



DIRECCIÓN GENERAL DE INCORPORACIÓN Y
REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS - UNAM

INSTITUTO MARILLAC, A. C.

PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ
EN UNA PERSONA CON ACIDOSIS METABÓLICA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A
ANEL MAGDALENA TORRES MAYA

No. CUENTA 403500800

DIRECTORA DE TESIS: LIC. MARIA DE LOURDES TORRES CARRASCO
CO-DIRECTORA: LIC. ANA MARIA RUIZ URBINA

MEXICO, D.F.

OCTUBRE DE 2008



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.

AGRADECIMIENTOS

Gracias Señor

Por mis brazos perfectos, cuando hay mutilados

Por mis ojos perfectos, cuando hay tantos sin luz

Por mi voz que canta, cuando hay tantos que enmudecen.

¡Oh! maravilloso Señor, tener un hogar para regresar,

Cuando hay tanta gente que no tiene a donde ir.

Sonreír, cuando hay tantos que lloran

Amar, cuando hay tantos que odian

Soñar, cuando hay tantos que se revuelven en pesadillas

Vivir, cuando hay tantos que se mueren antes de nacer

Sobre todo, tener poco que pedirte y tanto que agradecerte.

A mí familia por su apoyo:

- En desvelos y preocupaciones
- Por sus venas
- Por su ejemplo
- Por las competencias sanas de superación.
- Por su compañía, paciencia y tolerancia.
- Por los ánimos
- Por ayudarme a ver mis errores.

“Por abrirme los ojos y entender que no son mejores las personas que están arriba, en lo alto, sino las que suben y bajan, sin perderse, por las circunstancias de la vida”.

Gracias

Marce:

Por cambiar mis perspectivas

A Dani

“Es mejor ser participe de tus sueños que despertar sin luchar por lo que quieres”

A él hombre de mi vida que ha estado conmigo en las buenas y en las malas.



El hombre como una maquina ingeniosa destinada a convertir, con
"habilidad infinita, el vino rojo de Shiraz en orina"

Isak Dinesen.

INDICE

Introducción	1
Justificación	2
Objetivo General	3
Objetivos Específico	3
CAPITULO I. MARCO TEORICO	
1.1. Evolución Histórica del Cuidado enfermero	5
1.2. Implicación del Proceso de Atención de Enfermería.	8
1.3. Modelo de Virginia Henderson	9
Definición de enfermería	
Necesidades	
Metaparadigma enfermero	
CAPITULO II. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.	
2.1. Cédula de valoración de Enfermería	11
2.2. Organización y clasificación de datos	18
2.3. Etapa de planificación	
2.3.1. Problema interdependiente: Insuficiencia Renal Crónica	24
2.3.2. Problema interdependiente: Hipertensión Arterial Sistémica	29
2.3.3. Intervenciones independientes.	30
2.4. Plan de cuidados de enfermería	
2.4.1. Diagnóstico: Patrón respiratorio ineficaz	32
2.4.2. Diagnóstico: Riesgo de infección	36
2.4.3. Diagnóstico: Alteración del patrón del sueño	37
2.4.4. Diagnóstico: Deterioro de la integridad cutánea	39
2.4.5. Diagnóstico: Riesgo de caídas	41
2.4.6. Diagnóstico: Sufrimiento espiritual	42
2.4.7. Diagnóstico: Trastorno de la autoestima	43
2.4.8. Diagnóstico: Afrontamiento familiar ineficaz	44
2.5. Conclusiones	46
2.6. Sugerencias	47
2.7. Glosario	48
2.8. Bibliografía	49
CAPITULO III. ANEXOS	
3.1. Insuficiencia Renal Crónica	51
3.2. Anatomía y fisiología	51
3.2.1. Función específica	52
3.2.2. Funciones homeostásicas y otras funciones renales	52
3.3. Etiología	54
3.4. Fisiopatología	54
3.5. Manifestaciones clínicas	55
3.6. Métodos diagnósticos	57
3.7. Tratamiento conservador	57
3.8. Tratamiento de la sustitución del riñón.	58
3.8.1. Diálisis	
3.8.1.1. Diálisis peritoneal	59
3.8.1.2. Hemodiálisis	60
3.8.2. Trasplante renal	60



Introducción

Actualmente el enfoque de enfermería se ha modificado de forma objetiva, asumiendo la responsabilidad de brindar servicios completos y distributivos con los que intenta satisfacer las necesidades del paciente y de su familia, fomentando la salud y previniendo enfermedades.

Para cubrir las necesidades de una sociedad actual, que es sumamente tecnológica, compleja y dinámica, hoy se hace énfasis en la necesidad de hacer investigación que fundamenten la práctica de enfermería, la toma de decisiones, la introducción de formas de desempeño más adecuadas y que ayuden a sustentar la formulación de políticas de enfermería. La tendencia actual en el ejercicio de la enfermería es la de fomentar con responsabilidad la educación y orientación a los pacientes, usuarios o clientes, a través de una valoración, apoyada en una relación terapéutica entre el personal de enfermería, paciente y familia, dirigida en la obtención y recopilación sistemática de datos sobre las necesidades y problemas individuales.

La enfermera organiza, analiza y resume definiendo las necesidades prioritarias de la persona y así mismo formulando los diagnósticos de enfermería que permiten elaborar objetivos educativos para el desarrollo del plan de cuidados.

Para fomentar la educación, se brinda enseñanza a través de métodos y técnicas de apoyo que permitan enfrentar la expresión de los sentimientos e ideas y aplicar el estilo adecuado de comportamiento para incrementar las probabilidades de que la persona realice la tarea encomendada y favorezca su rehabilitación.

Los conceptos nuevos de cuidados de atención también son expuestos en términos de principios y responsabilidades de enfermería independientes del médico, pero utiliza el plan de cuidados para proporcionar un cuidado holístico a través de un método interdisciplinario unificado que garantice el respeto a los valores fundamentales, normas establecidas y el acato al código de ética.

Es de esperarse que con las modificaciones en el panorama epidemiológico del país aumente el índice de mortalidad; las enfermeras debemos asumir mayores responsabilidades en la atención familiar y utilizar técnicas para el apoyo en la pérdida y la elaboración del duelo de pacientes graves.

Debemos considerar que esta situación obligará a modificaciones en las normas políticas y criterios de ingreso de enfermos en las unidades hospitalarias, por lo que la enfermera tendrá que ampliar su rol del eminentemente hospitalario al trabajo en el hogar con el enfermo y su familia propiciando autocuidado a la salud, la prevención del estado crítico y la rehabilitación. Tal es el caso de enfermedades como la insuficiencia renal crónica, ejemplo claro de individuos cuya vida se mantiene de fármacos, técnicas artificiales y estrés múltiple y desgastante a que se ven sometidos, sabiendo que el curso de la enfermedad es irreversible.

La intervención de enfermería se dirige a la valoración e identificación de fuentes potenciales de desequilibrio estableciendo tratamiento y animando al paciente a que asuma sus cuidados, concediéndoles mayor independencia. Las intervenciones específicas, junto con los fundamentos y criterios de valoración se presentan con más detalle en el plan de cuidados de enfermería.



Justificación

La enseñanza para la promoción de la salud ayuda a que la persona se adapte a su enfermedad, evite complicaciones y coopere con el tratamiento prescrito y aprenda a resolver problemas cuando enfrente situaciones nuevas. También puede prevenir hospitalizaciones repetidas, ya que los pacientes con trastornos crónicos con frecuencia son readmitidos porque no saben cuidar de sí mismos.

El objetivo de la educación para la salud es enseñarles a vivir con la mayor salud posible. Además los factores de riesgo que conllevan a la insuficiencia renal crónica son comunes y tratables con la prevención. Las consecuencias de no llevar un control en aquellos pacientes ya diagnosticados con alguna enfermedad crónica degenerativa tienen un impacto tanto para la sociedad como los sistemas de salud, en lo económico como en lo familiar. Dicho control busca limitar el daño, evitar la progresión de la enfermedad y aplazar el mayor tiempo posible el tratamiento invasivo y costoso (diálisis peritoneal o hemodiálisis), además, los trasplantes renales no siempre están al alcance de todos.

Estos sujetos requieren de información para participar de manera activa y asumir la responsabilidad de gran parte de su propia atención.

Es por esto que se considera importante la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en estos pacientes para conocer las alteraciones físico, psicológicas y los factores socioculturales y económicos inmersos a fin de llevar a cabo intervenciones de enfermería con fundamentos que buscan la participación familiar y autocuidado en el paciente para conservar la salud y calidad de vida.



Objetivo General

Aplicar los cuidados de enfermería a las necesidades o problemas de salud del paciente a través del proceso de atención de enfermería con el fin de conservar, mejorar la salud y calidad de vida del paciente con Insuficiencia Renal Crónica.

Objetivos Específicos

- Reestablecer el nivel de bienestar del paciente y fomentar hábitos saludables, con la intención de evitar recaídas y prevenir complicaciones.
- Fomentar la participación familiar y autocuidado en el régimen terapéutico.
- Reconocer como influye el estado emocional y las relaciones interfamiliares en el tratamiento de la enfermedad respetando las decisiones tomadas por el mismo.



CAPITULO I

MARCO TEORICO



1.1. Evolución histórica del cuidado enfermero.

El objetivo de los cuidados enfermeros es mantener la vida del grupo y de la especie, y ofrece lo necesario para llenar las funciones vitales a través de prácticas y hábitos, de las formas (saber hacer y saber usar), desde una perspectiva económica, sociocultural y religiosa en relación a las determinantes del momento histórico.

El cuidado enfermero en diferentes épocas.

En la época antigua se observa que el cuidado hacia los enfermos en un principio se realiza a través de conocimientos empíricos y la interpretación de sus causas de los fenómenos como pecado o magia dentro de la coexistencia del bien y del mal, hasta considerarse hasta nuestros tiempos como un fenómeno natural.

Dentro de los diferentes modos de producción y situaciones históricas, la división del trabajo marca a las mujeres dentro de las prácticas del cuidado enfermero en cuanto a la concepción hasta el nacimiento, así como el cuidado de los niños, de los enfermos, moribundos en cuidados corporales y prácticas alimentarias ejemplo de ello son las matronas romanas, nodrizas, parteras, comadronas.¹

En cuanto a los accidentes de caza, pesca y guerra no confieren a las mujeres requiere la utilización de instrumentos propios de los hombres –instrumentos de incisión (cuchillas, escalpelos), o suturas (aguja de hueso), así como la utilización del fuego. Las curaciones del cuerpo herido que dieron la pauta a explorar el cuerpo por dentro y por lo tanto desarrollar una tecnología que los herreros, barberos y cirujanos emplearon. Cuya fuerza fue empleada en el desplazamiento de articulaciones, reducción de fracturas, y dominio físico de los agitados y personas en estado delirante, de locura o de embriaguez.

También hubo quien se encargó de la hostelería, donde aflúan viajeros y enfermos donde se realizaba terapia física y mental. La necesidad de aislar enfermedades contagiosas de los portadores de males hizo que se construyeran lugares específicos de atención.

Sin embargo parece importante tener en cuenta el papel predominante de la iglesia basándose en un concepto de ayuda que se podría denominar (vocacional-cristiano-caritativo), en el que las necesidades humanas espirituales se antepone a las necesidades físicas, psíquicas y sociales que se proporciona a los pobres y enfermos marginados que carecen de riqueza.²

Posteriormente se plantea la Reforma Protestante (Martín Lutero), el cual evidenciaba los sistemáticos abusos de la iglesia católica. Con lo que surge la necesidad de crear escuelas de enfermería de entrenamiento práctico en el siglo XIX y XX con inclusión a una visión universitaria del ambiente hospitalario de gremios que no buscaban una dimensión espiritual sino connotaciones de aprendizaje, calidad y salarios.³ Formando dos terrenos que son los organismos civiles y ordenes religiosas estas últimas por hombres y mujeres con hábitos religiosos y asociaciones y cofradías de caridad femenina a través de un programa de preparación de experiencia hospitalaria y visitas domiciliarias que impidieron que desapareciera la idea fundamental de la enseñanza y cuidados basados en la caridad.

En 1537 San Juan de Dios fundo en Granada, España un hospital, creó la Orden de los Hermanos Hospitalarios de la Caridad, llamados popularmente “juaninos”.

En Italia, San Camilo de Lellis estableció la Orden de los Ministros de los Enfermos y fundo un hospital con su nombre.

¹ FRANCOISE. Marie. *Promover la vida*. McGraw Hill Interamericana. Madrid, 1993, p. 14.

^{2, 3} CONESA, Juana. *Historia de la enfermería*. Institucionalización de los cuidados de enfermería, Alianza, 1995, p. 78.



San Vicente de Paul creó asociaciones y cofradías de <caridad femenina>, mujeres que no tomaban votos, siendo Santa Luisa de Marillac la primera supervisora de estas enfermeras. En 1633, se fundó la Orden de las Hermanas de la Caridad. Hasta llegar a México en 1844 cubriendo lo que San Vicente deseaba: enfermos, pobres, niños abandonados, presos y prostitutas, en donde Sor Micaela de Ayanz entró como encargada de las 20 hermanas que atenderían en el Hospital de San Pablo, siendo considerada como antecedente básico de las jefas de enfermería de todos nuestros hospitales.⁴

En 1863 se crea el Hospicio de pobres, cedido a ellas en la época del imperio.

En 1873 se crea el Hospital de San Juan de Dios, para enfermedades venéreas y mujeres prostitutas.

En 1876 son expulsadas las hermanas de la caridad.

La enfermería en México parte de la cultura occidental en el México colonial y más precisamente después de la Independencia, la cual tuvo graves repercusiones en el sistema de atención a la salud. La situación de las enfermeras era muy distinta. En primer lugar el nombre de "enfermera" es un término que empleaban para las actividades que mujeres y hombres realizaban en los hospitales desde el siglo XVI en la nueva España, pero no corresponden a la profesión de Enfermería por carecer de estructura educativa formal.⁵

Las personas que trabajaban como enfermeras y enfermeros realizaron durante mucho tiempo actividades de limpieza y mensajería en los hospitales y dependían jerárquicamente de la partera, el médico y/o las órdenes religiosas, según las características y la administración de las instituciones en que se encontraban.

Aunque la partera tenía una situación social superior a la de la enfermera, se encontraba en condiciones desfavorables en relación con el médico.

El médico limitaba el ejercicio institucional de la partera de hecho. Matilde Montoya estudió medicina ante el acoso médico para impedir su exitosa práctica como partera profesión que realizó en la misma Universidad. Con la decisión tomada por la Escuela de Medicina de que para ser partera debía cursarse primero la carrera de enfermería, esta decisión tiene como objetivos: asegurar alumnas para enfermería y disminuir el egreso de parteras, con el proyecto médico de incorporar a las parteras en la naciente carrera de enfermería.

En México el ámbito educativo, desde 1900 se inician los intentos por capacitar a las enfermeras que laboraban en el Hospital de San Andrés en México.

Al tratar de mejorar la preparación de aquellas personas que ejercieran la atención de enfermería que mostraban disposición y empeño en su actuación se ingresaron las técnicas de enfermería con un grado de científicación en su preparación para lograr una calidad de atención a los enfermos, con un determinado grado de estudios "escuela normal o de los estudios de obstetricia".

Formándose la primera escuela de enfermería de México, para lograrlo el Doctor Eduardo Liceaga dirigió la construcción que más tarde sería el Hospital General de México, se contrata personal extranjero: las señoritas Rosa Crowder, Rosa Warden, Maude Dato y Gertrudis Friedrich, Mary J. Mc Claud y Ana Hambory adiestrando al personal de enfermería con el orden método, limpieza, principios, disciplina, normas mostrando ética en su trabajo.

⁴ MALVIDO, Elsa. *Las hermanas de la caridad en México en el siglo XIX. El origen de la enfermería actual*. XIII Reunión Nacional de Licenciados en Enfermería. "Del arte antiguo a los desafíos de la ciencia moderna". UNAM. ENEO. p. 145.

⁵ ALATORRE, Edda Wynter. *El proceso de la educación de enfermería en México*. XIII Reunión Nacional de Licenciados en Enfermería. "Del arte antiguo a los desafíos de la ciencia moderna". UNAM. ENEO. p. 167.



En 1910 se retiran las enfermeras extranjeras y le sucede la Primera Enfermera Mexicana "Eulalia Ruiz Sandoval", con el cargo de Jefatura de Enfermería, corresponde iniciar con sus ideas, conocimientos, experiencias la proyección y pensamiento en la vida social mexicana y no extranjera.⁶

La escuela de enfermería del Hospital General de México, tuvo una vida corta ya que en 1911, se incorporó al plan educativo a la máxima casa de estudios, a través de la Escuela de Medicina.

En 1912 se publica el primer plan de estudios para la carrera de enfermería.

Durante más de 30 años la enfermera vivió un importante desarrollo clínico en función de la práctica médica. Las políticas estatales en materia de salud no solo se concentraban en zonas urbanas, el mismo desarrollo económico obligó a Estado a prestar atención a las zonas rurales especialmente en puertos y fronteras, proyecto que se consolidó en 1938 con la Secretaría de Asistencia Pública, lo que favoreció el desarrollo de enfermería en otro importante espacio: el de la Salud Pública. Lo que hizo necesarias diversas formas administrativas con un organismo rector: la oficina de Enfermería Sanitaria en el Departamento de Salubridad, donde las enfermeras planeaban, implementaban y evaluaban las acciones de enfermería en un marco de autonomía y poder de decisión.

A medida que se desarrollaban las distintas especialidades médicas, surgió la necesidad de contar con enfermeras capacitadas específicamente para asegurar el éxito médico, lo que dio origen a la formación de recursos en nivel postécnico.

En 1945 la Escuela de Enfermería se independizó de la Escuela de Medicina designándosele desde entonces como Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.⁷

En un marco de proyecto ambicioso académico se inicia la Licenciatura en Enfermería y la meta de elevar el nivel profesional de enfermería, sin embargo aún durante la década de los ochenta, la carrera no ofrecía a los egresados los beneficios ofrecidos, de hecho paradójicamente mientras que en distintas escuelas de la Republica se contemplaba la necesidad de formar recursos nivel de licenciatura, el Estado incrementaba la formación de recursos técnicos y auxiliares de enfermería incluyendo la UNAM y CONALEP.

No es sino hasta nuestros días que la Licenciatura de Enfermería pasa de ser un oficio a formar parte dentro de las Profesiones incluida legalmente.

Lo cual refleja en la calidad y atributos de la práctica o del servicio que brinda a la persona, familia y comunidad en sus diversas acciones: área de atención y cuidados, administrativa, educativa y de investigación.

La enfermería adquiere el compromiso de emplear un soporte de relación paralela al acto de cuidar, que implica que el cuidado no sea un hecho aislado o estereotipado sino un espacio destinado también para fomentar, prevenir, educar al cliente e impregnándolo progresivamente durante todo el proceso en el crecimiento como persona activa, independiente y participativa.

Todo esto con la finalidad de enfrentarse ante una problemática actual en los cuidados destinados a curar que dan prioridad a las enfermedades en una sociedad sumamente productiva. Cuando esta situación prevalece los cuidados para el mantenimiento de la vida quedan en segundo lugar descuidando lo fundamental como los hábitos, costumbres, creencias y cultura de cada ser humano y/o comunidad, sin ellos ninguna vida podría continuar porque agota progresivamente las fuentes de energía vital y crea un abismo en los cuidados de la enfermería y su objetivo que es la asegurar la vida y la supervivencia.

Por lo tanto la enfermera encuentra su razón de ser en el cuidado, por lo que es necesario que se reconozca su naturaleza para poder brindar una atención integral al paciente y su familia.

No se debe olvidar que la misión de enfermería es cuidar al individuo, familia y comunidad en el proceso salud enfermedad. Responsabilidad que implica tomar decisiones y acciones competentes que protejan la salud de los individuos y el cuidado de los enfermos considerando el respeto a la dignidad humana y la individualidad conscientes de las consecuencias legales y éticas de su práctica profesional.

⁶ LOREDO, Luz Pérez. *Características de los servicios de enfermería al inicio del siglo XX*. XIII Reunión Nacional de Licenciados en Enfermería. "Del arte antiguo a los desafíos de la ciencia moderna". UNAM. ENEO. p. 161.

⁷ ALATORRE, Edda Wynter. *El proceso de la educación de enfermería en México*. XIII Reunión Nacional de Licenciados en Enfermería. "Del arte antiguo a los desafíos de la ciencia moderna". UNAM. ENEO. p.173.



1.2. Implicación del Proceso de Atención de Enfermería.

Las dimensiones de la práctica de enfermería han surgido como respuesta a los cambios científicos/tecnológicos, educativos, económicos y políticos de la sociedad. La práctica de enfermería ha sido definida por líderes en enfermería, por organizaciones profesionales y por medio de reguladores.

El proceso de enfermería es el método por el cual se aplica el marco teórico de enfermería a la práctica real. Se puede definir en cuanto a tres principales dimensiones: propósito, organización y propiedades.

El proceso de enfermería proporciona el marco para cubrir las necesidades individuales del cliente, familia y comunidad. Es un sistema basado en reglas y principios científicos organizado en cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Se ha caracterizado como resuelto, sistemático, dinámico, interactivo, flexible y con base teórica.

El proceso de enfermería tiene implicaciones para la profesión de enfermería, para el cliente y para cada enfermera en particular.

Desde el punto de vista profesional, el proceso de enfermería define el ámbito de la práctica de enfermería e identifica normas de atención de enfermería. Requiere de su disciplina para el cuidado integral del paciente que comprende el nivel de salud o enfermedad hasta la muerte constituida por:

- Una estructura teórica-conceptual que le indican los principios que forman la base de su práctica, las metas y funciones esencia de la enfermería.
- Ética, valores y principios fundamentales.
- Actividades individuales y en grupo organizado o multidisciplinario.
- Relación terapéutica de comunicación, participación, motivación y empatía profesional con el paciente y su familia.
- Atención personalizada.
- Acción en la atención y cuidados, área educativa, administrativa e investigación.
- Con una percepción de apertura al cambio, considerando a la ciencia y tecnología como herramientas en el bienestar del paciente sin olvidar el alcance de la situación sociocultural y económica del mismo.

El cliente se beneficia del uso del proceso de enfermería, ya que garantiza una atención de calidad a la vez que fomenta la participación del cliente en sus cuidados. Los beneficios para cada una de las enfermeras son una mayor satisfacción laboral y aumento del desarrollo profesional.

El proceso de enfermería aumenta el desarrollo profesional. La aplicación del proceso de enfermería fomenta el desarrollo de las capacidades cognoscitiva, técnica e interpersonal.

La enfermera acumula más conocimientos relacionándose con sus compañeros, clientes y otros profesionales de la salud y adquiere responsabilidades compartidas o coordinadas en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación cuyo objetivo es mantener y mejorar el nivel funcional de la persona.

El proceso de enfermería aumenta la capacidad de identificar de forma exacta las respuestas del cliente y la ejecución de las acciones apropiadas. Las actividades que garantizan la calidad se usan para examinar los cuidados proporcionados, compararlos con las normas preestablecidas e identificar fuerzas y debilidades. Esto garantiza una asistencia de calidad y sugiere áreas que requieren más educación o desarrollo. La relación con distintos tipos de clientes y otros profesionales de salud fomenta el refinamiento de las técnicas de comunicación verbal y no verbal de la enfermería. Por tanto, se aumenta la eficacia de la enfermera en su práctica diaria.

Las recompensas que se obtienen de la práctica de enfermería a menudo se derivan de la capacidad de enfermera de ayudar al cliente a satisfacer las necesidades identificadas.



1.3. Modelo de Virginia Henderson

Se graduó en la Army School of Nursing en 1921. Dentro de sus aportaciones más importantes esta la publicación en 1955 de *Definition of Nursing* (Definición de Enfermería) que posteriormente perfiló en su libro *The Nature of Nursing*. Desarrolló su definición basándose en las ciencias de la fisiología, medicina, psicología, y física.

Define a la enfermería como la asistencia fundamentalmente al individuo enfermo o sano para la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud, o a su recuperación (o lograr una muerte tranquila), que él/ ella realizaría por sí mismo si tuviera la suficiente fuerza, voluntad o conocimiento. De forma que ello le ayude a ganar la independencia tan pronto como sea posible. Requiere de trabajar de forma interdependiente con otros miembros del equipo de salud; las funciones de la enfermera son independientes de las del médico, pero utiliza el plan de cuidados de éste para proporcionar un cuidado holístico al paciente.⁸

Ayuda al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas a través de la formación de una relación enfermera-paciente; Henderson identifica tres niveles de función enfermera: sustituta (compensa lo que le falta al paciente), ayudante (establece las intervenciones clínicas) o compañera (fomenta una relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud).

Es un enfoque lógico y científico para resolver el problema, que desemboca en un cuidado individualizado.

Dependencia-independencia para satisfacer 14 necesidades

1. Respiración normal
2. Alimentación e hidratación adecuada.
3. Eliminación de los desechos corporales
4. Movimiento y mantenimiento de posiciones deseadas.
5. Sueño y descanso
6. Selección de la ropa apropiada
7. Mantenimiento de la temperatura corporal
8. Mantenimiento de la higiene corporal y del peinado.
9. Prevención de los peligros ambientales.
10. Comunicación con otros para expresar emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con sus creencias
12. Trabajar de forma que proporcione sensación de satisfacción.
13. Jugar o participar en varios tipos de actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que permita un desarrollo y salud normales.

Las 14 necesidades básicas de Henderson son muy similares a las de Abraham Maslow: de la 1 a la 7 están relacionadas con la fisiología, de la 8 a la 9 con la seguridad, la 10 está relacionada con la autoestima, de la 10 a la 11 con el afecto y la pertenencia, y de la 11 a la 14 con la autorrealización.

Definición de Henderson y los cuatro conceptos del metaparadigma enfermero.

Persona. Individuo que necesita asistencia para alcanzar un estado de salud e independencia o para morir con tranquilidad constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. Puede estar enferma o sana y se esfuerza por obtener un estado de independencia. La cual necesita fuerza, voluntad o conocimiento para llevar a cabo las actividades necesarias para llevar una vida sana. La persona y la familia son consideradas como una unidad.

Entorno. Implica la relación que uno comparte con su familia y espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera. Puede afectar a la salud; los factores personales (edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia) y los factores físicos (aire, temperatura) desempeñan un papel en el bienestar de la persona.

Salud. Se refiere a la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las 14 necesidades básicas. Es una cualidad de la vida básica para el funcionamiento humano. Requiere fuerza, voluntad o conocimiento.

⁸ TOMEY, Marriner A. *Teorías y modelos de enfermería*.p. 4ta edición. Madrid, Harcourt. p. 25.



CAPITULO II

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**2.1. Cédula de valoración de enfermería.****Ficha de identificación.**

Nombre del paciente: A. M. T.

Edad: 41 años.

Sexo: Femenino.

Estado Civil: Unión libre.

Escaridad: Primaria.

Religión: Católica.

Ocupación: Hogar.

Lugar de procedencia: Chimalhuacán, Estado de México.

Nacionalidad: Mexicana.

Servicio: Urgencias.

Núm. de cama: 6.

Fecha de admisión: 03/06/08.

Fuente de información: Primaria y secundaria.

Fecha de elaboración de la cédula: 04/07/08.

Diagnóstico médico: Acidosis Metabólica, Diabetes Mellitus Tipo II; Insuficiencia Renal Crónica; Hipertensión Arterial Sistémica; Deshidratación Moderada.**Motivo de ingreso:** Confusión mental, dificultad respiratoria, lenguaje incomprensible.**Valoración de las necesidades.****1. Necesidad de oxigenación.**

Respiración: Frecuencia: 28 por minuto

Ritmo: Irregular

Amplitud: Superficial

Pulso: Frecuencia: 120 por minuto

Ritmo: Irregular

Amplitud: Visible, sin tacto

Intensidad: Fuerte.

Frecuencia cardíaca: 124x' Ritmo: Irregular Intensidad: Fuerte.

Tensión arterial: Brazo izquierdo: 180/130 mmHg. Brazo derecho: 180/100 mmHg.

Coloración de la piel: Palidez de tegumentos generalizado. Llenado capilar 2".

Tos productiva, periódica, con abundantes secreciones hialinas.

Aliento urémico.

Silverman: 3

Parámetros	0	1	2
Mov. Torazo-abdominales	Rítmicos y regulares X	Solo abdominales	Sube y baja.
Tiraje intercostal	Ausente	Discreto X	Acentuado
Retracción xifoidea	Ausente X	Discreta	Acentuada
Aleteo nasal	Ausente X	Discreto	Acentuado
Quejido espiratorio	Ausente	Leve e inconstante	Acentuado y constante X

Oxigenoterapia: 3 litros por minuto con mascarilla.

Oxímetro: Saturación de oxígeno 78%

Conciencia:

Alerta:	Letargia o somnolencia: X	Confusión:	Estupor:	Coma
Alerta.	El paciente se despierta con facilidad pero no puede mantenerse alerta.	Se despierta con estímulos no dolorosos, pero su despertar es lento, incompleto y no se mantiene.	Solo se despierta con estímulos dolorosos, cayendo nuevamente en inconsciencia.	Inconsciencia permanente.

Orientación: Desorientado en tiempo, persona y espacio.

Reflejo pupilar: simétrico, pupilas dilatadas con contracción a la luz.



Glasgow: 7

Ocular		Verbal		Motora	
Espontánea	4	Orientado	5	Obedece	6
Al hablarle	3 X	Conversión confusa	4	Localiza	5
Al dolor	2	Palabras inapropiadas	3	Lo quita	4
Ninguna	1	Sonidos incomprensibles	2 X	Flexión (decorticación)	3
		Ninguna	1	Respuesta de extensión (descerebración)	2 X
				No existe movimiento	1

Valores de referencia. Biometría hemática		Fecha 03/06/08 Resultados
Hemoglobina	H 14-18g/dl M 12-16g/dL	7.9 g/dL
Hematocrito	H 44-54% M 40-45%	23.9 %
Leucocitos	5.0 – 10.0 $10^3/mm^3$	13.1 $10^3/mm^3$
Eritrocitos	4.5 – 5.5 $10^6/mm^3$	3.8 $10^6/mm^3$
Plaquetas	150– 450 $10^3/mm^3$	404 $10^3/mm^3$
Linfocitos	H 22-40% M 30%	9.1%
Neutrofilos	H 50 – 70% M 60%	84.8 %
Eosinofilos	H 1-3% M 2%	3 %
Basofilos	H 0-1% M 1%	1 %
Monolitos	H 2 – 8% M 4%	6.1 %

Valores de referencia. Gases arteriales		Fecha 03/06/08 Resultados
pH sanguíneo	7.35-7.45	6.78
PCO ₂	35-45 mmHg	56 mmHg
PO ₂	70-90 mmHg	60 mmHg
Bicarbonato	22-26 mEq/L	18 mEq/L

2. Necesidad de nutrición e hidratación.

Talla: 1.50 m

Peso actual: 45, 600 kg. Peso anterior: Mes de marzo 54.600 Kg

Peso mínimo: 45.000 Kg. Peso máximo: 56.200 kg Peso ideal: 50.600 kg

Índice de Masa Corporal (IMC)= (peso/talla²)= (45.6/ 1.50²)= 20.27. Normal.

Glicemia capilar: 40 mg/dL. Valor de referencia 70-110mg/dL

Hábitos de alimentación.

Desayuno: Pan, atole, guisado del día anterior

Comida: Carne de pollo, verduras, fruta, agua, tortilla,

Cena: Atole, galletas, pan, fruta

Alimentos de preferencia: Guisados; Alimentos de desagrado: Cremas; Alimentos que le ocasionan

intolerancia: La carne de cerdo le causa "dolor estomacal y diarrea".

¿Cuántas veces a la semana consume los siguientes alimentos?

Pollo:3	Carne de res:1	Carne de cerdo: 0	Pescado: 1
Verduras: 4	Frutas: 5	Leche: 2	Pan: 4
Tortilla: 7	Leguminosas: 1	Huevo: 3	Arroz: 2
Avena: 2	Agua: 1 litro diario		



¿Tiene problemas para masticar o deglutir? No y refiere no tener apetito porque el sabor de la comida le es desagradable.

¿Ha presentado trastornos digestivos posteriores a la ingestión de alimentos? Sí ¿Cuáles? Generalmente náuseas y vómito de escaso contenido gástrico color amarillo desde hace 6 meses.

¿Utiliza suplementos vitamínicos en su alimentación? No ¿Cuáles? Ninguno

¿Su familia esta al tanto de su tratamiento dietético? No ¿Por qué? Es ella quien se encarga de la compra de los víveres y de hacer la comida ya que considera que su esposo e hijas no tienen tiempo, ni saben como realizar dichas compras.

¿Influyen sus creencias religiosas en la forma como se alimenta? No

¿Conoce el valor nutritivo de los alimentos? No

¿Utiliza sustancias para reducir el apetito? No ¿Cuáles? Ninguna

¿Conoce la forma para realizarse la prueba de dextrostix? Sí

¿Realiza la prueba de dextrostix como lo indica su médico? No. ¿Por qué? Refiere que las tiras no las consigue con facilidad, además menciona que es "doloroso el piquete".

Ingresos mensuales: \$ 2500

Egresos mensuales: \$ 2500

Medicamentos que toma como apoyo a su nutrición: No

Estado de la piel y faneras: reseca y presenta escozor, turgencia disminuida, cabello escaso, fino quebradizo, uñas largas y delgadas, mucosas orales deshidratadas. Piezas dentales en su mayoría con amalgamas, presenta problemas de caries en molares, con encías ligeramente inflamadas.

Cuando la paciente despierta refiere "tener sed".

Valores de referencia Química Sanguínea.		Fecha 03/06/08 Resultados
Glucosa	70-110mg/dL	40 mg/dL
Urea	17 -35 mg/dL	37 mg/dL
Creatinina	0.6 – 1.3 mg/dL	11.2 mg/dL
Acido urico	3 – 7.5 mg/dL	8.0 mg/dL
Colesterol	151- 251 mg/dL	162 mg/dL
Triglicéridos	40-160mg/dL	152 mg/dL
Prot Total	6.4-8.2g/dL	4.3 g/dL
Albúmina	3.5-5.0 mg/dL	2.3 g/dL
Globulina	2.3-3.5 g/dL	2 g/dL
K	3.5 - 5.3 mEq/l	7.6 mEq/l
Na	135 – 145 mEq/l	132 mEq/l
Cl	95 – 110 mEq/l	101 mEq/l
Ca	8.9 a 10.1 mg/dL	7.6 mg/dL
Fosfato	2.5 a 4.5 mg/dL	5.2 mg/dL

3. Necesidad de eliminación.

Se instala sonda Foley a permanencia por la que drena orina escasa (40 ml), turbia, color ámbar, olor a amoníaco. Presenta durante el turno una evacuación líquida (60mg) sin moco, verdosa y fétida.

Hábitos de la eliminación: Vesical: 1 a 2 veces al día, en poca cantidad y "muy concentrada". Hábito intestinal: 2 a 3 veces al día, siendo evacuaciones de semilíquidas a líquidas y fétidas.

Empleo de medicamentos antidiarreicos, laxantes o diuréticos: Furosemide 40mgs vía oral cada 12 horas y Loperamida 1 tableta cada 8 horas en caso de diarrea.



Valores de referencia Examen General de Orina.		Fecha 03/06/08 Resultado
Color	Amarillo	Amarillo ámbar
Aspecto	Transparente	Turbio
pH	5.0-7.0	4.7
Densidad	1.010-1.025	1.030
Glucosa	Negativa	+
Proteínas	Negativa	++
Acetona	Negativa	+
Hemoglobina	Negativa	-
Urobilinogeno	1.0-2.0 UE	Normal
Bilirrubina	Negativa	-
Sedimento- Leucocitos	0-3/C	2-4/C
Eritrocitos	0-1/C	-
Cristales	Negativo	-
Cilindros	0-1/C	-
Cel epiteliales	0-3/C	+
Bacterias	Negativo	++
Levaduras	Negativo	-
Filamento mucoso	Negativo	-
Material amorfo	Negativo	-

4. Necesidad de termorregulación.

Temperatura: 36. 7°C

Características de la piel: A la palpación fría

5. Necesidad de moverse y mantener una buena postura.

¿Padece de algún problema relacionado con la movilidad y postura? Sí ¿Cuál? Se observa espasmo muscular en miembros inferiores.

¿Utiliza algún dispositivo para favorecer su movilidad y postura? Sí ¿De qué tipo? Aparato ortopédico de miembro pélvico derecho.

¿Tiene alguna molestia o dolor para incorporarse o caminar? Presenta esfuerzo al incorporarse, debilidad muscular dolor, cansancio y fatiga.

¿Influye el lugar donde vive en su movilidad y postura? Antes no influía, pero ahora menciona que le es difícil trasladarse porque siente "más pesado el aparato" y "le duelen las piernas".

6. Necesidad de descanso y sueño.

Tiempo que destina para dormir: 6-8 horas no continuas.

Tiempo que destina para descansar (siesta durante el día): Periodos de 1 a 3 horas o más durante el día.

¿Tiene dificultades para dormir? Sí, por náuseas, vómito y problemas personales desde hace 6 meses.

¿Cómo influye su estado emocional en su descanso y sueño? Si no duerme bien, refiere presentar cansancio durante el día y estar "mal humor".

¿Cómo influye el lugar donde vive para su descanso y sueño? El ruido y la luz le molestan.

Toma algún medicamento para dormir: No

7. Necesidad de uso de prendas de vestir adecuadas.

¿Necesita de ayuda para vestirse y desvestirse? No

¿Elige su vestuario en forma independiente? Sí, porque ella elige su ropa.

8. Necesidad de higiene y protección de la piel.

Hábitos de higiene: Realiza baño: diario además de lavado de manos antes de comer y corte de uñas cada 15 días.

Higiene dental: 2 veces durante el día.

Edema (+) en miembros inferiores y frialdad en ambos, herida superficial en talón de pie derecho.



9. Necesidad de evitar peligros.

¿Cómo reaccionaría usted ante una situación de urgencia? "Voy al hospital"

¿Qué medidas preventivas conoce para evitar complicaciones de su enfermedad? "Tomarme mis medicamentos, dieta y ejercicio".

¿Durante este año, ha presentado algún problema de salud relacionado con ojos, nariz, garganta, sensibilidad o movimiento? Sí ¿Cuál? Falta de aire, fatiga constante, el dolor en miembros pélvicos.

¿Asiste regularmente a consultas médicas sobre su padecimiento? No siempre, por el miedo a recibir la noticia de que "ya me voy a morir".

¿A cuántas asiste regularmente? 1 cada 3 meses.

¿Ha tomado fármacos o "remedios" sin prescripción médica? Sí, gotas naturistas para la diabetes, tomate con nopal en licuado para la diabetes.

¿Su familia esta al tanto de su tratamiento farmacológico? A veces, ya que por la edad de mis hijas no están al tanto del tratamiento.

¿Esta en contacto generalmente con personas enfermas? No

¿Procura estar en lugares muy concurridos y poco ventilados como por ejemplo cine, centros comerciales etc? No

¿En el lugar donde usted vive existen peligros que le pudieran provocar daños en su salud? Sí.

¿Cómo cuáles? Las escaleras de la casa.

¿Cómo maneja una situación de estrés? "Trato de pensar que no pasa nada y tranquilizarme".

10. Necesidad de comunicarse.

Composición familiar: Esposo de 46 años con ocupación de albañil y obrero, con dos hijas estudiantes de 11 y 8 años respectivamente.

Dinámica familiar: Desintegración familiar debido a la dificultad para comunicarse con su esposo, hay distanciamiento como pareja sexual y afectiva, así como falta de entendimiento de la situación por su enfermedad por parte de sus hijas debido a la edad. Considera la paciente que hay evasión de su situación tanto de su familia como de ella con incertidumbre en el aspecto económico en caso de hospitalización.

11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores.

¿Cómo relaciona la fe, la religión y la espiritualidad? "Creer en Dios, que esta conmigo".

¿Con qué frecuencia acude a su centro religioso? Solo cuando puede

¿Tiene algún problema que le impida o limite asistir a su centro religioso? Sí ¿De qué tipo? El cansancio y dolor de los miembros pélvicos.

¿Sus creencias religiosas pudieran interferir en su salud? Tal vez ¿Por qué? "Porque lo que tengo es un castigo o un pago".

¿Sus creencias religiosas le generan conflictos personales? Sí ¿Por qué? "Es lo que digo ¿Por qué a mí? ¿Qué hice mal?".

¿Qué significa para usted un valor? Como dice "algo valioso".

¿Considera que es congruente su forma de pensar con su manera de vivir? No ¿Por qué? "Porque quisiera hacer muchas cosas que pienso y ya no puedo".

¿Qué significa para usted la vida y la muerte? "Son parte de un ciclo y de la misma vida".

12. Necesidad de trabajar y realizarse.

La paciente se dedica al hogar menciona que no puede adaptarse a su situación, piensa que ya todo acabo para ella, que solo es cuestión de tiempo. Que ella no trabaja y solo es una carga económica para su familia más que una ayuda. Además expresa ideas de no desempeñar bien su rol como madre y esposa como quisiera, se siente la mayor parte del tiempo "deprimida", "enojada" y con incertidumbre sobre el futuro de sus hijas.

13. Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.

Ejercicio (tipo y frecuencia): No

¿Influye el ejercicio en su estado emocional? "Cuando lo realizo sí, estoy muy cansada, fatigada, con sueño, pero me siento bien".

Utilización del tiempo libre: Escuchar música y ver televisión.

Pertenencia a algún grupo social: Ninguno



14. Necesidad de aprendizaje.

¿En sus consultas le han explicado sobre su padecimiento? Sí

Le han orientado sobre:

Dieta: Sí,

Ejercicio: No.

Fármacos y su acción: No

Consecuencias de la suspensión de su tratamiento: Sí.

Signos y síntomas de alarma de atención inmediata: No.

Autocuidado y cuidados en casa: No

Ayuda psicológica en caso de que se requiera: No

Orientación sobre el tratamiento de diálisis y su costo: No.

¿Ha buscado información sobre el manejo de su enfermedad a parte de las consultas? No

¿Conoce grupos de apoyo o asociaciones destinados para ayuda para personas como usted? No

Antecedentes heredo-familiares.

Madre con Enfermedad Vasculare Cerebral (EVC), secundaria a Hipertensión Arterial Sistémica (HAS).

Padre y 2 hermanos con Diabetes Mellitus tipo II.

Antecedentes personales no patológicos.

Vivienda: Propia (Sí) Rentada ()

Techo: Concreto (Sí) Lamina ()

Paredes: Tabique (Sí) Madera () Cartón ()

Piso: Concreto (Sí) Tierra () Mixta ()

Baño: Familiar (Sí) Colectivo () Letrina ()

Fauna: Perros (Sí) Gatos () Aves ()

Número de habitaciones: 2 cuartos, 1 cocina, 1 baño.

Número de integrantes de la familia: (4)

Servicios públicos

Agua intradomiciliaria: (X) Agua extradomiciliaria: ()

Drenaje: Sí (X) No ()

Eliminación de basura: Camión recolector (X) Quema de basura ()

Pavimentación: Sí (X) No ()

Servicios de salud: IMSS () ISSSTE () Centro de salud (X)

Toxicomanías (anteriores o actualmente): La paciente niega fumar, tomar alcohol o algún tipo de drogas sin embargo su pareja fuma 2-3 cigarros diario desde hace 6 años. Considera la paciente que el fumar afecta a toda su familia porque generalmente su esposo fuma dentro de la casa. Lo cual le molesta pero para no discutir con su pareja lo permite.

Antecedentes gineco-obstétricos:

Menarca: 12 años. Inicio de vida sexual activa: 18 años.

Parejas sexuales: 1

Gestas: 4 Partos: 0 Abortos 1. Cesáreas: 3 Número de hijos vivos: 2

Complicaciones durante el embarazo: 2 partos prematuros.

Antecedentes personales patológicos.

Inmunizaciones: Incompleta falta SABIN.

Enfermedades propias de la infancia: Poliomieltis desde los 2 años de edad afectando miembro pélvico derecho actualmente se apoya con aparato ortopédico.

Antecedentes quirúrgicos y transfusionales: 3 cesáreas y 3 trasfusiones sanguíneas

Alergias. Negada

Antecedentes médicos: Insuficiencia Renal Crónica de 5 años de evolución diagnosticada hace 3 meses como Terminal.



Tratamiento médico en el hogar:

Glibenclamida 10 mg. Tomar 1 tableta cada 8 horas 20 minutos antes de la comida.

Metformina 850 mg Tomar 1 tableta cada 8 horas 20 minutos antes de la comida.

Captopril 25 mg vía oral cada 8 horas.

Ranitidina 150 mg vía oral cada 12 horas

Metoclopramida 10mg. Tomar 1 tableta preprandial

Furosemide 40mgs vía oral cada 12 horas

Loperamida 1 tableta cada 8 horas en caso de diarrea.

Tratamiento hospitalario

Furosemide 40mgs IV cada 12 horas.

Omeprazol 40mg IV cada 12 horas.

Metoclopramida 10mg IV cada 8 horas.

Albúmina 1 frasco IV cada 24horas.

Eritropoyetina 2000UI SC cada 48 horas.

Fumarato ferroso 200mg VO cada 24 horas.

Acido fólico 5mg VO cada 24 horas.

Calcitriol (vitamina D) 0.50mcg VO cada 24 horas.

Carbonato de calcio 500mg VO en cada alimento.

Complejo B. 1 tableta VO cada 24 horas.

Clorhidrato de Loperamida 1 tableta de 2mg VO cada 8 horas.

Ceftriaxona 1gr IV cada 12 horas

**2.2. Organización y Clasificación de Datos**

Necesidad	Datos objetivos	Datos subjetivos	Datos actuales	Datos históricos
1. Oxigenación	<p>Paciente somnolienta desorientada en sus tres esferas, con palidez de tegumentos generalizado; reflejo pupilar: simétrico, dilatadas al estímulo de la luz presenta reacción pupilar; frecuencia respiratoria de 28 por minuto con ritmo irregular y amplitud superficial; pulso de 120 por minuto ritmo irregular, intensidad fuerte y visible sin tacto, frecuencia cardíaca 124 por minuto ritmo irregular e intensidad fuerte; Tensión arterial de brazo izquierdo de 180/130 mgHg y brazo derecho de 180/100 mgHg; llenado capilar 2", Saturación de oxígeno por oxímetro de 78%; tos productiva periódica con abundantes secreciones hialinas, aliento urémico. Silverman 3 (con tiraje intercostal discreto y quejido espiratorio acentuado y constante). Glasgow de 7 (apertura ocular al hablarle, respuesta verbal con sonidos incomprensibles y rigidez en miembros inferiores).</p>		<p>Se coloca mascarilla con oxígeno húmedo a 3 litros por minuto. Datos de laboratorio: Biometría hemática: Hemoglobina 7.9 g/dl Hematocrito:23.9 % Leucocitos:13.1 10³/mm³ Eritrocitos: 3.8 10⁶/mm³ Plaquetas: 404 10³/mm³ Linfocitos: 9.1% Neutrófilos: 84.8 % Gases arteriales: PCO₂ 56mmHg, PO₂ 60mmHg P pH: 6.78 Bicarbonato:18mEq/L.</p>	



2. Nutrición e hidratación.	Presenta náuseas y vómito escaso (3ml) contenido gástrico color amarillo desde hace 6 meses. Piel reseca y presenta escozor, turgencia disminuida, cabello escaso, fino quebradizo, uñas largas y delgadas, mucosas orales deshidratadas. Piezas dentales en su mayoría con amalgamas, presenta problemas de caries en molares, con encías ligeramente inflamadas.	Cuando despierta la paciente refiere "tener sed".	Glicemia capilar en ayuno de 40mg/dL. Datos de laboratorio: Química Sanguínea: corroboran glucosa de 40 mg/dL. Urea 37mg/dL, Creatinina 11.2 mg/dL, Acido úrico de 8.0 mg/dL Prot Total 4.3 g/dL Albumina 2.3g/dL Globulina 2g/dL K 7.6mEq/l Na 132mEq/l Ca 7.6mg/dL Fosfato 5.2mg/dL	No realiza la prueba de dextrostix como lo indica su médico porque refiere que las tiras no las consigue con facilidad, además menciona que es "doloroso el piquete".
3. Eliminación	Orina escasa (40 ml), turbia, color ámbar, olor a amoníaco. Presenta una evacuación líquida (60mg) sin moco, verdosa y fétida.		Sonda Foley a permanencia. Datos de laboratorio: Examen General de Orina (EGO): Color amarillo ámbar Aspecto turbio pH 4.7 Densidad 1.030 Glucosa: + Proteínas: ++ Acetona: + Bacterias ++ Celulas epiteliales: + Por lo que se procede a urocultivo en espera de resultados.	Refiere como antecedente médico Insuficiencia Renal Crónica (IRC) terminal. Hábitos de la eliminación: Vesical: 1 a 2 veces al día, en poca cantidad y "muy concentrada". Hábito intestinal: 2 a 3 veces al día, siendo evacuaciones de semilíquidas a líquidas y fétidas. Medicamentos antidiarreicos, laxantes o diuréticos: Furosemide 40mgs vía oral cada 12horas y Loperamida 1 tableta cada 8 horas en caso de diarrea.
4. Termorregulación	Temperatura 36. 7°C A la palpación piel fría.			



<p>5. Moverse y mantener una buena postura.</p>	<p>Espasticidad en miembros inferiores.</p>	<p>Al despertar refiere la paciente cansancio, fatiga, debilidad y dolor al incorporarse.</p>		<p>Uso de aparato ortopédico por secuelas de poliomielitis en miembro pélvico derecho. Menciona que le es difícil trasladarse porque siente "más pesado el aparato" y "le duelen las piernas".</p>
<p>6. Descanso y sueño</p>	<p>El sueño que mantiene no es continuo, por náuseas, vómito y problemas personales.</p>			<p>Por las alteraciones en el patrón del sueño refiere presentar cansancio durante el día y estar de "mal humor". Menciona que no puede descansar, ni dormir en su casa por el ruido y la luz.</p>
<p>8. Higiene y protección de la piel</p>	<p>Se observa en miembros pélvicos con edema (+) y frialdad en ambos, con herida superficial en talón de pie derecho por uso del aparato ortopédico.</p>			
<p>9. Evitar peligros.</p>				<p>Los familiares mencionan que no se realizó su dextrostix y tomo sus medicamentos, sin desayunar. No asiste a consulta médica por el miedo a recibir la noticia de que "ya me voy a morir". Durante este año ha presentado falta de aire, fatiga constante, el dolor en miembros pélvicos. Toma remedios naturistas como gotas y tomate con nopal en licuado para la diabetes. En situaciones de estrés la</p>



<p>10. Comunicación.</p>		<p>Considera que hay evasión de su situación tanto de su familia como de ella en el aspecto económico en caso de hospitalización.</p>	<p>Existe dificultad para comunicarse con su esposo, hay distanciamiento como pareja sexual y afectiva, así como falta de entendimiento de por su enfermedad por parte de sus hijas debido a la edad.</p>	<p>señora A menciona "trato de pensar que no pasa nada y tranquilizarme".</p> <p>Composición familiar: Esposo de 46 años con ocupación de albañil y obrero, con dos hijas estudiantes de 11 y 8 años.</p>
<p>11. Vivir según sus creencias y valores.</p>		<p>Considera que su enfermedad es por "un castigo o pago" y se pregunta "¿Por qué a mí? ¿Qué hice mal?".</p>		<p>La paciente señala que la vida y la muerte "son parte de un ciclo y de la vida misma". Menciona que ella quisiera hacer muchas cosas que piensa y ya no puede realizarlas. Además no puede asistir a su centro religioso por el cansancio y dolor de los miembros pélvicos.</p>
<p>12. Trabajar y realizarse.</p>		<p>La paciente se dedica al hogar e indica que no puede adaptarse a su situación, piensa que ya todo acabo para ella, que solo es cuestión de tiempo. Que ella no trabaja y solo es una carga económica para su familia más que una ayuda.</p> <p>Además expresa ideas de no desempeñar bien su rol como madre y esposa como quisiera, se siente la mayor parte del tiempo "deprimida", "enojada" y con incertidumbre sobre el futuro de sus hijas.</p>		



<p>13. Jugar y participar en actividades recreativas.</p> <p>14. Aprendizaje</p>		<p>La mayor parte del tiempo se siente cansada, fatigada.</p>	<p>Carece de conocimientos sobre:</p> <ul style="list-style-type: none">- Fármacos y su acción.- Signos y síntomas de alarma de atención inmediata.- Autocuidado y cuidados en el hogar.- Ejercicio- Tratamiento de diálisis y su costo.- Grupos de apoyo o asociaciones a pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. el procedimiento de la diálisis peritoneal	<p>Antecedentes heredo-familiares: Madre con Enfermedad Vascular Cerebral secundaria a Hipertensión Arterial Sistémica. Padre y dos hermanos con Diabetes Mellitus tipo II.</p> <p>Toxicomanías: Fumadora pasiva por su pareja fuma de 2-3 cigarros diarios desde hace 6 años.</p> <p>Enfermedades de la infancia: Poliomielitis desde los 2 años de edad afectando miembro pélvico derecho, actualmente se apoya con aparato ortopédico.</p> <p>Antecedentes quirúrgicos y transfusionales: 3 cesáreas y 3 trasfusiones sanguíneas</p> <p>Antecedentes médicos: Insuficiencia Renal Crónica de 5 años de evolución diagnosticada hace 3 meses como Terminal.</p> <p>Tratamiento médico en el hogar: Glibenclamida 10 mg. Tomar 1 tableta cada 8 horas 20 minutos antes de la comida. Metformina 850 mg Tomar 1 tableta cada 8 horas 20</p>
--	--	---	---	---



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

				minutos antes de la comida. Captopril 25 mg vía oral cada 8 horas. Ranitidina 150 mg vía oral cada 12 horas Metoclopramida 1 tableta 10mg preprandial Furosemide 40mgs vía oral cada 12 horas Loperamida 1 tableta cada 8 horas en caso de diarrea.
--	--	--	--	--



2.3. Etapa de planificación.

Fecha: 04 de Julio del 2008.

Nombre: A. M. T.

2.3.1. Problema interdependiente: Insuficiencia Renal Crónica.

Definición: Es la incapacidad de los riñones de excretar desechos, concentrar la orina y conservar electrólitos a causa de lesiones renales que imposibilitan la conservación del medio interno normal por parte de los riñones. Resultado de una serie de trastornos y caracterizado por un deterioro progresivo e irreversible de las nefronas.

Complicaciones potenciales:

- Desequilibrio hidroelectrolítico.
- Hemorragia digestiva.
- Anemia
- Hiperparatiroidismo.
- Fracturas espontáneas.
- Desnutrición
- Insuficiencia cardiaca congestiva.
- Polineuropatía.
- Hipoalbuminemia.
- Sobrecarga de líquidos.
- Acidosis metabólica.
- Edema pulmonar
- Derrame pleural
- Pericarditis

Funciones interdependientes.

Indicaciones médicas	Fundamentación científica	Horario	Intervenciones de enfermería	Observaciones
Solución glucosada al 50% de 50ml IV para 30 minutos. Posteriormente solución glucosada al 10% de 500ml IV para 6 horas.	Es indicada cuando se necesita con urgencia la complementación o sustitución de nutrimentos y desequilibrios hidroelectrolíticos, para cubrir las necesidades adicionales originadas por enfermedades o lesiones. Indicado como fuente parenteral de calorías, deshidrataciones hipotónicas, hipoglucemias., contraindicado en coma diabético, alcalosis, delirium tremens. Se debe tener cuidado con la administración y efectos de los medicamentos ya que las toxinas bacterianas y los fármacos hidrosolubles son excretados por el riñón y en este caso en la Insuficiencia Renal Crónica existe un deterioro progresivo e irreversible Las restricciones de líquidos contemplan las pérdidas imperceptibles metabólicas y del tubo digestivo, la transpiración y la	7: 15 a 14:00	- Se canaliza a la paciente en miembro superior derecho, manteniéndose limpia y funcional la vía. Para evitar la administración excesiva de líquido se utilizan soluciones pequeñas y una bomba de infusión. Se diluyen todos los fármacos a administrar por vía intravenosa en la menor cantidad de líquido que sea segura para el paciente, Al administrar la medicación oral se procura que sea junto con los alimentos, siempre que sea posible. Se preparan soluciones y medicamentos en área específica con cubrebocas y	Se aprovecha la punción venosa para la toma de muestras de laboratorio.



<p>Furosemide 40mgs IV cada 12 horas.</p> <p>Omeprazol 40mg IV cada 12 horas.</p>	<p>respiración típica.</p> <p>Diurético que actúa en depleción del volumen, bloquea la resorción de cloruro de sodio y agua en los riñones, de acción rápida. Reacciones secundarias: náusea, vomito, diarrea, dermatitis, urticaria, visión borrosa.</p> <p>Antiulceroso empleado en enfermedad acidopéptica como úlcera duodenal, úlcera gástrica, esofagitis por reflujo y por los causados por medicamentos, se absorbe en el intestino delgado. Contraindicado en la hipersensibilidad y puede enmascarar la curación de úlcera. Reacciones secundarias: ocasionalmente náuseas, cefalea, diarrea, estreñimiento y flatulencia, rara vez erupción cutánea.</p>	<p>7:15</p> <p>7:15</p>	<p>guantes previo lavado de manos. Se verifica la regla de los cinco correctos en la aplicación de medicamentos: - Medicamento correcto. - Dosis correcta. - Vía correcta - Hora correcta. - Paciente correcto. Así como reacciones alérgicas y efectos secundarios de los mismos.</p> <p>Se instala sonda Foley a permanencia por presentar uresis de 40 ml posteriormente a la administración del diurético aumenta la diuresis a 330 ml con un total de 370 ml durante el turno.</p>	
---	---	-------------------------	---	--



Metoclopramida 10mg IV cada 8 horas.	Antiemético empleado en tratamiento sintomático de náuseas, vómito, dispepsias gástricas, afecciones biliares, gastritis crónica, úlcera gastrointestinal. Contraindicado en oclusión intestinal, apendicitis aguda. Reacciones secundarias puede causar somnolencia, sobre todo en niños	7:15		Se observa que desaparecen, aproximadamente a los 30 minutos, las náuseas y el vómito.
Albúmina 1 frasco IV cada 24horas.	Seroalbúmina humana. Indicado en quemaduras, shock hipovolémico, traumático y/o hemorrágico, hipoproteinemia, enfermedad hemolítica del recién nacido y edema cerebral. Contraindicado en alteraciones graves de la circulación pulmonar y asistolias. Reacciones secundarias: efectos variables en la presión sanguínea y respiración; calosfríos, fiebre y urticaria.	10:00		
Eritropoyetina 2000UI SC cada 48 horas.	Eritropoyetina humana recombinante: utilizado para las anemias asociadas a deficiencia de eritropoyetina como la IRC. Estimula la proliferación, maduración y diferenciación de los precursores en la médula ósea, en forma idéntica a la eritropoyetina endógena humana. Reacciones secundarias: hipertensión, cefalea, artralgia, pirexia.	10:00		Refiere dolor a la aplicación de la eritropoyetina.
Fumarato ferroso 200mg VO cada 24 horas.	- Hematopoyético ferruginoso. Estimula la producción de hemoglobina. Se absorbe vía oral, principalmente en el duodeno. Contraindicado en alergias, hepatitis, úlcera péptica, colitis y gastritis. Reacciones secundarias: constipación o diarrea, náuseas, vómito, dolor abdominal, pirosis, orina oscura, heces grises o negras.	13:00		



Acido fólico 5mg VO cada 24 horas.	Empleado en anemia por carencia dietética, embarazo, lactancia, alcoholismo, etc. Su importancia se basa en la regeneración celular. Contraindicado en la hipersensibilidad. Reacciones secundarias: náusea, vómito, rash cutáneo y disnea.	13:00		
Calcitriol (vitamina D) 0.50mcg VO cada 24 horas.	Indicado en la hipocalcemia e hiperparatiroidismo secundarios, precursores de la osteodistrofia renal. Estimula el aporte intestinal del calcio. Contraindicado en hipercalcemia o evidencia de toxicidad de la vitamina D. Reacciones secundarias: debilidad, cefalea, somnolencia, náuseas, vómito, sequedad de la boca, estreñimiento, dolor muscular y óseo, sabor a metal, poliuria, polidipsia, anorexia, pérdida de peso, prurito, hipertermia, fotofobia, conjuntivitis, hipertensión, arritmias cardiacas.	13:00		
Carbonato de calcio 500mg VO en cada alimento.	Suplemento oral de calcio. Contraindicado en hipersensibilidad e hipercalcemia e insuficiencia renal grave. Reacciones secundarias: ocasionalmente puede presentarse estreñimiento.	13:00		
Complejo B. 1 tableta VO cada 24 horas.	Antineurítico y hematopoyético empleado en anemia y polineuritis. Reacciones secundarias: náuseas, vómito y rash cutáneo.	13:00		



Clorhidrato de Loperamida 1 tableta de 2mg VO cada 8 horas.	Indicado en el tratamiento de diarreas agudas y crónicas produce una disminución de hiperperistaltismo (antiespasmódico sobre el músculo liso intestinal), contraindicado en casos de constipación, atonía intestinal y obstrucción intestinal. Reacciones secundarias: náuseas, constipación, mareos, debilidad, erupciones cutáneas.	13:30		Presento una evacuación aproximadamente de 60 mg, líquida verdosa y fétida, después de la ingesta del medicamento, durante el turno y no presenté.
Ceftriaxona 1gr IV cada 12 horas	Ceftriaxona (antibiótico y bactericida de amplio espectro. Reacciones secundarias: diarrea, náuseas, vomito, estomatitis, leucopenia, prurito, cefalea, oliguria. Permite tomar medidas oportunas que compliquen la situación actual del paciente.	10:00		
Administrar oxígeno y ambiente húmedo continuo a 3 litros por minuto.	Favorece el intercambio alveolar y descongestiónamiento de las mucosas.	7:15	Se administra oxígeno húmedo continuo a través de mascarilla.	
Dieta para paciente renal de 1500 kcal con distribución en el consumo de líquido de 500ml a lo largo de todo el día y la noche.	- El hecho de no aportar suficiente energía puede propiciar la utilización de proteínas como fuente de energía, dando como resultado un aumento de la creatinina y del ácido úrico, hiperpotasemia, y aumento de la acidosis. La restricción de grasas y proteínas es útil para impedir la acumulación de productos terminales de carácter ácido.	13:00	Se ofrece dieta y solo consume gelatina y 30ml de agua.	Mantiene una masticación lenta.
Realizar curación de herida.	Serie de maniobras que se realizan para asepsia de una herida cuyo objetivo es favorecer la cicatrización por primera intención y evitar proceso infeccioso.	10:00	Se prepara material para curación.	Se observa que el tejido afectado tiene un hundimiento aproximadamente de 2 cm, el cual a la palpación se observa salida de escaso líquido acuoso.



2.3.2. Problema interdependiente: Hipertensión Arterial Sistémica.

Fecha: 04 de Julio del 2008.

Nombre: A. M. T.

Definición: Se define arbitrariamente como los valores persistentes de presión sanguínea con sistólica mayor de 140mmHg y diastólica que rebasa los 90mmHg.

Complicaciones potenciales:

- Hemorragia retiniana
- Accidente cerebro vascular
- Hemorragia cerebral
- Insuficiencia renal

Funciones interdependientes.

Indicaciones médicas	Fundamentación científica	Horario	Intervenciones de enfermería	Observaciones
Nifedipina 5 gotas sublingual si la diastolica es mayor a 110 mmHg	Nifedipina (vasodilatador coronario, antianginoso, antihipertensivo). Reacciones secundarias: pesadez de cabeza, rubicundez facial, sensación de calor, vértigos, malestar, cansancio, edema maleolar.	7:15	Presenta tensión arterial antes del medicamento de 180/130 mmHg, 20 minutos posterior a la ingesta de medicamento presenta 150/70mmHg	No presenta reacción de medicamentos.
Nifedipina 1 tab V.O c/8hr				
Prazosina 3mg V. O c/8hrs	Clorhidrato de prazosina (antihipertensivo, auxiliar en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca) produce una disminución en la resistencia vascular periférica total. Contraindicado en hipersensibilidad. Reacciones secundarias: mareo, cefalea, somnolencia, astenia, debilidad, náuseas y palpitaciones.	7:15	Frecuencia cardíaca al inicio de 120 por minuto a los 30 minutos posterior a la ingesta del medicamento presenta 90 por minuto.	

Comentarios: Los cuidados de enfermería específicos de este problema interdependiente se incluyeron en el de Insuficiencia Renal Crónica como son: monitorización de los signos vitales, valoración continúa de datos de alarma en caso de complicaciones.



2.3.3. Intervenciones independientes.

Indicaciones de enfermería	Fundamentación científica	Horario	Intervenciones de enfermería	Observaciones
<p>Monitorización de signos vitales cada 30 minutos hasta estabilización de los mismos, posteriormente cada 2 horas.</p>	<p>Son los fenómenos o manifestaciones objetivas que se pueden percibir y medir en un organismo vivo, en una forma constante: la temperatura, respiración, pulso y tensión arterial. En la enfermedad varían en forma considerable y se toman como factores importantes para formular un diagnóstico, conocer la evolución del padecimiento y la eficiencia del tratamiento que se está utilizando.</p> <p>Valores normales: Temperatura: 36.5°C – 37.2°C Frecuencia respiratoria: 16 – 24 por minuto Pulso: 72-80 por minuto Tensión arterial sistólica: 110 a 130 mmHg diastolita: 70 a 80 mmHg</p> <p>Los factores que influyen en los signos vitales son: edad, sexo, emociones, trabajo, descanso, enfermedades, medicamentos, calor, frío, dolor, hemorragia, choque, etc.</p>	<p>7:15, 7:45, 8:15, 8:45, 11:00, 13:00</p>	<p>Se lleva el registro de los signos vitales</p> <p>7:15 FC:120 por minuto. FR:28 por minuto. T:36.7° C. TA:D-180/130 I- 180/100mgHg</p> <p>7:45 FC:110 por minuto. FR:26 por minuto. T:36.7° C. TA:D-170/100 I- 170/90mgHg</p> <p>8:15 FC:90 por minuto. FR:24 por minuto. T:36.5° C. TA:D-150/70 I- 150/70mgHg</p> <p>8:45 FC:92 por minuto. FR:25 por minuto. T:36.3° C. TA:D-150/70 I- 150/60mgHg</p> <p>11:00 FC:88 por minuto. FR:24 por minuto. T:36.4° C. TA:D-140/80 I- 140/70mgHg</p> <p>13:00 FC:90 por minuto. FR:24 por minuto. T:36.5° C. TA:D-150/70 I- 150/70mgHg</p>	<p>Los signos vitales son variables, encontrándose taquicardia e hipertensión arterial y límites en temperatura y frecuencia cardiaca.</p>



Dextrostix en este momento y a los 30 minutos después.	Prueba visual que muestra la glicemia a través del cambio de color al entrar en contacto con el azúcar de la sangre, los resultados son precisos si uno puede notar pequeñas diferencias entre varios tonos de color. Valores de referencia 70-110mg/dL	7:15, 7:45	Se toma dextrostrix de la paciente al ingresar al servicio de urgencias con 40mg/dL.	Se toma un segundo reactivo con Glucemia de 80mg/dL
Peso corporal (misma cantidad de ropa cada día, a la misma hora y con la misma báscula) cada 24 horas.	Las mediciones exactas constituyen valores de referencia para la evaluación del estado nutricional, fundamental en la detección de complicaciones y control de líquidos, nutrición y administración de medicamentos.	10:00	Al pesar a la paciente se verifica que la bascula esta equilibrada. Peso: 45, 600 kg.	A la paciente le cuesta mucho trabajo incorporarse, finalmente se logra pesar con ayuda del familiar y camillero.
Control de líquidos a través de las entradas y salidas de líquidos	Las entradas y salidas de líquidos, son útiles para evaluar el balance hídrico y para establecer las recomendaciones acerca de la restitución de líquidos. Entradas: vía oral y vía parenteral (soluciones y medicamentos). Salidas: uresis, vómito, diarrea, transpiración, hemorragias.	7:15 a 14:00	Ingresos del turno: Solución parenteral: 550 ml Medicamentos: 190 ml Egresos del turno: Orina: 370 ml Evacuación: 60 mg Vómito: 3 ml Balance total: +307 ml	El balance hídrico fue positivo en 307ml.
Mantener una alineación adecuada:	-Alineación de segmentos orgánicos que mantiene el funcionamiento corporal en equilibrio de los sistemas circulatorio, respiratorio, urinario y musculoesquelético. Elevación de miembros inferiores disminuye edema de extremidades inferiores.	8:00	Elevación de miembros inferiores sobre almohadas o piecera de la cama.	La paciente refiere estar cómoda.

Comentarios: La paciente A. M. T tenía conocimiento de padecer Insuficiencia Renal Crónica Terminal y de la necesidad de requerir la diálisis peritoneal desde hace 3 meses, procedimiento que rechazo, durante este tiempo no volvió asistir a sus citas médicas. Llega al servicio de urgencias por presentar complicaciones respiratorias, hipoglucemia e hipertensión arterial, se inician intervenciones inmediatas y después de dos horas se observa mejoría. Se informa a los familiares sobre situación actual de la paciente y se proporciona una base de la realidad de la situación inminente, para que entiendan que la paciente es quien decide sobre los procedimientos y que estas decisiones pueden mejorar o empeorar su salud, aun así la paciente rechaza nuevamente la diálisis peritoneal por lo que se decide enviarla al servicio de medicina interna para continuar con la labor de convencimiento e investigar el motivo de la negatividad. Se continúa con las acciones de enfermería en la paciente renal: control de líquidos, prevención de infecciones, vigilancia estrecha de complicaciones. A las 13:00pm se inicia dieta por indicación medica hasta las 22:00pm posteriormente se queda en ayuno.

**2. 4. 1. Plan de cuidados de enfermería.**

Fecha: 04/07/08

Nombre: A. M. T.

Edad: 41 años. Sexo: Femenino.

Diagnóstico de enfermería: Patrón respiratorio ineficaz relacionado con inmovilidad y tos ineficaz secundarias a la acidosis metabólica manifestada por secreciones excesivas, frecuencia respiratoria de 28 por minuto, ritmo irregular y amplitud superficial; pulso de 120 por minuto, ritmo irregular, intensidad fuerte y visible sin tacto.

Definición: Estado en el que una persona experimenta una pérdida real o potencial de la ventilación adecuada, relacionada con un patrón respiratorio alterado.

Resultado esperado: La señora A. presentará una frecuencia respiratoria dentro de los límites normales comparada con la frecuencia basal de 16 a 24 por minuto y la disminución en la frecuencia cardíaca a valores de referencia de 72 a 80 por minuto.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación científica	Horario	Ejecución	Observaciones
Monitorización de los signos vitales. Principalmente respiración y pulso, cada 30 minutos hasta estabilización de los mismos, posteriormente cada 2 horas.	Son los fenómenos o manifestaciones objetivas que se pueden percibir y medir en un organismo vivo, en una forma constante: la temperatura, respiración, pulso y tensión arterial. En la enfermedad varían en forma considerable y se toman como factores importantes para formular un diagnóstico, conocer la evolución del padecimiento y la eficiencia del tratamiento que se está utilizando. Los valores de referencia normales son: T. 36,5 - 37,2°C FR. 16 – 24 por minuto FC. 72-80 por minuto TA Sistólica: 110 a 130 mmHg Diastólica: 70 a 80 mmHg Los factores que influyen en los signos vitales son: edad, sexo, emociones, trabajo, descanso, enfermedades, medicamentos, calor, frío, dolor, hemorragia, choque, etc.	7:15, 7:45, 8:15, 8:45, 11:00, 13:00	Presenta signos vitales: frecuencia respiratoria de 24 ritmo regular y amplitud normal; pulso con frecuencia de 90 por minuto ritmo irregular, intensidad fuerte al tacto; tensión arterial de 150/70mgHg y temperatura de 36.5°C.	Anteriormente a las intervenciones de enfermería la paciente muestra los signos vitales mencionados en la cedula de valoración. A las 8:45 se observan datos de mejoría. Presenta palidez de tegumentos generalizado sin cianosis.
Colocar en posición con mayor fluidez de oxígeno en semifowler con hiperextensión de cuello. Mientras se logra estabilizar.	El semifowler mejora la fluidez respiratoria y disminuye el esfuerzo cardíaco. La hiperextensión facilita la aspiración de secreciones, ventilación asistida con ambú o entubación en caso necesario.	7:15	Se coloca en posición semifowler e hiperextensión para aspirar secreciones.	



<p>Enseñar a la paciente a toser y respirar profundamente 2 veces por turno.</p>	<p>La respiración profunda dilata las vías aéreas, estimula, la producción de agente tensoactivo y expande la superficie pulmonar mejorando de este modo el intercambio gaseoso. La tos desprende las secreciones y las empuja hacia el bronquio para que puedan expectorarse o aspirarse. En algunos pacientes, los resoplidos pueden resultar eficaces y son menos dolorosos. La tos persistente cansa y resulta ineficaz contribuyendo a la aparición de bronquitis. El aumento de volumen de aire en los pulmones favorece la expulsión de las secreciones espesas que son difíciles de expectorar y pueden originar tapones mucosos. Para poder expulsarlas, las secreciones deben ser suficientemente fluidas.</p>	<p>9:00, 12:00</p>	<p>Se le enseña a la paciente a toser y a utilizar la respiración diafragmática: Contener la respiración durante 3-5 segundos y luego espirar lentamente, lo máximo posible, a través de la boca (la porción inferior del tórax y el abdomen deben hundirse). Respirar por segunda vez, contener, espirar lentamente y toser con fuerza desde el tórax (no desde la porción posterior de la boca o la garganta), haciendo dos toses cortas y fuertes.</p>	<p>Continúa con tos productiva periódica aunque disminuida y presenta secreciones hialinas moderadas.</p>
<p>Administrar oxígeno y ambiente húmedo de forma continua. (mascarilla)</p>	<p>Favorece el intercambio alveolar y descongestionamiento de las mucosas.</p>	<p>7:15 a 14:00</p>	<p>Se administra O₂ a 3 litros por minuto con mascarilla.</p>	
<p>Realizar aspiración de secreciones previa valoración.</p>	<p>Mantiene las vías respiratorias permeables y facilita la fluidez respiratoria. Se evita la aspiración de secreciones brusca porque irrita la mucosa de la faringe.</p>	<p>7:15, 7:45, 8:15.</p>	<p>Se realiza aspiración de secreciones con cuidado de no irritar la mucosa de la faringe.</p>	
<p>Vigilar continuamente oximetría de pulso</p>	<p>El oxígeno se difunde a través de la piel desde los capilares directamente por debajo de la piel, donde puede medirse. El microprocesador mide la saturación mediante la absorción de rayos rojos e infrarrojos conforme atraviesan los tejidos. Los cambios en la absorción producidos por la pulsación de la sangre a través del vaso determinan la saturación y la frecuencia del pulso.</p>	<p>7:15 a 14:00</p>	<p>Se coloca el oxímetro en el dedo índice de mano izquierda.</p>	<p>Saturación de oxígeno 96%.</p>



Vigilar datos de dificultad respiratoria continuamente:	Identifica las complicaciones que requieren una atención inmediata y oportuna. La hiperventilación consiste en una respiración excesiva con una reducción de la PCO_2 y alcalosis respiratoria.	7:15 a 14:00	A las 7:15 presenta Silverman 3 (tiraje intercostal discreto y movimientos toraco-abdominales acentuados y constante). Se valoran constantemente: <ul style="list-style-type: none">- Ruidos respiratorios- Presencia de estertores, roncus y jadeos- Presencia o ausencia de refracciones y dilatación de las alas nasales- Disnea, cianosis, llenado capilar.- Color de la piel/lechos ungueales/peribucal.	Al finalizar el turno queda con Silverman 1 (quejido respiratorio leve e inconstante).
Vigilar el estado de conciencia.	La frecuencia y la amplitud respiratoria aumentan para incrementar la excreción de CO_2 y para reducir la acidosis, que afecta el sistema nervioso central (SNC) y que puede aumentar la irritabilidad neuromuscular a causa del intercambio celular de hidrógeno y de potasio.	7:15 a 14:00	Al inicio la paciente presenta somnolencia y desorientación en sus tres esferas	La paciente comienza a estar alerta, orientada en persona, tiempo y espacio
Evitar uso de ropa ajustada o dispositivos de restricción apretados en abdomen y tórax (sujeción gentil de acuerdo a norma con vigilancia neurovascular por razón necesaria).	La falta de oxígeno produce aprehensión y ansiedad al paciente.	7:15 a 14:00	No es necesaria la sujeción gentil. Tampoco de ventilación	



Tener a la mano el equipo de asistencia ventilatoria y carro de paro en caso de que sean necesarios.	El personal que atiende al paciente grave debe anticiparse a los eventos inminentes e identificarlo oportunamente sobre alguna complicación. Por lo tanto debe contar con material y medicamentos completos, funcionales y disponibles en casos de emergencia.	7:00 a 14:00		
--	--	--------------	--	--

Evaluación: Durante el turno se mantiene la vía aérea permeable con disminución de secreciones hialinas, continua con quejido respiratorio leve e inconstante, los ejercicios de respiración profunda y tos mejoran el intercambio de oxígeno manteniendo una saturación de oxígeno entre 92 a 100 %, logrando una frecuencia respiratoria de 24 ritmo regular y amplitud normal; pulso con frecuencia de 90 por minuto ritmo irregular, intensidad fuerte al tacto 24 y pulso de 90 por minuto. Poco a poco comienza a estar alerta, orientado en sus tres esferas.



2. 4. 2. Plan de cuidados de enfermería.

Fecha: 04/07/08

Nombre: A. M. T.

Edad: 41 años. Sexo: Femenino.

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de infección relacionada por deterioro de las defensas del huésped secundario a: Insuficiencia Renal Crónica y Diabetes Mellitus.

Definición. Estado en el que una persona esta en riesgo de ser invadida por microorganismos oportunistas o patógenos (virus, bacterias u otros parásitos procedentes de fuentes endógenas o exógenos).

Resultado esperado: La señora A no presentará signos de infección durante su estancia hospitalaria.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación científica	Horario	Ejecución	Observaciones
Valorar datos de infección posterior a la curación de herida de talón derecho.	Vigilancia de valores anormales que modifican la estabilidad del paciente teniendo en cuenta que los pacientes uremicos tienden a presentar menos fiebre en respuesta a las infecciones. Por esta razón las infecciones son más difíciles de reconocer. En la insuficiencia renal se sufre una alteración en el estado inmunológico y nutritivo, una perturbación del estado bioquímico, tiene un potencial de curación bajo, edema y descenso de la actividad; todo esto le predispone a padecer una infección.	10:00	Durante la curación que se realiza se observa, un líquido no purulento que drena por la herida. Se valoran datos de infección durante el turno: - Fiebre - Escalofríos - Piloerección - Taquicardia, hipertensión - Cianosis - Piel caliente al tacto - Piel enrojecida - Frialdad en la piel, etc	No presenta ningún dato infeccioso.
Monitorización de la temperatura.	La respuesta inflamatoria e infecciosa consiste en la activación de leucocitos, proteínas plasmáticas, que localizan y fagocitan el agente infeccioso y aumento del flujo sanguíneo y linfático que diluye y evacua los materiales tóxicos; este proceso da lugar a un aumento local de la temperatura.	7:15, 7:45 8:15, 8:45, 11:00, 13:00	Se monitoriza una temperatura inicial de 36.7°C con piel fría.	La temperatura esta dentro del límite de los parámetros normales: 36.5°C, presenta piel fría y la paciente solo refiere frialdad en miembros inferiores.

Evaluación: Durante el turno la paciente presenta eutermia, sin embargo en el Examen General de Orina muestra bacterias positivas por lo que se procede apoyar a los estudios de laboratorio con un urocultivo que permita la identificación del número y los tipos de bacterias presentes en la orina así como antibiograma. No hay necesidad de aplicación de medios físicos, ni se observan datos por ataques febriles o convulsiones. Es importante mencionar que para reparar el tejido el organismo necesita un mayor aporte de proteínas e hidratos de carbono y una hidratación suficiente para el transporte vascular del oxígeno y los productos de desecho, lo cual en esta persona es muy difícil de llevar a cabo por las complicaciones médicas que presenta.

**2. 4. 3. Plan de cuidados de enfermería.**

Fecha: 04/07/08

Nombre: A. M. T.

Edad: 41 años. Sexo: Femenino.

Diagnóstico de enfermería: Alteración del patrón del sueño relacionado con náuseas, vómito y problemas personales desde hace 6 meses manifestado por despertares constantes y con referencia de cansancio y “estar de mal humor”.

Definición. Estado en el que la persona experimenta, o está en riesgo de experimentar, un cambio en la cantidad o calidad del patrón de descanso que le genera malestar o que interfiere en el estilo de vida deseado.

Resultado esperado: La paciente A. manifestara de manera verbal que al despertar se sienta descansada.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación científica	Horario	Ejecución	Observaciones
Establecer un ambiente terapéutico.	<p>El sueño es un proceso de restauración y recuperación que facilita la proliferación celular y la reparación de los tejidos dañados o envejecidos. Las condiciones óptimas del sueño dependen de la edad, características fisiopatológicas y ambiente.</p> <p>Los cambios en los hábitos del sueño son reacciones comunes a la ansiedad, temor o dolor.</p> <p>La privación del sueño provoca alteraciones de la función cognitiva (memoria, concentración, juicio) y de la percepción, menor control emocional y aumento de la suspicacia, irritabilidad y la desorientación. También desciende el umbral del dolor y disminuye la producción de catecolaminas, corticosteroides y hormonas.</p> <p>Los investigadores mencionan que los principales impedimentos para el sueño son la actividad, el ruido, el dolor, el estado físico, los procedimientos de enfermería, las luces y la hipotermia.</p>	9:30 a 14:00	Se establece una relación terapéutica sobre las inquietudes y causas que dificultan el sueño y descanso de la paciente. Se crea un ambiente agradable, sin ruidos y con disminución de la luz, se cubre a la paciente con cobertor para disminuir frialdad en pies y se evita molestar durante el sueño sin justificación alguna.	Se comento con los familiares para evitar conductas eufóricas o hiperactivas que alteraran la relajación de la señora A.



<p>Vigilar periodo de sueño.</p> <p>Enseñar ejercicios de relajación y respiración que motiven el sueño.</p>	<p>No existen pruebas científicas que confirmen la idea de que una persona necesita 8 horas de sueño cada noche, las necesidades individuales de sueño varían notablemente. Por lo general una persona que puede relajar y descansar fácilmente, necesita menos sueño para sentirse renovada. El periodo de sueño en un adulto menor de 60 años es de 6-9 horas.</p>	<p>7:15 a 14:00</p> <p>10:00</p>	<p>Se muestran ejercicios de respiración</p>	<p>Como consecuencia de la uremia durante el turno se mantiene somnolienta y refiere cansancio y fatiga.</p>
--	--	----------------------------------	--	--

Evaluación: En este caso fue difícil llevar a cabo los cuidados planificados por las manifestaciones clínicas presentes y las preocupaciones por sus problemas familiares. Aún cuando ella se esforzaba por mostrarse tranquila se le observa cansada, triste y pocas ánimos para seguir adelante.

**2. 4. 4. Plan de cuidados de enfermería.**

Fecha: 04/07/08

Nombre: A. M. T.

Edad: 41 años. Sexo: Femenino.

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la integridad cutánea relacionada con la disminución del aporte de sangre y nutrientes a los tejidos, secundarios a: anemia, deshidratación y edema manifestado por piel reseca, escozor y herida superficial en talón de pie derecho por uso del aparato ortopédico.

Definición. Estado en el que la persona experimenta o está en riesgo de experimentar, lesiones de los tejidos epidérmico y dérmico.

Resultado esperado: La señora A disminuirá o mantendrá el grado de lesión durante la primera semana y presentará piel hidratada con disminución del escozor.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación científica	Horario	Ejecución	Observaciones
Proteger la piel sana contra la maceración, presión y fricción durante el turno.	La presión es una fuerza de compresión hacia abajo sobre una zona determinada; el cizallamiento, es una fuerza paralela en la que una capa de tejido se mueve en una dirección y otra capa se mueve en la dirección opuesta, si la piel se adhiere a la sábana y el peso del cuerpo sentado hace que el esqueleto se deslice hacia abajo dentro de la piel, los capilares subepidérmicos pueden acodarse y pellizcarse, disminuyendo así la perfusión del tejido: fricción consiste en el desgaste fisiológico del tejido. Si la piel se frota contra las sábanas de la cama, la epidermis puede desollarse por abrasión; la maceración es el mecanismo por el cual el tejido se ablanda al permanecer mojado o empapado de forma prolongada. Si la piel se empapa, las células se debilitan y la epidermis se erosiona con facilidad.	7:15 a 14:00	Se colocan sábanas limpias procurando que estén bien estiradas, así como donas de alpiste y almohadas.	
Realizar cambios posturales cada 2 horas.	Mantiene el funcionamiento corporal en equilibrio de los sistemas, circulatorio, respiratorio, urinario y musculoesquelético.	10:00 13:00	Se realizan cambios posturales en semifowler y Sims.	En este momento se aprovecha para realizar el peso corporal de la señora A.



Mantener al paciente limpio y seco.	Previene mayores lesiones e procesos de infección.	7:15 14:00	Después de la evacuación diarreica en cómodo se limpia perfectamente secando con palmaditas suaves y evitando sustancias que irritan la piel como jabón perfumado, lociones etc.	
Hidratar la piel con crema humectante después del baño.	Previene la resequedad de la piel y alivia el prurito y mejora la migración celular.	10:00	Se lubrica la piel con crema humectante.	
Valoración física en busca de ulceración, maceración, excoriación e infección.	Identificar datos de daño tisular, controlarlo y evitar complicaciones Además las neuropatías periféricas pueden producir pérdida de sensibilidad y de percepción térmica.	7:15	Se observa ulcera superficial en miembro pélvico derecho se avisa al medico para la realización de curación de herida.	
Proteger la herida de los traumatismos y de la invasión bacteriana.	Las heridas abiertas son vulnerables a la abrasión, la contaminación y el cizallamiento. Proteger la piel, evitar ulceras, maceración, excoriación e infección disminuye edema y mejora la circulación sanguínea.	7:15 a 14:00	Se realiza vendaje de miembros inferiores y se elevan con rollo de sabana.	
Realizar de baño diario de regadera, en silla de ruedas.	Conservar la integridad de la piel, evitar la acumulación de secreciones, infecciones, eliminar células descamadas, suciedad y evitar el mal olor, así como estimular la circulación sanguínea, contribuir a mantener o mejorar la autoestima del paciente. Mejorar su bienestar y confort, además favorece las relaciones personales en cuanto a la proximidad de familiares y pareja.	9:15	Se realiza baño de esponja con las siguientes precauciones: <ul style="list-style-type: none"> • Temperatura ambiente adecuada. • Evitar las corrientes de aire. • Usar jabones que no irriten la piel. 	El baño de la paciente no se realiza en el servicio de urgencias sino hasta el día siguiente en el servicio de medicina interna Se respeta la individualidad y pudor del paciente.

Evaluación: Disminuye la irritación y la resequedad de la piel no se observa lesión tisular por presión, maceración, fricción o cizallamiento. La herida superficial en talón derecho se encuentra limpia y cubierta, el vendaje y elevación de miembros inferiores disminuyen el dolor de los mismos. Se enseña a la paciente y a la familia los cuidados y la importancia de mantener una higiene cutánea.

**2. 4. 5. Plan de cuidados de enfermería.**

Fecha: 04/07/08

Nombre: A. M. T.

Edad: 41 años. Sexo: Femenino.

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de caídas relacionado con somnolencia y desorientación.**Definición.** Estado en el cual una persona tiene una mayor predisposición a sufrir caídas.**Resultado esperado:** Durante la hospitalización la señora A, no presentará ningún tipo de caídas ni lesiones.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación científica	Horario	Ejecución	Observaciones
Proporcionar un ambiente de seguridad	<p>Un entorno extraño y los problemas de visión, orientación, movilidad y fatiga pueden aumentar la vulnerabilidad a las caídas del enfermo. Una persona con problemas de movilidad necesita que se instalen dispositivos de seguridad y se eliminen los peligros, para facilitarle así las actividades de la vida diaria.</p> <p>La enfermera debe reducir las variables del huésped que aumentan el riesgo de lesiones, como el desconocimiento; las variables del agente, como las fuerzas de cizalla en la cama; las variables ambientales, como las caídas y otros peligros.</p> <p>El término accidente implica una falta de control de fuerzas externas. Las enfermeras se centran en identificar las variables (del huésped, agente, ambiente) que se pueden modificar para prevenir lesiones.</p>	7:15 14:00	<p>Se quitan los objetos puntiagudos o afilados, se emplean bancos de altura y dispositivos de apoyo como barandales y silla de ruedas.</p> <p>Se solicita el apoyo de otra persona para la movilización de la paciente.</p> <p>Se cuida que la cama este a la altura más baja posible.</p> <p>Se mantiene en observación continua durante el turno.</p>	Para llevar a cabo el peso corporal la movilización fue complicada debido al estado mental de la paciente.

Evaluación: Durante la atención de la paciente se tomaron medidas preventivas para evitar una lesión intrahospitalaria. No fue posible dar información a los familiares sobre estas para llevarlas a cabo en el domicilio por la gravedad del padecimiento de la señora.



2. 4. 6. Plan de cuidados de enfermería.

Fecha: 04/07/08

Nombre: A. M. T.

Edad: 41 años. Sexo: Femenino.

Diagnóstico de Enfermería: Sufrimiento espiritual relacionado a sentimientos de culpa y alejamiento espiritual secundarias a enfermedad terminal manifestada por mencionar que su enfermedad es por “un castigo o pago por algo que hizo mal” y el mencionar del ¿Por qué a mí? ¿Qué hice mal?.

Definición. Estado en el cual una persona o grupo, experimentan o están en riesgo de experimentar un trastorno en sus creencias o sistemas de valores, que constituyen su fuente de fuerza, esperanza y significado para su vida.

Resultado esperado: Mantener el nivel espiritual de la paciente respetando su ideología a través de que ella exprese el deseo de realizar su práctica religiosa.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación científica	Horario	Ejecución	Observaciones
Establecer una relación de confianza enfermera-paciente.	La naturaleza espiritual de la persona, junto con las dimensiones física y psicosocial, deben formar parte de su cuidado global. La espiritualidad puede abarcar la religión, aunque no se limita a ella; las necesidades espirituales comprenden valores religiosos, las relaciones, la trascendencia y el sentimiento de afecto y la comunicación: la creatividad y la autoexpresión también pueden tener importancia en la espiritualidad. Otras descripciones de la espiritualidad son la fuerza interior, el significado y el propósito, y el conocimiento y la evolución. La religión influye en las actitudes y las conductas relacionadas con el bien y el mal, la familia, la crianza, el trabajo, el dinero, la política y otras muchas áreas funcionales La enfermera debe actuar como consejera reconociendo y respetando las necesidades espirituales de la persona. Para muchas personas las actividades espirituales proporcionan bienestar, una acción directa de afrontamiento y pueden mejorar la adaptación a la enfermedad.	13:00 14:00	Se permite su desahogo espiritual de acuerdo a sus costumbres, se deja que exprese sus ideas espirituales sobre el origen de su enfermedad, Durante la comunicación que se establece se tiene la precaución de no debatir sobre su religión Se le proporciona intimidad y tranquilidad para la oración	Manifiesta ideas sobre la existencia de Dios y el miedo no tanto a la muerte, sino a la incertidumbre del futuro de sus hijas. Se dialoga con los familiares para involucrarlos en proporcionarles a la paciente tranquilidad y paz espiritual.

Evaluación: La paciente expresa que a pesar de todo lo que le está pasando, cree en Dios y está segura de que todo va a estar bien. Para enfrentarse eficazmente a las necesidades espirituales de una persona es conveniente recordar que la enfermera debe reconocer sus propias creencias y valores y admitir que estos valores pueden no ser aplicados a otras personas y respetar las creencias del enfermo cuando se le ayuda a satisfacer sus necesidades espirituales. La enfermera debe estar preparada para dar un cuidado espiritual por lo que creo conveniente citar a Andrews y Boyle que nos recuerda las cinco razones por



lo que las enfermeras tienden a evadir dichos cuidados: 1. Ellas ven la religión y las necesidades espirituales como un asunto privado que solo concierne al paciente y a su Creador. 2. Se siente incomodas con sus propias creencias religiosas o niegan tener necesidades espirituales. 3. Carecen de conocimientos sobre la espiritualidad y las creencias religiosas de otras personas. 4. Confunden las necesidades espirituales con las necesidades psicosociales. 5. Ven la satisfacción de las necesidades espirituales de los pacientes, como una responsabilidad familiar o pastoral, no como una responsabilidad de enfermería.

2. 4. 7. Plan de cuidados de enfermería.

Fecha: 04/07/08

Nombre: A. M. T.

Edad: 41 años. Sexo: Femenino.

Diagnóstico de enfermería: Trastorno de la autoestima relacionado a cambios en el aspecto físico secundario a la pérdida de la funcional renal manifestada por expresiones verbales negativas: como el no realizar bien su papel de madre, ni esposa como quisiera, de sentirse la mayor parte del tiempo deprimida, enojada y con incertidumbre sobre el futuro de sus hijas.

Definición. Estado en el que una persona experimenta o está en riesgo de experimentar una autovaloración negativa de sí misma o de sus capacidades.

Resultado esperado: La paciente debe conocer los aspectos positivos de su persona y analizar su conducta y las consecuencias de sus decisiones.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación científica	Horario	Ejecución	Observaciones
Fomentar la comunicación efectiva en interacción terapéutica	Aprender a conocerse sobre los aspectos positivos de su persona y del ambiente que lo rodea crea una mayor seguridad, independencia y satisfacción sobre las actividades que realiza.	10:15	Se nombra a la paciente por su nombre, se habla con respeto. A través de la empatía se encamina a descubrir sus capacidades y habilidades y aceptarse con sus limitaciones como un ser humano único e irrepetible	
-Evitar aislamiento y vigilar si existe depresión.	La autoestima depende en parte de las reacciones de los demás. El objetivo es ayudar a la persona a reexplorar los sentimientos negativos acerca de sí misma e identificar las cualidades positivas.	9:00 a 14:00	.	

Evaluación: La paciente A.M.T comenta ideas sobre la esperanza de vivir más y lo significativo que es tener a sus hijas y esposo, sin embargo mantiene una postura de duelo. La baja autoestima es un indicador de la tendencia a la depresión en algunas personas es un rasgo estable a lo largo del tiempo, en otras, puede desencadenarse por una amplia gama de situaciones de estrés como sucedió con la señora A.

La persona va abandonando la convicción de que puede controlar su entorno. Del mismo modo, la sensación de pérdida del control personal se acompaña de una disminución de la autoestima.



2. 4. 8. Plan de cuidados de enfermería.

Fecha: 04/07/08

Nombre: A. M. T.

Edad: 41 años. Sexo: Femenino.

Diagnóstico de Enfermería: Afrontamiento familiar ineficaz: incapacitante relacionado con desconfianza para cumplir las responsabilidades de rol secundaria a enfermedad crónica.

Definición: Estado en el que una familia demuestra o está en situación de riesgo de demostrar un comportamiento destructivo como respuesta a una incapacidad para controlar los factores de estrés internos o externos, secundaria a la falta de recursos adecuados (físicos, psicológicos y cognitivos).

Resultado esperado: La paciente y familiares manifestaran el haberse enfrentado y adaptado a la situación actual.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación científica	Horario	Ejecución	Observaciones
Facilitar la implicación de la familia y apoyos sociales.	La familia debe enfrentarse al diagnóstico y sus consecuencias. Esta tarea es multidimensional y abarca: Experimentar el choque inicial Implicar a los miembros en una comunicación abierta. Minimizar la ansiedad y sus consecuencias incapacitantes. Evitar que se prolonguen la desesperación, la culpabilidad, los reproches y la hostilidad. Aceptar un diagnóstico válido. Los cambios del paciente van relacionados con el cambio en el sistema familiar, estos pueden ser saludables o patológicos por lo que es necesario adoptar nuevas formas de vivir y realizar cambios necesarios a medida que avanza la convalecencia. Favorecer la independencia del miembro que está recuperándose. Aceptar la discapacidad residual y realizar cambios necesarios. Reconocer el miedo, la depresión y la ansiedad del paciente.	10:00 14:00	Se le sugiere a los familiares que establezcan un diálogo con la señora A con el fin de que exprese sus sentimientos, expectativas de vida y refuerzo humano que contribuyan a la toma de decisiones para el bienestar de ella y de la propia familia. Se les aconseja asimilar el problema, sus consecuencias y adaptarse a las alternativas de solución a su situación. Se insiste a la paciente que las indicaciones médicas y los cuidados que se le proporcionan son para su bienestar, y aunque no decida realizarse el procedimiento de diálisis peritoneal la comunicación entre ella y su familia son importantes sobre el tratamiento médico.	La paciente reconoce las implicaciones de no proceder a la diálisis peritoneal sobre su vida. Y expresa su decisión a sus familiares. Después de dialogar la familia respeta la decisión.



Ayudar a buscar alternativas de solución a las necesidades de la paciente.	La toma de decisiones debe contemplar las alternativas existentes para la resolución del problema contemplando las expectativas de vida, beneficios, complicaciones, costos, terapias de apoyo en problemas que se presentan en el paciente y los familiares ante esta situación, grupos o asociaciones de ayuda, páginas de Internet o publicaciones, etc		Se explica a la paciente y familiares de manera clara, sencilla y sin tecnicismos sobre el procedimiento de la hemodiálisis y existencia del programa de pacientes con insuficiencia renal crónica en proceso de sustitución renal.	La familia solicita ayuda para buscar alternativas diferentes a la diálisis peritoneal.
--	--	--	---	---

Evaluación: Ante la negativa de la diálisis peritoneal, procedimiento con el que cuenta el hospital, se le indica la opción de hemodiálisis como alternativa. Se solicita ayuda a una unidad que cuenta con el servicio, sin respuesta favorable. Los familiares se muestran interesados por esta opción y deciden buscar información más específica, por lo que se les ofrece asistir al programa de pacientes de Insuficiencia Renal Crónica y procedimientos sustitutos de la función renal. Las enfermeras deben de tener cuidado de no presionar a los enfermos de tomar una decisión a sus tratamientos aun cuando estos pueden ser benéficos para ellos ya que se debe valorar la calidad de vida que van a tener hasta sus últimos días. En este caso se trata de una familia disfuncional crónica en la que sus miembros muy difícilmente presentarían cambios necesarios para el funcionamiento de sus roles correspondientes.



2.5. Conclusiones

La Insuficiencia Renal Crónica en México es un problema multifactorial y creciente. Existe una desventaja entre los servicios de salud y la demanda de estos pacientes de hecho la mayor parte de los ingresos hospitalarios son por complicaciones, rehabilitación por discapacidad y fallecimientos reflejos del estilo de vida inadecuado, aunado a una deficiente o ausente educación del paciente y de sus familiares. Lo que representa un gasto importante en las instituciones públicas y un desgaste físico y emocional del paciente y su familia.

En México no existen estadísticas precisas y actuales respecto a la Insuficiencia Renal Crónica, además hay una ausencia de sistemas diseñados para financiar el tratamiento y no hay una difusión del conocimiento de la enfermedad en los medios de comunicación.

Las personas que cursan con esta enfermedad enfrentan múltiples problemas médicos, psicológicos y sociales, cuya complejidad aumenta con el tiempo y están directamente asociados a las diferentes fases de la enfermedad y a los procesos terapéuticos. Se distingue por un comienzo insidioso, alternancia con periodos de exacerbación y remisión de síntomas, aparición ulterior de complicaciones y tratamiento complejo de por vida.

Se pensaría que por la gravedad de la enfermedad la atención debería de estar enfocada en evitar en todo lo posible a la enfermedad y sus complicaciones. Sin embargo en el área de servicios se observa una discrepancia por ejemplo: los médicos tienen una persistencia en la especialización de procedimientos quirúrgicos que participar en la elaboración de programas de prevención y control; las dietas que se proporcionan son para el área de diálisis en lugar de cada paciente; el psicólogo solo atiende casos de crisis en lugar de dar atención a todos los pacientes y sus familias, trabajo social informa sobre cobro de hospitalización no así de alternativas de solución. Parece que la mayoría de las veces el equipo interdisciplinario no se pone en comunicación y coordinación porque la atención que se proporciona es por cantidad, por rutina y no por persona.

En lo que corresponde al personal de enfermería y estudiantes lamentablemente se enfocan más a la atención de patología que a las necesidades del paciente lo que repercute en el aumento de riesgos debido a una mínima participación de medidas elementales de prevención. Además no existe unificación de criterios en cuanto al proceso de atención de enfermería justificando la presencia de diferentes teorías y modelos, lo que repercute que no se lleve un cuidado específico e individualizado.

En lo que concierne a la familia es evidente que se presenta una disfunción cuando uno de sus integrantes se enferma y demanda mayor atención, lo que dificulta el sistema de adaptación a acontecimientos vitales estresantes que requiere modificaciones estructurales respecto a valores sociales, aspectos económicos, sexuales, religiosos, que con el tiempo se traducen en mayor dependencia familiar o médica que va desde el cuidado personal, transporte, manejo de régimen médico y dietético. De hecho llega un momento que la depresión invade al paciente y lo lleva a pensar que es preferible la muerte a la vida mostrando conductas negativas.



2.5. Sugerencias

El estilo de vida de la población con enfermedad crónica degenerativa puede ser modificado favorablemente, aplicando un sistema de prevención sencillo y económico por parte de los médicos y enfermeras de la atención de salud primaria con el apoyo del nivel de atención secundario. Si se tiene un control periódico de cada paciente permitirá observar si los cuidados se están llevando a cabo, si estos están cumpliendo con los objetivos, que limitantes se observan, como podemos modificar las actitudes negativas, etc.

Aquí es donde la enfermera debe de aprovechar cualquier momento para educar, ya que no hay otro profesional de la salud inmiscuido directamente en la prevención.

Uno de sus objetivos es favorecer conductas saludables a través del fomento a la educación, motivación, enseñanza y comunicación en cualquier nivel de atención.

La consecución de estos objetivos modifica los hábitos de práctica y para ello, se requiere que la misma enfermera cambie su actitud empezando a retomar al ser humano como tal, con medidas tan sencillas como es el llamar al paciente por su nombre y respetar su individualidad, entre otras.

En el ejercicio clínico debe ser humanista, siguiendo el proceso de atención de enfermería que al ser un método sistemático y con bases científicas evita que incurra en una desviación ética legal ya que asocia la reflexión con la acción de forma indisoluble y da como resultado una atención digna de la profesión.

Se necesita que la enfermera sea autora o participe en la elaboración de programas en la detección temprana de esta enfermedad y forme parte en la capacitación y actualización de temas sobre la problemática que aqueja a la sociedad mediante periódicos formales, cursos acreditados, conferencias, talleres, publicaciones con validez oficial etc, con la finalidad de enriquecer sus conocimientos y habilidades.

Incumbe a la enfermera fomentar el apoyo y coordinación del equipo multidisciplinario para la atención del paciente con calidad y calidez.

También corresponde dar mayor impulso al área de investigación durante la formación profesional, con la finalidad de que enfermería crezca y disminuyan las limitantes en estos procesos.

En su papel de enseñanza debe comprometerse a transmitir los conocimientos sin recelo para el bienestar del paciente y unificar criterios en cuanto al proceso de atención de enfermería en instituciones de enseñanza y de salud.



CAPITULO III

ANEXOS



3.1. Insuficiencia renal

Es la incapacidad de los riñones de excretar desechos, concentrar la orina y conservar electrolitos a causa de lesiones renales que imposibilitan la conservación del medio interno normal por parte de los riñones.

Tipos de insuficiencia renal

Insuficiencia renal aguda. Es un síndrome generalmente reversible producido por un brusco deterioro de la función renal que da lugar a una acumulación de metabolitos y de otras sustancias que suelen eliminarse del organismo.

Insuficiencia renal crónica. Es el resultado de una serie de trastornos y se caracteriza por un deterioro progresivo e irreversible de las nefronas.¹

ETAPAS INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

Etapa	Descripción	Filtración Glomerular (FG) ml/min
1	Daño (ej: proteinuria)	>90
2	Leve disminución de la Filtración Glomerular	60-89
3	Moderada disminución de la Filtración Glomerular	30-59
4	Severa disminución de la Filtración Glomerular	15-29
5	Insuficiencia Renal Crónica Terminal	< 15 ó diálisis

3.2. Anatomía y fisiología renal

Los riñones son dos, derecho e izquierdo y están situados a los lados de la columna vertebral, a la altura de las dos últimas vértebras dorsales y de las dos primeras lumbares. Se hallan aplicados a la pared posterior del abdomen, por detrás del peritoneo y por delante de las costillas undécima y duodécima y de la parte superior del cuadrado lumbar.²

Su forma recuerda a la de un frijol, tiene una longitud de 12 cm, una anchura de 7 a 8 cm y un espesor de 4 cm, su peso es de 140 gramos en el hombre y 120 en la mujer, es de color café rojizo, su unidad funcional es la nefrona.

El riego sanguíneo llega a cada riñón por la arteria renal, al tiempo que el drenaje de la sangre ocurre por la vena renal. Las dos arterias renales nacen de la aorta abdominal, al tiempo que las venas homónimas llevan sangre a la vena cava inferior. Los riñones extraen los materiales de desecho de la sangre.

El riñón esta constituido por una capa externa fascia renal, es una capa delgada de tejido conectivo fibroso que fija el riñón a las estructuras circundantes y la pared abdominal. La segunda capa, o cápsula adiposa que envuelve a la capsula renal, protege al riñón contra traumatismos, y mantiene firmemente en su sitio a esta víscera, en la cavidad abdominal. Por último la más interna, o cápsula renal membrana fibrosa, lisa y transparente a la que se puede separar con facilidad del riñón y que guarda continuidad con la cubierta externa del uréter, constituye una barrera contra los traumatismos y la diseminación de infecciones a los riñones.

En su corte frontal se muestra la presencia de un área rojiza externa, la corteza, y otra de color pardo rojizo interna, la médula (constituida por pirámides renales o medulares). De manera conjunta, la corteza y pirámides renales constituyen el parénquima de los riñones.³

La nefrona se divide en varias regiones: la cápsula de Bowman, los túmulos contorneados proximal y distal, y el asa de Henle.

¹ CARPENITO, Lynda Juall, *Diagnósticos de enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica*. 9.ª edición, México, Interamericana, McGraw-Hill, 2002, p.290.

² QUIROZ G. Fernando, *Tratado de anatomía humana*. Volumen III, 1ª edición, México, Porrúa, S. A. 1990, p.218.

³ TORTORA, Gerard, J. *Principios de Anatomía y Fisiología*. 5ª edición, Harla México, 1981. p.861.



La orina se forma en las nefronas, de éstas pasa a los conductos colectores, que se unen para formar las pelvis renales. Cada una da origen a un uréter, que es un tubo largo (25 cm), este conducto une a cada riñón con la vejiga y sirve para el transporte de la orina. La vejiga funciona como depósito temporal de la orina hasta concluir en el exterior por la uretra.

La formación de la orina regula el contenido de agua y electrolitos de los líquidos corporales. Aunque puede haber pérdidas o egreso hidroelectrolíticos por otras vías, como sudoración, respiración y las heces, los riñones son los órganos que regular la composición del medio interno.

Composición de la orina.

- Agua
- Electrolitos (sodio, potasio, cloro, bicarbonato y otros iones menos abundantes).
- Productos de la degradación del metabolismo de las proteínas. (urea, creatinina, ácido úrico, fosfatos y sulfatos).

La función principal del aparato urinario está a cargo de las nefronas. Las demás partes de este aparato son principalmente conductos de paso y áreas de almacenamiento.

1. Regulan la concentración y el volumen sanguíneos al extraer agua y solutos en forma regulada.
2. Participan en la regulación del pH sanguíneo
3. Extraen desechos tóxicos de la sangre

3.2.1. Función específica de las nefronas:

- Filtración (filtra la sangre y elimina azúcares)
- Reabsorción (agua, glucosa, aminoácidos e iones sodio, potasio, calcio, cloro, bicarbonato y fósforo). Y de manera parcial los desechos, como la urea. Dependen del transporte activo y pasivo.
- Secreción. Elimina desechos y regula el pH sanguíneo. Iones potasio e hidrógeno, amonio, creatinina y los fármacos.

La filtración es una función de las cápsulas de Bowman, mientras que la reabsorción y la secreción son funciones de los túbulos y los conductos colectores.

3.2.2. Funciones homeostáticas y otras funciones renales.

Pueden dividirse en la homeostasis del agua, los electrolitos y el pH.

La homeostasia del agua.

La regulación del volumen de agua que se excreta también es una función importante de los riñones. Cuando su ingesta es considerable, debe excretarse un gran volumen de orina diluida, y a la inversa, su ingesta baja requiere que se concentre la orina. Se mantiene en parte por la hormona antidiurética (ADH o vasopresina) que regula el volumen reabsorbido de agua. La ADH es producida por neuronas del hipotálamo y secretada por el lóbulo posterior de la hipófisis como respuesta a los cambios de la osmolaridad sanguínea.

Cuando disminuye la ingesta de agua, tiende a aumentar la osmolaridad sanguínea y estimularse la liberación de ADH. Esta actúa sobre los riñones y origina aumento de la reabsorción de agua, con lo que se restaura la osmolaridad sanguínea normal. Si la ingesta de agua es excesiva, se suprime la secreción hipofisiaria de ADH y, por consiguiente, los túbulos renales reabsorben menos agua, situación que origina aumento del volumen urinario (mayor diuresis).

Homeostasia de electrolitos.

La regulación de la cantidad de sodio excretada depende de la aldosterona, hormona que sintetizan y liberan las glándulas suprarrenales. Cuando aumenta la concentración sanguínea de esta hormona, se excreta menos sodio en la orina.

La angiotensina controla en gran parte la liberación de aldosterona. Es una hormona peptídica de origen hepático que se activa en los pulmones. A su vez, las concentraciones de angiotensina dependen de la renina, hormona que liberan las células renales.

Si se cae este sistema se excreta más sodio que el ingerido, la persona se deshidrata y puede caer en choque.

Si se activa el sistema renina-angiotensina se excreta menos sodio que el ingerido, el sujeto retiene agua y expansión del volumen intravascular. Elevando la presión arterial.

La regulación del potasio, su excreción renal aumenta al ocurrir lo mismo con la concentración de aldosterona, al contrario de lo que ocurre con la excreción de sodio.

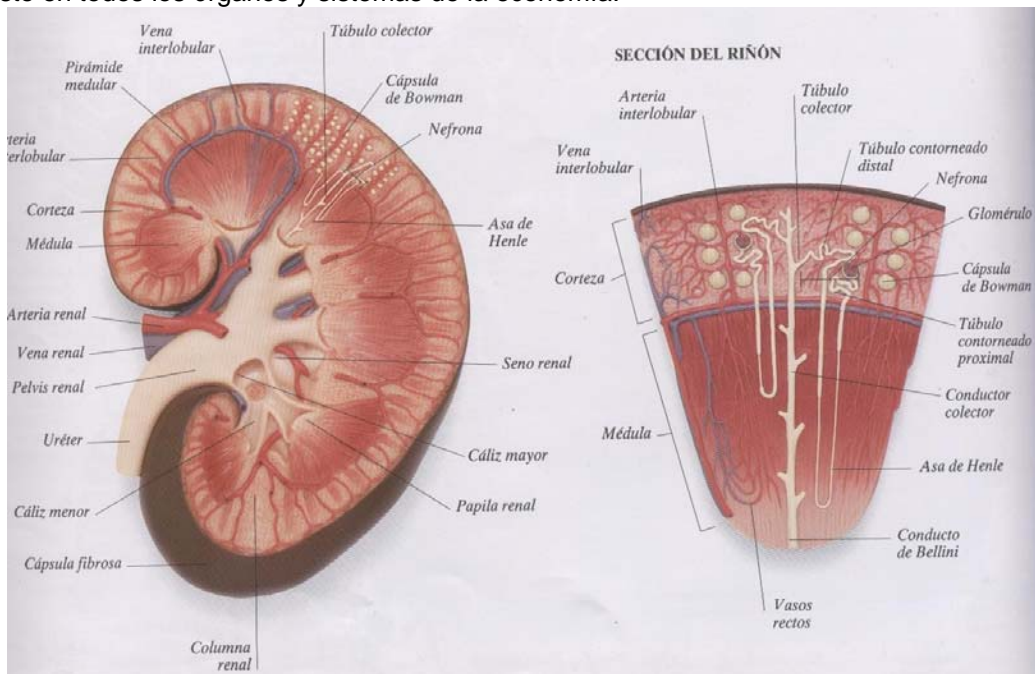
Hemostasia de la acidez sanguínea.

La degradación de proteínas implica la generación de compuestos ácidos, en particular ácidos fosfórico y sulfúrico. La acumulación de estos ácidos en la sangre disminuye el pH de la sangre (la vuelve más ácida) e inhibe las funciones celulares, de modo que es precisa su excreción en la orina. El riñón excreta los ácidos metabólicos no deseados y reabsorbe las bases de estos sistemas tampón. El ácido carbónico y el bicarbonato sódico forman el tampón más importante para neutralizar los ácidos fuertes en el plasma y el líquido intersticial. Gracias al proceso de amortiguación, los riñones pueden excretar ácidos unidos a amortiguadores químicos combinándolos y haciéndolos menos dañinos.⁴

Otras funciones renales.

- Excreción de productos residuales hidrosolubles y de otras sustancias que no son necesarias para el organismo como la urea junto con otros residuos nitrogenados, como ácido úrico, amoníaco y creatinina. El riñón tiene asimismo un importante papel en la transaminación y la homeostasis de los aminoácidos de la sangre.
- Las toxinas bacterianas y los fármacos hidrosolubles son excretados por el riñón.
- Aparte de sus funciones excretoras y homesotáticas, el riñón también actúa como glándula endocrina. Secreta renina y eritropoyetina e interviene en la producción del 1,25-dihidroxicolecalciferol (la forma activa de la vitamina D).⁵

El riñón es el encargado de la homeostasis orgánica en relación a líquidos, electrolitos, estado acidobásico y múltiples funciones endocrinas, en las que participa como órgano blanco y productor de enzimas (vitamina D3, renina, eritropoyetina, prostaglandinas renales, etc.); de ahí que su falla se manifieste en todos los órganos y sistemas de la economía.



⁴ BRUNNER L. S y SUDDARTH, D. S. *Enfermería medico quirúrgica*. Volumen II, 6ª edición. México, Interamericana, 1988, p. 1015.

⁵ GAUNTLETT, Patricia y MYERS, Judith. *Principios y práctica de la enfermería medicoquirúrgica*. Volumen I, 2ª edición, México, Harcourt Brace, 998.



3.3. Etiología.

Las infecciones renales recidivantes o las consecuencias vasculares de la diabetes o la hipertensión pueden provocar cicatrices en el tejido renal, y son sólo algunas de las posibles causas de IRC. También puede deberse a una IRA no resuelta. La lesión renal puede ser difusa o limitarse a un solo riñón. El parénquima renal es la más afectada.⁶

Infecciones recurrentes. Pielonefritis. Tuberculosis. Etiología hereditaria y congénita. Enfermedad poliquística. Enfermedad quística medular. Hipoplasia renal. Glomerulopatías. Glomerulonefritis. Síndrome nefrotico. Tubulopatías. Acidosis tubular renal. Desequilibrios electrolíticos crónicos. Colagenosis. Esclerodermia Lupus eritematoso sistémico. Poliarteritis nudosa.	Trastornos metabólicos. Amiloidosis (almidones) Hiperoxaluria. Obstrucción. Hipertrofia prostática. Nefrolitiasis (cálculos renales). Tumores Estenosis Diabetes mellitus. Etiología vascular. Hipertensión. Trombosis. Infarto renal. Cáncer. Nefritis por radiaciones. Inducida por nefrotoxinas.
--	--

Sustancias que producen lesiones nefrotóxicas en los riñones.

Antibióticos: gentamicina, tobramicina, amikacina, anfotericina, polimixina B, colistina, neomicina, kanamicina.

Productos químicos. Etilenglicol, cloruro de mercurio, tricloruro de carbono, plomo, arsénico, metanol.

Nefritis intersticial aguda inducida por fármacos: penicilinas, cefalosporinas, antiinflamatorios no esteroideos, sulfonamidas, rifampicina, tetraciclinas, furosemida, tiacidas, difenilhidantoína.

3.4. Fisiopatología.

Se caracteriza por la destrucción progresiva e irreversible de la nefrona. Al ir disminuyendo la función renal, los productos terminales del metabolismo proteico van acumulándose en la sangre (azoemia). La hipótesis de la nefrona intacta establece que algunas nefronas permanecen intactas, mientras que otras se van destruyendo progresivamente. Las nefronas intactas empiezan a trabajar al máximo para adaptarse a las mayores necesidades de filtrar la carga de solutos. Esta respuesta de adaptación permite mantener la función renal hasta que quedan destruidas unas tres cuartas partes de las nefronas. Sin embargo, al hipertrofiarse, empiezan a perder su capacidad para concentrar la orina de forma adecuada. Debido a ello, se excreta gran cantidad de orina diluida, predisponiendo al paciente a la depleción hídrica. Uno de los primeros signos de insuficiencia renal es la isostenuria-poliuria, con excreción de orina que es casi isotónica con el plasma.

Los túbulos empiezan también a perder su capacidad para reabsorber electrolitos, lo que puede dar lugar a una pérdida salina que acentúa la poliuria. Al ir avanzando la enfermedad y ser incapaz el organismo de librarse de los productos residuales a través de los riñones, aparece la uremia clínica. Finalmente, los desequilibrios hidroelectrolíticos del organismo empiezan a afectar a otros sistemas corporales.⁷

⁶ GAUNTLETT, Patricia y MYERS, Judith. *Principios y práctica de la enfermería medicoquirúrgica*. Volumen I, 2da edición, España, Harcourt Brace, p. 1039.

⁷ GAUNTLETT



La acumulación de diversas sustancias bioquímicas en la sangre como resultado de la disfunción renal produce complicaciones como:

- Retención de productos de desecho: nitrógeno de la urea sanguínea y la creatinina, (cristales en articulaciones y tejidos).
- Incapacidad de mantener el equilibrio hidrosalino, lo que contribuye al edema y la congestión vascular (insuficiencia cardiaca congestiva e hipertensión). Aunque la hipertensión también puede ser consecuencia de la activación del sistema de renina-angiotensina y el incremento concomitante de la secreción de aldosterona. Otros enfermos tienden a perder sodio (hipotensión e hipovolemia). Los episodios de vómito y diarrea pueden ocasionar déficit hidrosalino, que empeora la uremia.
- Hiperpotasemia riesgosa
- Acidosis metabólica sostenida resultado de la menor capacidad de los riñones para excretar iones de hidrógeno, producir amoníaco y pérdida de bicarbonato.
- Una compleja alteración de la hemostasia del calcio y el fósforo . Los niveles de calcio y fosfato en suero son recíprocos, o sea que cuando uno aumenta el otro disminuye, al haber menos filtración glomerular aumenta la fosfemia y disminuye en forma recíproca la calcemia, siendo esto último causa de que se secrete hormona paratiroidea. Sin embargo, en la insuficiencia renal el organismo no reacciona en forma normal a la mayor secreción de la hormona y, como resultado el calcio sale de los huesos que da por resultado trastornos del metabolismo óseo, lo que a su vez causa interrupción o retraso del crecimiento, dolores óseos y deformidades conocidas como osteodistrofia renal (raquitismo renal similar a las causadas por el raquitismo resistente a la vitamina D). El magnesio se excreta principalmente por vía renal y, por tanto en la insuficiencia renal podría haber riesgo de hipermagnesemia.
- Trastornos hematológicos, como la disminución de la vida promedio de los eritrocitos y las limitaciones en su producción, la prolongación del tiempo de hemorragia y la anemia nutricional.
- Trastornos del crecimiento, probablemente causados por factores como la nutrición deficiente, la anorexia y la desmineralización ósea.
- Trastornos neurológicos, hipertensión grave, desequilibrios electrolíticos, intoxicación y efectos de fármacos (alteración de la función psíquica, cambios de la personalidad y conducta, convulsiones y coma).
- Cambios en la función sexual (disminución de la libido, impotencia y amenorrea).
- Cambios cutáneos: prurito (en parte por el desequilibrio calcio/fosfato)

3.5. Manifestaciones clínicas.

Los signos clínicos son vagos y pueden pasar desapercibidos: poliuria, apatía, adinamia, astenia, cefalea, dependiendo también de los signos o síntomas de la enfermedad original.

Cardiovasculares.

- Aterosclerosis
- Hipertensión.
- Pericarditis.

Hematológicas.

- Anemia
 - o Palidez
 - o Taquicardia
 - o Soplo cardiaco.
- Disfunción leucocítica con tendencia a la granulocitopenia.
- Hemorragias.
 - o Epistaxis
 - o Menorragia
 - o Hemorragia
 - o Hematomas excesivos después de un traumatismo
- Infecciones.



Trastornos digestivos.

- Pérdida del apetito
- Náuseas
- Vómito
- Pérdida de peso
- Estomatitis, gastritis o úlceras pépticas así como hemorragias digestivas.
- Fetor urémico o aliento a pescado, amoniacado o fetidez.
- Sabor de boca metálico que reduce aún más el apetito del paciente.
- Estreñimiento debido a la restricción hídrica.

Osteodistrofia renal.

- Anormalidades óseas, (calcificaciones en tobillos, corazón, la pelvis, pies, manos y muñecas).
- Hipersensibilidad ósea
- Debilidad muscular.

Neuropatía. Anomalías en las funciones del sistema nervioso central y periférico.

- Cansancio.
- Insomnio.
- Síntomas psicológicos (agitación, irritabilidad, depresión, regresión, comportamiento rebelde).
- La confusión mental, la incapacidad para concentrarse, la somnolencia y el letargo son la regla en la uremia avanzada.
- El coma puede ser causado por hiponatremia, acidosis y deshidratación que a veces desaparece cuando se corrigen éstas.
- Neuropatía periférica
- Alteraciones en las funciones motoras y sensoriales
 - o Sensación de quemazón y entumecimiento de las piernas y los pies.
- Parestesias dolorosas de las extremidades, prurito, hormigueo.
- Sacudidas musculares
- Síndrome de las piernas inquietas (alivio en el movimiento).
- Pérdida de los reflejos tendinosos profundos
- Debilidad muscular y deficiencias sensoriales ocasionales.

Miopatía. Se desarrolla lentamente es frecuente en la insuficiencia renal en etapa terminal.

- Debilidad de músculos en piernas y cuello.

Piel.

- La acumulación de pigmentos carotenoides se combina con la anemia para dar a la piel un tinte cetrino amarillento.
- La alta concentración de urea en el sudor forma la escarcha uremia cuando el sudor se seca.
- Prurito por resequedad e irritación superficial de la piel. Que se atribuye a la precipitación de calcio en la piel.
- Uñas y cabello débil y quebradizo.

Pulmonar.

- Edema pulmonar por sobrecarga hídrica
- Pleuritis por pericarditis.
- Aumento de la frecuencia respiratoria.

Hormonal. Reducción de los estrógenos y la testosterona da lugar a:

- Amenorrea
- Esterilidad
- Disminución del tamaño testicular
- Impotencia masculina.



3.6. Métodos diagnósticos.

Debe comprender de manera integral al paciente.

- Historia clínica detallada con énfasis en los síntomas relacionados con las vías urinarias como nicturia, hematuria, disuria, polidipsia y poliuria. Anamnesis completa sobre enfermedades sistémicas, exposición a toxinas e infecciones y nefropatías en la familia.
- Examen médico con atención a la presión arterial, el sistema cardiovascular, examen renal con auscultación de posibles soplos y palpación del tamaño, examen rectal para explorar el tamaño de la próstata, observación de extremidades para encontrar edema y examen neurológico y esquelético, para localizar miopatía, neuropatía y osteodistrofia.
- Datos de laboratorio
 - o Biometría hemática
 - Fórmula blanca
 - Fórmula roja
 - Plaquetas
 - Tiempos de coagulación.
 - o Química sanguínea de ocho elementos y electrolitos (sodio, potasio, cloro).
 - o Depuración de creatinina.
 - o Examen general de orina.
 - o Radiografías simples de abdomen
 - o Pielografía
 - o Tomografías o urografías intravenosas.
 - o Ultrasonografía del riñón puede utilizarse para estimar el tamaño o masas quísticas en el riñón.
 - o Biopsia renal puede dar un diagnóstico histológico definitivo.

Datos significativos

1. Anemia (signo característico).
2. Creatinina sérica o nitrógeno de la urea sanguínea elevados.
3. Aumento del potasio sérico.
4. Disminución del calcio sérico.
5. Proteínas séricas bajas, en especial la albúmina.

A modo de referencia, la diálisis se puede iniciar cuando el volumen de filtración glomerular es inferior a 5-10ml/min.

3.7. Tratamiento conservador.

Consiste en medidas conservadoras para intentar controlar o aliviar los síntomas o en actuaciones más agresivas, como la diálisis y el trasplante. Las medidas conservadoras van dirigidas a aliviar los síntomas del desequilibrio hidroelectrolítico, conseguir un control dietético adecuado y combatir los trastornos que se producen en los diferentes sistemas corporales para que el paciente pueda mantener un nivel de vida óptimo.

En el desequilibrio hídrico la mayoría de los pacientes retienen sodio y agua, desarrollando síntomas de sobrecarga hídrica, como hipertensión, insuficiencia cardiaca congestiva y edema.

Sin embargo algunos pacientes no pueden retener el sodio de la orina, depleción salina que da lugar a la deshidratación.

- Control de líquidos y gasto urinario.
- Empleo de diuréticos tiazídicos para facilitar la excreción acuosa. O diuréticos del asa, como la furosemida.
- Pueden utilizarse antihipertensivos como los antagonistas beta-adrenérgicos (propranolol) que pueden reducir la liberación de renina.
- Administrar suplementos de calcio y calcitriol (la forma activa de la vitamina D) para combatir la hipocalcemia que persiste a pesar de haber controlado los niveles de fosfato.
- Ofrecer una dieta según los valores de la química sanguínea y el estado clínico del paciente.
- Debe restringirse sustitutos de la sal porque contienen cloruro potásico, por lo que deben evitarse, ya que la hiperpotasemia puede producir disritmias cardíacas y un posible paro cardíaco, también se tendrá un control dietético o diálisis.



- Disminuir la ingestión de fósforo (carne, leche, legumbres, bebidas gaseosas).
- Algunos medicamentos causan estreñimiento por lo que se deben emplear emolientes ablandadores de las heces y laxantes.
- La acidosis metabólica suele controlarse con el tratamiento dietético y la diálisis.
- Puede haber disminución en niveles séricos de bicarbonato por lo que deben administrarse o recurrir a la diálisis.
- Pueden prescribirse suplementos como el ácido fólico, hierro, la piridoxina, el complejo B, ácido ascórbico, eritropoyetina recombinante humana o epoyetina alfa.. Si el paciente presenta alguna coagulopatía, se puede incluir la vitamina K. los preparados orales de hierro no deben administrarse al mismo tiempo que los antiácidos, ya que éstos reducen la absorción del hierro a nivel gastrointestinal.
- La coagulopatía puede obligar a ajustar el tratamiento heparínico durante la diálisis para evitar la coagulación en las líneas.
- Las transfusiones suelen evitarse, a no ser que el paciente presente síntomas agudos, como disnea, taquicardia, palpitaciones o fatiga intensa.
- El empleo de pomadas o lociones tópicas en caso de sequedad de piel, prurito y púrpura.
- Tener precaución con los fármacos nefrotóxicos, como los antibióticos y los contrastes radiológicos, así como debe existir un ajuste en las dosis para prevenir la toxicidad en pacientes con neuropatía dado que la mayoría de los fármacos son excretados total o parcialmente por los riñones.
- Vigilar el estado neurológico del paciente.
- Hablar en términos sencillos de orientación

3.8. Tratamiento de la sustitución del riñón.

La selección del tratamiento de sustitución renal depende de si se dispone de un donante vivo, pariente, edad del enfermo, la presencia de un padecimiento extrarrenal sistémico importante.

Las cuales son:

- Diálisis.
- Transplante renal.

3.8.1. Diálisis.

Es un proceso que consiste en la movilización de líquidos y partículas de un compartimiento líquido a otro a través de una membrana semipermeable.

Clínicamente, la diálisis es el proceso mecánico de eliminar productos residuales del metabolismo proteico sin alterar el equilibrio hidroelectrolítico y reestableciendo el equilibrio acidobásico en pacientes con compromiso de la función renal. Por consiguiente, el aparato de diálisis constituye en riñón artificial.⁸

La diálisis se basa en los principios de:

1. Difusión. Consiste en el movimiento de partículas (iones) desde una zona de concentración elevada a otra de concentración inferior. Dando lugar al movimiento de electrolitos, urea, creatinina y ácido úrico, desde la sangre del paciente a la solución del dializado, los hematíes y las moléculas proteicas son demasiados grandes para atravesar los poros de la membrana semipermeable, por lo que no pasan de la sangre al dializado.
2. Osmosis. Consiste en el desplazamiento del agua a través de una membrana semipermeable desde una zona de menor concentración de partículas a otra zona de concentración superior.
3. La filtración. Consiste en el paso del líquido a través de una membrana semipermeable como consecuencia de un gradiente de presión inducido artificialmente.

⁸ GAUNTLETT, Patricia y MYERS, Judith. *Principios y práctica de la enfermería medicoquirúrgica*. Volumen I, 2ª edición, México, Harcourt Brace, p. 1043.



Tipos de diálisis son dos: la diálisis peritoneal y hemodiálisis. En los dos tipos, la sangre del paciente constituye uno de los compartimentos líquidos.

3.8.1.1. La diálisis peritoneal.

En esta se implanta quirúrgicamente un catéter peritoneal entre las dos hojas del peritoneo; una hoja recubre la cavidad peritoneal y la otra recubre las vísceras abdominales. Se introduce el dializado en la cavidad peritoneal, se deja que se (asiente), o equilibre, en el interior del cuerpo mientras se introduce la difusión, la filtración y la ósmosis entre la sangre del paciente y el dializado, y después se drena el espacio peritoneal. El peritoneo actúa como membrana semipermeable.

Posibles complicaciones de la inserción del catéter de la diálisis peritoneal son:

- infecciones
- perforación del intestino o la vejiga
- hemorragias.

Indicaciones. Representa una alternativa en los pacientes con:

- mal acceso vascular,
- inestabilidad hemodinámica,
- diabéticos con complicaciones
- motivos personales o religiosos.

Contraindicaciones. Algunos facultativos consideran que no tiene contraindicaciones, mientras que otros sostienen que está contraindicada en pacientes con:

- adherencias,
- infecciones,
- antecedentes de múltiples intervenciones abdominales,
- obesos con una gran pared abdominal y acúmulos de grasa
- individuos con problemas crónicos de espalda.
- Neuropatía periférica avanzada.

Tipos de diálisis peritoneal

Diálisis peritoneal intermitente. El paciente se somete a diálisis de tres a cinco veces por semana, durante unas 8-12 horas por sesión, generalmente mientras duerme. El equipo automático controla los tiempos de infusión y de drenaje del dializado del espacio peritoneal.

Diálisis peritoneal ambulatoria continúa. El paciente se introduce y se extrae manualmente el dializado cuatro o cinco veces al día, siendo el tiempo de asentamiento de 4 a 8 horas cada vez. El paciente sometido suele realizar cuatro pases durante el día y un pase de 8 horas durante la noche.

Diálisis peritoneal continua cíclica. Es una combinación de la diálisis peritoneal intermitente durante la noche y la diálisis peritoneal ambulatoria continua durante el día.

Complicaciones de la diálisis peritoneal son:

- peritonitis
 - dolor abdominal
 - fiebre
 - dolor de rebote
 - líquido recuperado turbio con leucocitos.
 - diarrea, vómitos y distensión abdominal.
- obstrucción del flujo,
- hemorragias,
- alteraciones electrolíticas
- disritmias
- dificultad respiratoria.



Consideraciones generales en la diálisis peritoneal.

Independientemente del tipo de diálisis peritoneal empleado, el proceso es parecido. La extracción de líquido durante la diálisis depende del gradiente osmótico generado por la concentración de glucosa en el dializado. Pueden conseguirse soluciones preparadas en bolsas de 1 a 2 litros de glucosa al 1.5, 2.5, 4.25 %. La composición electrolítica es parecida a la del plasma.

Pueden añadirse sustancias al dializado como:

- insulina en su caso para los diabéticos.
- heparina para prevenir formación de coágulos en el catéter
- antibióticos en caso de infección

El equilibrio suele alcanzarse en un plazo de 15 a 30 minutos.

3.8.1.2. La hemodiálisis.

Consiste en extraer la sangre (no filtrada) del paciente, filtrar los electrolitos, la urea, la creatinina, etc. Mediante el proceso de diálisis y en devolver la sangre (filtrada al paciente). Para ello, se requiere de un acceso vascular, la creación de una fístula arteriovenosa interna o injerto o la creación quirúrgica de una derivación arteriovenosa externa. Además el acceso vascular el hemodiálisis requiere anticoagular la sangre mientras esté fuera del cuerpo y pasando por el dializador. La hemodiálisis puede también incorporar una bomba mecánica para generar un gradiente artificial de presión para filtrar la sangre.

3.8.2. Trasplante renal o aloinjerto.

Consiste en la implantación quirúrgica del riñón de una persona en otra, puede proceder de un donante vivo o un cadáver. Una vez extraídos los riñones del donante, se pueden conservar y transportar en función de las necesidades. Tanto los riñones de cadáveres como los de donantes vivos deben funcionar adecuadamente, no presentar signos de infección ni problemas sistémicos significativos como diabetes, hipertensión o neoplasias malignas fuera del sistema nervioso central.

Los trasplantes renales se efectúan en enfermos de alto riesgo, pacientes diabéticos o con neoplasias malignas previas y pacientes muy jóvenes o mayores.

Sus contraindicaciones son las neuropatías crónicas, infecciones activas o las neoplasias malignas diseminadas. Se considera meticulosamente en casos de pacientes con vasculopatías extendidas, hepatopatías o alteraciones psicológicas. La situación de portador de la hepatitis B no es contraindicación para el trasplante, pero puede influir negativamente en el pronóstico.

El principal requisito para el éxito de los trasplantes renales es la histocompatibilidad entre el órgano del donante y el receptor. Los principales determinantes de la histocompatibilidad son los antígenos de los grupos sanguíneos ABO y los antígenos leucocitarios humanos HLA.



2.7. Glosario

Acicalar. Adornar, aderezar algo o a alguien.

Amaurosis. Ceguera parcial o total.

Anisocoria. Desigualdad en el diámetro de las pupilas.

Cofradía. Congregación o hermandad de devotos/. Gremio o asociación.

Colagena. Sustancia albuminosa dispuesta en fascículos. Es el principal constituyente del tejido fibroso blanco.

Electrólitos. Son moléculas que se disocian en partículas con carga eléctrica. Los principales electrólitos de carga positiva (cationes) del plasma y del líquido intersticial son el sodio y el potasio. Los principales electrólitos de carga negativa (aniones) de la sangre son el cloruro y el bicarbonato.

Esclerodermia. Enfermedad en la que el edema localizado de la piel va seguido de endurecimiento, atrofia, deformación y ulceración. Ocasionalmente se generaliza, produciendo inmovilidad de la cara, contracción de los dedos; fibrosis difusa del miocardio, los riñones, el tubo digestivo y los pulmones.

Excoriación. Abrasión. Lesión superficial de la piel o mucosas por raspadura o fricción.

Fascículos. Un haz pequeño de músculo o nervios.

Fetor. Olor nauseabundo. Hedor.

Nistagmo. Movimiento repetido, involuntario y en sacudidas de los globos oculares.

Osmolaridad. El grado relativo de dilución o concentración de la orina puede medirse con base en su osmolaridad, o sea la cantidad de materiales sólidos (electrólitos y otras moléculas) disueltos. Refleja el número de partículas de soluto en una unidad de solución.

Presión osmótica coloidal. Es la fuerza que se opone a la formación del filtrado glomerular; por consiguiente, las alteraciones que reducen dicha presión (es decir, que reducen la concentración sanguínea de albúmina) tienden a incrementar la cantidad de líquido que se filtra por los túmulos. Normalmente, el hígado se encarga de mantener constante la concentración de albúmina en la sangre. No obstante puede disminuir durante breves períodos cuando aumenta la ingesta líquida o durante períodos prolongados cuando se pierde albúmina por una neuropatía o inanición grave.

Tampón. Material absorbente.

Transaminación. A través de los aminoácidos.

Urea. El producto del desecho final del metabolismo de las proteínas.

Velocidad de filtración glomerular (VFG). Cantidad de líquido que se filtra a través de todas las nefronas en un minuto. Suele ser de 125ml/min (es decir, un 20% del plasma que atraviesa los capilares glomerulares).

Vitamina D. Favorece la absorción intestinal de calcio.



2.8. Bibliografía

ALATORRE, Edda Wynter. *El proceso de la educación de enfermería en México*. XIII Reunión Nacional de Licenciados en Enfermería. "Del arte antiguo a los desafíos de la ciencia moderna". UNAM. ENEO. p. 165-181.

BAXTER HEALTHCARE CORPORACIÓN. *Manual de capacitación del paciente en diálisis peritoneal*, 8ª edición, 2002, 110.

BRAUNWALD, Eugene, et al. *Harrison: principios de medicina interna*. Volumen II, 11ª edición, México, Interamericana, McGraw-Hill, 1989, 2585.

BRUNNER L. S y SUDDARTH, D. S. *Enfermería medico quirúrgica*. Volumen II, 6ª edición. México, Interamericana, 1988, 1843.

CARPENITO, Lynda Juall, *Diagnósticos de enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica*. 9.ª edición, México, Interamericana, McGraw-Hill, 2002, 935.

CARPENITO, Lynda Juall, *Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería. Diagnósticos de enfermería y problemas en colaboración*. 4.ª edición, México, Interamericana, McGraw-Hill, 2002, 935.

CONESA, Juana. *Historia de la enfermería*. Institucionalización de los cuidados de enfermería, Alianza, 1995. p. 75 -120.

FRANCOISE. Marie Collière. *Promover la vida*. McGraw Hill Interamericana. Madrid, 1993. p. 5-16.

GAUNTLETT, Patricia y MYERS, Judith. *Principios y práctica de la Enfermería Medicoquirúrgica*. Volumen I, 2ª edición, México, Harcourt Brace, 1997.

HARRISON, *Medicina Interna*. Tomo II, 5ª edición, México, Ediciones científicas: La prensa médica mexicana, S. A. 1985.

LOREDO, Luz Pérez. *Características de los servicios de enfermería al inicio del siglo XX*. XIII Reunión Nacional de Licenciados en Enfermería. "Del arte antiguo a los desafíos de la ciencia moderna". UNAM. ENEO. p. 153-163.

MALVIDO, Elsa. *Las hermanas de la caridad en México en el siglo XIX. El origen de la enfermería actual*. XIII Reunión Nacional de Licenciados en Enfermería. "Del arte antiguo a los desafíos de la ciencia moderna". UNAM. ENEO. p. 139-147.

QUIROZ G. Fernando, *Tratado de anatomía humana*. Volumen III, 1ª edición, México, Porrúa, S. A. 1990, 513.

ROPER, Nancy. *Diccionario de enfermería*, 1ra edición, México, Interamericana, 1986.

ROSALES, Susana, *Fundamentos de enfermería*. 2da edición, México, Manual moderno, 2002.

SILES, José, *Historia de la enfermería*. 4ª edición, España, Agua Clara.

TOMEY, Marriner A. *Teorías y modelos de enfermería*. 4ª edición. Madrid, Harcourt. p. 24-27.

TORTORA, Gerard, J. *Principios de Anatomía y Fisiología*. 5ª edición, Harla México, 1981.

WYNGAARDEN, James B. SMITH, Lloyd H. Cecil. *Tratado de medicina interna*. Volumen I, 18ª edición, México, Interamericana, McGraw-Hill, 1991, 2667.