antecedentes étnicos y culturales del paciente, tipo de vida, preferencias alimentarias y costumbres dietéticas, insistiendo en los alimentos prohibidos y permitidos.

DESAYUNO

ALIMENTOS	CANTIDAD	MEDIDA CASERA
Papaya	200 g	1 taza
Atole de arroz con agua	200 ml	1 vaso
Frijoles	40 g	½ de taza
Tortilla de maíz	20 g	1 pieza
Te	200 ml	1 vaso

COMIDA

ALIMENTOS	CANTIDAD	MEDIDA CASERA
Lentejas guisadas	200 g	1 taza
Calabacitas guisadas con elote	200 g	1 taza
Tortilla	20 g	1 pieza
Fruta	200 g	1 pieza
Agua de sabor	200 ml	1 vaso

CENA

ALIMENTOS	CANTIDAD	MEDIDA CASERA
Leche de soya	200 ml	1 vaso
Pan tostado integral	40 g	1 rebanada
Manzana al horno	150 g	1 pieza

Sexualidad y trasplante

En el transcurso de su nuevo estilo de vida habrá notado cambios o alteraciones en su actividad sexual no es exclusiva de hombres o mujeres únicamente ya que la disfunción sexual es un problema importante que preocupa mucho a los paciente con la insuficiencia renal crónica pero pocos atreven a hablar de ello y este problema se debe de intentar de solucionar ya que el poder mantener relaciones sexuales satisfactorias contribuye de forma significativa a una buena rehabilitación. Se debe de corregir en la medida de lo posible todas las anomalías orgánicas administrar fármacos con los mínimos efectos secundarios y dar aporte psicológico al paciente y a su pareja.

Existen factores como el cambio en la imagen corporal, el dolor, incluso los medicamentos, el estado de ánimo que puede afectar el deseo sexual.

Es importante hablar al respecto con la enfermera, con su médico o sexólogos para que le brinden orientación o bien canalicen con un experto para una terapia de pareja.

Tomar en cuenta que:

- . No existe ninguna limitación para las relaciones sexuales (la limitación es mas bien psicológica). El trasplante no es una limitante.
- . No existe horario, momento o recomendación alguna para la relación.
- . La anemia, la desnutrición, la elevación excesiva de la presión arterial son factores que disminuyen el apetito sexual: pero, corrigiendo el problema se recupera nuevamente este aspecto tan importante en la vida.
- . Platique con su pareja acerca del tema, así como de su enfermedad de cómo se siente, sus deseos y temores. El apoyo y comprensión es muy importante.
- . Arréglate siempre, no descuides tu aspecto personal y mantente siempre en línea y atractivo.

6.- Conclusiones

La aplicación del proceso atención de enfermería me dio la oportunidad de brindar cuidados de enfermería con un método teórico, me permitió conocer el ambiente biológico, social y el entorno en donde vive, así como sus proyectos de vida y el deseo de vivir.

Considero que la aplicación de este modelo basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson, me permitió conocer los aspectos metodológicos y teóricos de esta "teoría. Para que durante la práctica profesional, dicho conocimiento se ver reflejado en la atención integral y holística del paciente.

En lo profesional, fue un reto a vencer, por no tener la habilidad para elaborar este tipo de trabajo de investigación.

Me motivó a realizar el cuidado de enfermería con fundamento y experimentar que el proceso de atención de enfermería se puede realizar en el hogar y en cualquier ámbito.

7.- Glosario

Diagnóstico: Analiza los datos e identifica los problemas reales y potenciales que constituyen la base del plan de cuidados. También identifica los recursos, que resultan esenciales para desarrollar un plan de cuidados eficiente.

Ejecución: pone en práctica el plan y observación de las respuestas iniciales.

Evaluación: para decidir si se a logrado los objetivos, si las intervenciones han sido efectivas, y si es preciso introducir cambios, luego deberá cambiar o finalizar el plan según esté indicado.

Exploración física: Investigación de las distintas partes del organismo para determinar su estado de salud con ayuda de las técnicas de inspección, palpación, percusión, auscultación.

Factor de riesgo: toda variable interna o externa que hace que una persona o grupo de personas sea más vulnerable a la enfermedad o a un episodio morboso.

Historia clínica de la enfermería: datos reunidos sobre el estado actual del paciente, sobre posibles cambios de forma de vida o de papel, así como sobre las reacciones mentales y emocionales a la enfermedad.

Historia familiar: parte esencial de la historia clínica de un paciente en la que se recogen los datos sobre la salud de los miembros de su familia a fin de descubrir enfermedades a las que el paciente puede ser especialmente susceptible.

Impotencia: 1. debilidad 2. Incapacidad del varón adulto para lograr la erección del pené, o con menor frecuencia, para eyacular después de haber logrado la erección.

Insuficiencia renal: incapacidad de los riñones para excretar los productos de desecho del organismo, concentrar la orina y conservar los electrolitos.

Necesidad: carencia que, si se satisface, reduce el estrés y fomenta la sensación de adecuación y bienestar.

Persona: es una unidad corporal/física y mental, que esta constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables.

Proceso enfermero: Método sistemático orientado al logro de objetivos, que usan las enfermeras para acelerar el diagnóstico y tratamiento de problemas de salud reales y potenciales.

Trasplante: transferencia de un órgano o tejido de una persona a otra o de una zona del cuerpo a otra distinta, al objeto de reemplazar una estructura enferma o restaurar una función orgánica.

Valoración: Obtiene y examina la información sobre el estado de salud, buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que pueden contribuir a la aparición de problemas de salud. También busca evidencias de los recursos del cliente.

IMC: El índice de masa corporal: Es la medida que relaciona el peso y estatura de una persona, esto con el fin de calcular si tiene sobrepeso u obesidad. Este cálculo se realiza mediante una fórmula sencilla, misma que es dividir el peso entre la estatura al cuadrado. Para poder sacar el Índice de Masa Corporal

Resultados del IMC	Tipos de peso
Por debajo de 18.0	Peso menor que el normal
18.1 – 24.9	Normal
25.0 – 29.9	Sobrepeso
30.0 o mas	Obesidad

Resultados del IMC	Tipo de peso
30.0 – 34.9	Tipo I
35.0 – 39.9	Tipo II
Mayor que 40.0	Tipo III (Extrema)

9.- ANEXOS

1.- instrumentos de recolección de datos

2.- Medicamentos

3.- Tabla acalórica de alimentos

Anexo 1

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA DIVISIÓN DE
ESTUDIOS SUPERIORES DE POSGRADO

VALORACIÓN DE ENFERMERIA

I DATOS GENERALES

INSTITUCIÓN:

Nombre:

Edad:

Sexo:

Estado Civil:

Religioso:

Tiene derecho a algún servicio de salud:

II APOYOS CON QUE CUENTA:

Casa propia:

Rentada:

Otros:

Con quien vive:

Trabajo anterior:

De donde obtiene sus ingresos:

Cubre sus necesidades:

Cuenta con algún apoyo comunitario:

Pertenece algún grupo:

Problemas de salud en los últimos tres años:

Dispone de transporte cuando tiene que salir del hogar:

Nombre del familiar mas cercano:

Teléfono:

Dirección:

III INMUNIDAD:

Inflamación de nódulos linfáticos:

Fecha de la ultima inmunización:

Tétanos Difteria:

Tuberculosis:

Influenza:

Otros:

VALORACIÓN DE NECESIDADES

1.- Necesidad de oxigenación

F.C.

F.R.

T. A.

SI	NO
----	----

Tos		
Rinorrea		
Secreción Nasal		
Epistaxis		
Obstrucción Nasal		
Ronquido		
Resfriados frecuentes		
Asma o alergias		
Disnea		
Disnea de esfuerzo		
Diseña paroxística nocturna		
Ortopnea		
Hemoptisis		
Expectoración		
Respiración sibilante		
Murmullo		
Edema de miembros inferiores		
Cambio de coloración de la piel en miembros inferiores		
Varices		
Claudicación intermitente		
parestesias		

Fecha y resultado de la ultima radiografía de tórax:

Observaciones

2.- Necesidad de Nutrición e Hidratación

Edad:

Sexo:

Peso:

talla:

	SI	NO
Dolor de garganta		
Lesiones o úlceras en la boca		
Dificultad para deglutir		
Gingivorragia		
Caries		
Alteraciones del gusto		
Problemas de masticación		
Prótesis dental		
Infección bucal		
Nauseas o vomito		
Cambio de apetito		
Dolor		
Polifagia		
Polidipsia		
Úlcera gástrica		
Intolerancia alimentaría		
Indigestión		
Acidez de estomago		
Anemia		
Hematemesis		
Tumoración gástrica o intestinal		

Historia de transfusión sanguínea:

Fecha del último reconocimiento odontológico:

Método de cepillado de los dientes:

Rutina y problemas relacionados con la limpieza de la prótesis dental:

Valoración sobre los aspectos que influyen en nutrición:

Observaciones: Ninguna

3.- Necesidad de eliminación:

Orina: Olor: Cantidad:
 Ph: Densidad: Potencia:
 Sangre: Glucosa: Cetona:

Heces: Color: Olor:
 Frecuencia: Presencia de sangre:

	SI	NO
Disuria		
Polaquiuria		
Poliuria		
Oliguria		
Nicturia		
Hematuria		
Goteo terminal al orinar		
Urgencia		
Dificultad para iniciar la micción		
Incontinencia fecal		
Dolor al miccionar		
Problemas de litiasis renal		
Infección urinaria		
Secreción al nivel del pené		
Testículos dolorosos		
Tumoración a nivel del testículo		
Problemas prostáticos		
Enfermedad de transmisión sexual		
Cambios en el libido		
Impotencia		
Preocupación acerca de la actividad sexual		

Observaciones:

4.- Necesidad de movimiento y postura:

	SI	NO
Articulaciones dolorosas		
Rigidez articular		
Inflamación articular		
Deformación de articulaciones		
Espasmos musculares		
Calambres		
Parálisis		
Paresias		
	SI	NO
Parestesias		
Tic, temblores o espasmos		
Debilidad muscular		
Dolor de espalda		
Problemas de deambulaci3n		
Pr3tesis		
Lesi3n cerebral		

Clases de ejercicio que practica habitualmente:

En los 3ltimos tres a3os ha sufrido alg3n traumatismo o ca3da:
Escala de valoraci3n sobre:

Actividad de la vida diaria b3sica:

Actividad de la vida diaria instrumentadas:

Marcha:

Balance:

Observaciones:

5.- Necesidad de descanso y sue3o:

	No	Si
Dolor de cabeza		
V3rtigo		
vah3dos		
Rigidez men3ngea		
Dolor o sensibilidad en el cuello		

Convulsiones		
Sincope		
Problemas de memoria		
Disturbios del sueño		

Traumatismo craneoencefálico importante en el pasado:

Valoración neurológica:

Escala de valoración del estado mental:

Condiciones del entorno que impide el descanso o sueño

6.- Necesidad de usar prendas de vestir adecuado:

	Si	No
Exhibicionismo		
Tiene capacidad para vestirse		
Tiene capacidad para desvestirse		
Las prendas de vestir están sucias		
Prendas de vestir inadecuado a la situación		
Espacio inadecuado para mantener su ropa sucia o limpia en orden		

Problemas físicos o del entorno que le impide lavar y planchar su ropa:

Otros factores:

Observaciones:

7.- Necesidad de termo regulación:

Temperatura:

	Si	No
Exposición al sol		
Exposición al frío		
Prendas de vestir inadecuadas a la temperatura ambiental		

Habitación fría		
Habitación caliente		
Cambios de temperatura corporal por situaciones emocionales		
Otras situaciones que impiden la termo regulación		
Observaciones		

8.- Necesidad de higiene y protección:

	Si	No
Lesiones de piel		
Heridas		
Cambios en la pigmentación de la piel		
Cambios en la textura		
Cambios en los nevus		
Hematomas frecuentes		
Cambios en el pelo		
Cambios en las uñas		
callos		

Formas de cicatrización de las lesiones o de los hematomas:

Formas de hacer el auto examen de las manos:

Descripción de lesión cutánea o de los anexos de la piel:

Escala de valoración de factores de riesgo o úlceras de presión:

Observaciones:

9.- Necesidad de evitar los peligros:

	Si	No
Somatización		
Hipocondrías		
Factores de riesgo a caídas		
Suelo encerado		
Suelo mojado		
Cables en el piso		
Suelo con desniveles		

Falta de iluminación en escaleras		
Falta de iluminación en la habitación		
Existencia de alcantarillas		
Barandillas en la cama		
Riesgos a accidentes		
Disminución auditiva		
Disminución visual		
Disminución de reflejos		

10. Necesidad de comunicación

Ansioso		
Deprimido		
Acceso de llantos		
Nervioso		
Miedoso		
Problemas para tomar decisiones		
Dificultad para concentrarse		
Estrés o tensión actual		
Cambios en la voz		
Problemas de memoria		
Afasia		
Ataxia		

OJOS:

Lagrimo en exceso		
Prurito en los ojos		
Inflamación en párpados		
Partículas flotantes		
Diplopía		
Visión borrosa		
Cambios de visión		
Fotobia		
Escatoma		
Uso de gafas o lentes		
Infección o dolor frecuente		

OIDO:

Tinnitus		
Secreción ótica		
Sensibilidad auditiva		
Infección otica		
Prótesis auditivas		
Cambios en audición		

Manejo de satisfacción frustración:

Mecanismos de adaptación habituales:

Fecha y resultado de su último reconocimiento visual:

Fecha y resultado de su última verificación para glaucoma:

Fecha y resultado de último examen otológico:

Costumbres particulares en el cuidado del oído:

Tipo de comunicación verbal:

Tipo de comunicación no-verbal:

Actitud y facilidad de relación:

Utilización de mecanismos de defensa:

Condiciones del entorno que limitan la comunicación:

Calidad y cantidad de la interacción familiar:

11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores:

Viste de acuerdo a un grupo social o religioso		
Pertenece a una religión concreta		
Dios tiene importancia para ella o el		
Le resulta de ayuda		
La oración		
La lectura		
La escritura		
Alguna practica religiosa		

La enfermedad afecta sus sentimientos sobre:

Dios		
Sobre la fe		
Sus propios sentimientos		
Significado de dios para ella o el: respeto, confianza y fe		

Qué es lo que más le preocupa al estar enfermo:

Quién o qué le resulta de más utilidad cuando necesita ayuda:

Tiene algún temor o esperanza en concreto:

Tiene un asunto o negocio pendiente:

Como maneja las pérdidas significativas:

Sentimientos sobre la muerte:

Observaciones:

12. Necesidad de trabajo y realización:

Problemas para realizar algún trabajo:

Impedimento físico		
Impedimento mental		
pertenece a algún grupo de la tercera edad		
Rechaza las actividades		
Ocupación del tiempo libre:		
Que hace para resocializarse:		

13. Necesidad de aprendizaje:

Escolaridad:

Capacidad de atención y memoria:

Interés por aprender su auto cuidado:

Interés por aprender educación para su salud:

Otro interés por aprende educación para su salud.

Otro interés de aprendizaje:

Observaciones:

Fecha de realización:

Nombre y firma del realizador:

Anexo 2

Medicamentos

Farmacocinética Bezafibrato

Composición: cada comprimido de liberación sostenida contiene: bezafibrato 400 Mg.

Acción terapéutica: Hipolipemiante de liberación sostenida.

Indicaciones: **Hiperlipidemia primaria**, cuando la dieta por si sola o un mejoramiento en el estilo de vida tal como un incremento en los ejercicios o una reducción de peso no es suficiente para obtener una respuesta adecuada.

Hiperlipidemia secundaria, por ejemplo: Hipertrigliceridemia severa cuando no ocurre una mejoría suficiente depuse de corregir los desordenes subyacentes (por ejemplo diabetes mellitus).Tomando en cuenta la historia familiar, valorar niveles de colesterol, niveles de fibrinogeno elevado, habito de fumar, presión arterial, sexo masculino, sobrepeso, falta de ejercicio y personas jóvenes.

Propiedades: Farmacológicas: reduce efectivamente los niveles sanguíneos elevados de triglicéridos, colesterol total. Las lipoproteínas VLDL y LDL fibrinogeno elevadas.

Farmacocinética: Absorción y distribución: bezafibrato se absorbe rápida y completamente.

La vida media de eliminación de bezafibrato 200Mg. Es de 2 horas y la vida media de Oralipin Retard 400 Mg. es de 2 a 4 horas.

La eliminación de bezafibrato esta disminuida en pacientes con la función renal deteriorada.

Posología: La dosis es 1 comprimido 1 vez al día (bezafibrato 400) y bezafibrato 200Mg 1 comprimido cada tercer día en pacientes con función renal deteriorada.

Método de administración: el comprimido debe ser ingerido con suficiente liquido con o después de las comidas sin masticar.

Duración del tratamiento es normalmente una terapia a largo plazo si la dosis es de un comprimido cada tres días.

Contraindicaciones: no se debe usar en enfermedad hepática, hipersensibilidad conocida a la droga.

Precauciones: contraindicado en el embarazo y lactancia. El estuche debe destacar “manténgase fuera del alcance de los niños” no debe utilizarse después de la fecha de vencimiento indicado en el estuche.

Presentación: envases conteniendo 10 y 30 comprimidos recubiertos de liberación sostenida.

Prednisona

Composición: Cada comprimido contiene: Prednisona 5mg.

Propiedades: Prednisona es un potente glucocorticoide sintético con escasa acción mineralocorticoide.

Farmacocinética: por vía oral, la prednisona se absorbe en forma rápida y completa, y su biodisponibilidad es elevada (80%). Por vía parenteral (I.V./I.M.) el comienzo de la acción es rápido y el efecto máximo aparece en 1 hora. Su unión a las proteínas es muy alta (70%-90%). Su vida media biológica es de 18-36 horas. La mayor parte del fármaco se metaboliza principalmente en el hígado a metabolitos inactivos y se elimina por excreción renal.

Posología Adultos: La dosis inicial de prednisona puede variar entre 5mg. Y 60mg. Por día, de acuerdo con la enfermedad específica que se está tratando.

Glibenclamida

Es uno de los fármacos más competentes del grupo

Presentaciones Farmacéuticas

Glibenclamida

Tabletas 1.25, 1.5, 3.6mg.

Absorción.- Se absorbe rápidamente después de su administración oral por tracto gastrointestinal; Y su efecto máximo es en 4 horas, persistiendo durante 24 horas. La absorción puede ser más lenta en pacientes hiperglicémicos

Vida media. – Es de 10 horas

Eliminación.- Se excreta en heces (50%) y en orina (50%).

Posología Adultos: de 2.5 a 5mg cada 24 horas, después de los alimentos; dosis máxima 20mg día.

Azatioprina

La azatioprina es una medicación inmunosupresora que disminuye la actividad del sistema immune.

¿Cómo actúa la azatioprina?

En circunstancias normales, el sistema immune produce anticuerpos que protegen al cuerpo contra infecciones de bacterias y virus.

¿Qué cuidados especiales se deben tener al tomar azatioprina?

Dado que la azatioprina es una medicina potente, el medico y el paciente deben considerar sus riesgos y beneficios.

¿Cómo debe tomarse la azatioprina?

La dosis de azatioprina varía de 100mg a 200mg por día.

Anexo 3

TABLA CALORICA DE ALIMENTOS

GRUPOS DE ALIMENTOS

GRUPO 1 ALIMENTOS CON ALTO CONTENIDO PROTEICO: cada ración contiene aproximadamente, proteínas 7g, grasas 8g			
Carne de vacuno.....	30g	Carnes secas.....	15g
“ de carnero.....	30g	Pescado seco.....	12g
“ de aves.....	30g	Menudo.....	100g
“ de caza.....	30g	Mariscos.....	45g
“ cerdo.....	30g	Harina de soya.....	20g
Pescado fresco.....	30g	Jamón.....	35g
Hígado.....	30g	Salchicha.....	45g
Corazón.....	30g	Huevo.....	50g
Lengua.....	30g	Queso fresco.....	50g
Menudencias de aves.....	30g	Queso añejo.....	30g
Germen de trigo.....	30g	Requesón.....	45g
* Seleccionar porciones poco grasosas		*contienen carbohidratos..... 7g	

GRUPO 2 LECHE Y EQUIVALENTES, cada ración contiene aproximadamente proteínas 7 g, grasas 7g, carbohidratos 10g			
Cualquier leche fresca.....	200ml 1 vaso	Jocoque.....	200ml 1 vaso
Leche en polvo.....	2 ½ cucharadas	Yogurt sin sabor..	200ml 1 vaso
Leche evaporada.....	100ml 1 vaso	Leche condensada	1 cucharada
1 equivalente de leche puede sustituirse por una ración de carne y una de frutas o tres cuartos de ración de carne y una de vegetales			

GRUPO 3 FECULAS, cada ración contiene carbohidratos63e: proteínas 2g carbohidratos 15g			
Pan refinado de caja.....	1 rebanada	Tortilla.....	2 medianas
Pan integral de caja.....	1 rebanada	Avena cruda.....	2 cucharadas
Pan negro.....	2 rebanadas	Papa cosida.....	1 mediana 100g
Harinas integrales.....	2 cucharadas	Arroz cosido.....	3 cucharadas
Cereales tostados.....	20g 1 tasa	Galletas de soya	4 piezas20g
Pan tostado.....	2 rebanadas	Galletas Maria...	3 piezas 20g
Camote cosido.....	75g	Bolillo ¾ de pieza	30g
Biscocho.....	¾ pza. 22g	Fríjol o haba cosidos	¾ de taza
Pastas para sopa (en crudo)	30g	Garbanzo ¾ de taza	

GRUPO 4, Grasas, aceites y oleaginosas, cada ración contiene lípidos 5g**Aceites vegetales**

Cualquier tipo.....	5g 1cucharadita	Crema ligera	3 cucharaditas	15g
Manteca animal o vegetal...	5g 1 “	Queso crema	3 “	15g
Mantequilla de leche.....	5g 1 “	Queso graso	3 “	15g
Mantequilla de cacahuate...	5g 1 “	Tocino	1 rebanada	10g
Margarina.....	5g 1 “	Nueces	6 piezas	10g
Mayonesa.....	5g 1 “	Almendras	6 “	10g
Nata de leche.....	10g 2 “	Aceitunas	5 pzas. medianas	10 g
Avellana pelada.....	10g 5 piezas	Cacahuate		12g

GRUPO 5 FRUTAS: Cada ración contiene aproximadamente, hidratos de carbono 10g

Jícama.....	200 1 medida	Sandía.....	175 1 rebanada
Melón.....	150 ¼ pza.	Mora.....	150 1 vaso
Papaya.....	150g 1 rebanada	Tuna.....	130 1 pieza
Toronja.....	125g ½ chica*	Chabacano.....	100g 3 medianos
Granada roja...	100g ½ vaso	Granada china... .	100g 2 medianas
Ciruelas frescas..	100g 2 piezas	Durazno.....	100g 1 mediano
Zapote.....	100g ½ vaso	Pera.....	100g 1 chica
Pitajaya.....	100g ½ vaso	Piña.....	100g 1 rebanada
Naranja.....	100g 1 chica*	Fresa.....	100g 18 piezas*
Guayaba.....	100g 2 grandes*	Lima.....	100g 1 grande
Limón dulce.....	100g 1 grande	Mandarina.....	100g 1 mediana
Membrillo.....	80g 1 mediano	Manzana.....	80g 1 mediana
Uva.....	75g 12 piezas	Mango.....	70g 1 chico
Chirimoya.....	60g ½ pieza	Capulín.....	60g 10 piezas
Mamey.....	60g ½ pieza	Tejocote.....	45g 3 piezas*
Higo fresco.....	50g 2 grandes	Frutas secas.....	15g
Ciruelas pasas... .	25g 2 piezas	Plátano.....	50g ½ mediano

Las frutas marcadas con * son ricas en vitamina c, deberá tomarse por lo menos una ración diaria, si se desean jugos se debe utilizar la ración de fruta señalada

GRUPO 6 VEGETALES: cada ración contiene aproximadamente, **PROTEINAS 2 GRAMOS, HIDRATOS DE CARBONO 7 GRAMOS**

Pepino.....	200g 1Pza	Jitomate.....	250g 1 ¼ tasa
Nopales.....	250g 2 ½ tasas	Chilacayotes...	250g 3 chicos
Espárragos.....	225g 8 tallos	Alcachofa.....	220g 1 grande
Rabanitos.....	220g 1 ¼ tasa	Verdolaga.....	200g 2 tasas*
Calabacitas.....	200g 5 chicas	Ejotes.....	200g 1 ½ tasa
Nabo.....	200g 1 pza.	Apio.....	150g 1 ½ tasas*
Hongos.....	150 1 ½ tasa	Col.....	150g 2 tasas
Berenjena.....	120g 1 pza.	Chayote.....	100g 1 chico
Quelite.....	80g 1 tasa*	Huazontle.....	75g 6 ramitas
Poro.....	75g ¾ tasa	Colecitas.....	60g 4 pzas
Betabel.....	65g 1 chico	Zanahoria.....	60g 1 mediana*
Chile poblano.....	60g 1 ½ pza*	Haba verde.....	50g 3 cuch.
Grano de elotes.....	30g 3 cucharadas*	Chicharo.....	30g 3 cucharaditas

Los vegetales marcados con* son ricos en vitamina A, deberá tomarse por lo menos 1 ración diaria. Cuando se indica tasa la medida tomara con el vegetal picado

GRUPO 7 ALIMENTOS DE CONSUMO LIBRE: de valor calórico muy bajo

Aguas minerales no azucaradas, café sin azúcar, caldo de verduras o carne sin grasa, espinacas, acelgas, lechuga, berro, Chile picante, gelatina (sin azúcar), limón, sacarina, sabores de vainilla, canela, etc., toda clase de condimentos, salsas picantes, tabletas de cuajar, esencias y colores vegetales, té sin azúcar.

GRUPO 8 AZUCARES Y MIELES: de contenido exclusivo en hidratos de carbono

Azúcar de caña.....	10g ¾ cucharada	Miel de abeja.....	13g 1 cucharada
Miel maple.....	13g 1 cucharada	Miel de mpaíz.....	13g 1 cucharada
Miel de plata.....	20g 1 ¾ cucharada	Miel casera.....	13g 1 cucharada
Piloncillo.....	10g	Caramelos.....	10g

8.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Anderson, L. E. Diccionario de medicina Océano Mosby
Editorial océano
España 1994
- 2.- Arzate, P. P. Manual para el paciente con insuficiencia renal crónica
en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis, vivir con hemodiálisis
México DF 2002
- 3.- Cardenito, L. J. “Planes de cuidados y documentación en enfermería”
Editorial Mcgraw-Hill Interamericana
Primera edición México 2003
Agosto 2005 Pp. 127, 128, 129, 200, 201, 207, 208, 209, 605, 606, 607
- 4.- Emil, A. Tanacho M. P. Urología general de Smith
Editorial El Manual moderno S.A. de C. V. Novena edición
México DF. 1989
- 5.- Fernández F. C. El proceso de Atención enfermería Ediciones Científicas y
Técnicas 1993
Editorial, Masson – Salbat España 1993
- 6.- García, G. M. De Jesús
El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson primera edición
Editorial proceso
Primera edición México 1997 Pp 8, 11,13, 14
7. - Gonzáles, M. M. – J. M. García Buitrón. Trasplante renal
Editorial Grupo Aula Medica S.A. España 2000 Pp 25, 35, 36, 121, 122,163,
164, 165, 166
- 8.- Halen Kluset Hamilton. Enfermedades renales y urológicas
Editorial Científica S. A. de C. V.
México 1986 Pp. 294, 295, 296, 393
- 9.- Pradillo G. P. Farmacología en enfermería
Editorial, DAE (Grupo paradigma)
Primera edición México 2003 Pp. 377

- 10.- Sodi Campos M. La Experiencia de donar
Editorial Plaza y Valdez. S.A. C. V. México 2003. Pp 124, 125, 126, 127
- 11.- Nordmark, Rohweder Bases científicas de la enfermería 2ª edición
Editorial el Manual Moderno.
México 2002 PP 308, 309, 367, 376, 377, 586, 592, 604, 637
- 12.- S/autor S/año "historia de la enfermería".en: [http://www. el enfermero.net](http://www.elenfermero.net).
Agosto2005. Pp 7, 8
- 13.- [http: // WWW. Salud hoy.com/htm/exam/articulo/trasren3.html](http://WWW.Saludhoy.com/htm/exam/articulo/trasren3.html)
- 14.-<http://www.farmaciasahumada.cl/stores/fosa/html/mft/producto/p745.htm>
- 15.- Roldan T. A. Stella Fernandez de S. M. "Proceso Atención Enfermería",
en: <http://www.tone.udea.edu.co>. Noviembre 2005 Pp12

