

ESCUELA DE ENFERMERIA DE ZAMORA A.C.
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO. CLAVE: 8723



PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA A MUJER
ADULTA EN LA NECESIDAD DE ELIMINACION,
RELACIONADO CON ENFERMEDAD RENAL

PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

MARISOL CHAVARRIA FIGUEROA

No DE CUENTA: 406530406

ASESORA:

L.E.O: IGNACIA ESCALERA MORA

ZAMORA DE HIDALGO, MICHOACAN

OCTUBRE DEL 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ESCUELA DE ENFERMERIA DE ZAMORA A.C.
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO. CLAVE: 8723



PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA A MUJER
ADULTA EN LA NECESIDAD DE ELIMINACION,
RELACIONADO CON ENFERMEDAD RENAL

PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

MARISOL CHAVARRIA FIGUEROA

No DE CUENTA: 406530406

ASESORA:

L.E.O: IGNACIA ESCALERA MORA

ZAMORA DE HIDALGO, MICHOACAN

OCTUBRE DEL 2011

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios nuestro Señor por darme, la fortaleza, tenacidad, y la constancia para lograr mis objetivos personales.

Mi agradecimiento a cada una de las personas que contribuyeron al logro de mis metas profesionales.

Te agradezco a ti papá por tu apoyo incondicional, tus consejos y motivación que me transmitiste y así dar continuidad a mi formación académica.

Gracias mamá por el buen ánimo que pude sentir de tu parte, por el entusiasmo que creaste en mi y por esas palabras de aliento que siempre me has manifestado.

A ti, esposo por tu comprensión, paciencia y dedicación.

A ti querida hija, que llenas mi vida de alegría.

En especial a tí Margarita por todo el apoyo económico, emocional que me has brindado y por todas esas frases de apoyo y comprensión.

Finalmente a todas las personas que han confiado en mí para poner en mis manos el cuidado de su salud.

¡A TODOSGRACIAS...

CONTENIDO

CAPITULO 1

1.1 INTRODUCCION.....	6
1.2 JUSTIFICACION.....	8

CAPITULO 2

2.1 OBJETIVOS.....	10
--------------------	----

CAPITULO 3

3.1 METODOLOGIA.....	11
----------------------	----

CAPITULO 4

4.1 MARCO TEORICO.....	13
4.2 ANTECEDENTES HISTORICOS DE ENFERMERIA	13
4.3 LOS TIPOS DE PARAGDIGMA.....	14
4.4 CONCEPTOS DEL CUIDADO	16
4.5 ELEMENTOS DEL CUIDADO	17
4.6 TEORIAS DE ENFERMERIA	18
4.7 BIBLIOGRAFIA DE VIRGINIA HENDERSON.....	19
4.8 AFIRMACIONES TEORICAS.....	21
4.9 PROCESO DE ENFERMERIA Y SUS ETAPAS, ETIQUETAS DIAGNOSTICAS DE LA NANDA.....	22
4.10 CLASIFICACION DEL DIAGNOSTICO.....	30

4.11 TAXONOMIA.....	30
4.12 CAMBIOS PSICOLOGICOS EN EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.....	36
CAPITULO 5	
5.1 APLICACION DEL PROCESO ENFERMERO A LA USUARIA.....	49
5.2 VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES.....	49
5.3 IDENTIFICACION DE DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVO....	54
5.4 JERARQUIZACION DE NECESIDADES Y DIAGNOSTICOS ENFERMERO.....	56
5.5 DIAGNOSTICOS.....	58
5.6 GRAFICAS PLAN DE CUIDADOS ENFOCADO NIC NOC.....	62
5.7 TABLA DE RESULTADOS DEL NOC.....	75
CAPITULO 6	
6.1 CONCLUSIONES.....	82
CAPITULO 7	
7.1 PLAN DE ALTA.....	84
7.2 ANEXOS.....	87
7.3 BIBLIOGRAFIA.....	115

1.1 INTRODUCCIÓN

La salud es una medida primordial para lograr el desarrollo económico y social, que propicie el bienestar integral de cada individuo y de la sociedad en su conjunto, su atención y cuidado actualmente requieren de un ejercicio interprofesional en donde cada profesionista del área de la salud posea la mejor formación educativa. La enfermería como profesión asume la responsabilidad de cuidar al individuo sano o enfermo, y en su formación ha respondido en las diferentes épocas a las formas en que se ha concebido el proceso salud-enfermedad, a los avances de la ciencia y la tecnología, y de la misma forma, al desarrollo de la planeación curricular.

Desde sus orígenes Florencia Nightingale consideraba a la persona según sus componentes; físicos, intelectual, emocional y espiritual, así como su capacidad y responsabilidad para modificar la situación existente. El aire fresco, la luz, el calor, la limpieza, el agua pura, la tranquilidad y la dieta los consideraba básicos para la movilización de la energía, la curación y para quien goza de salud la conserve. Por ello el proceso de enfermería permite a las enfermeras brindar un cuidado holístico y fundamentado que se planea, se organiza y se documenta con el propósito de resolver los problemas reales, potenciales y de salud que la persona presenta.

Este trabajo está integrado por diversos capítulos, en donde se aborda la justificación del trabajo, los objetivos que queremos alcanzar tanto general como específicos y la metodología que habla de cada paso realizado. En el marco teórico se desarrollan los siguientes contenidos: los antecedentes históricos de la enfermería en México, la teoría de enfermería, la teoría y bibliografía de Virginia Henderson que es en la que nos basamos, principales conceptos y definiciones, supuestos principales, afirmaciones teóricas el proceso

de atención de enfermería integrado con sus cinco etapas que son la valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, la historia natural de la enfermedad sobre la señora María de 48 años de edad, con insuficiencia renal crónica, que es una enfermedad que trae severas consecuencias para quien la padece así como para su entorno familiar. De no ser posible un trasplante de riñón se tiene la opción de un tratamiento renal sustitutivo, la hemodiálisis, que en sus distintas modalidades resulta un tratamiento que invade la calidad de vida del paciente y de la familia.

Esta enfermedad no solo afecta el aspecto físico del paciente sino el emocional, económico y social ya que al ingresar a los programas de terapia de reemplazo renal se ven obligados a someterse a un estricto tratamiento, teniendo que modificar su vida social, personal, familiar. Y por último se presentan las conclusiones, la bibliografía, el glosario y los anexos.

1.2 JUSTIFICACIÓN

La enfermedad renal crónica es la pérdida progresiva e irreversible de las funciones renales, como consecuencia, los riñones pierden su capacidad para eliminar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos en la sangre. Las causas más frecuentes son la diabetes, la hipertensión esta daña los filtros, las pequeñas arterias y venas del órgano, lo que causa un deterioro del riñón. Entre otras se encuentran Infección renal, infecciones urinarias repetitivas, Lupus (enfermedades que afectan el sistema inmunológico del organismo), medicamentos, de uso prolongado como los analgésicos, la glomerulonefritis crónica, pielonefritis, enfermedad por riñón poliquístico o pérdida del tejido renal causado por traumatismo.

La existencia de terapias de reemplazo renal como la hemodiálisis y diálisis peritoneal pueden prolongar la vida de las personas, pero su calidad de vida es severamente afectada, otra de las opciones es el trasplante renal el cual aumenta la supervivencia de los pacientes, sin embargo es un procedimiento riesgoso que está asociado a un incremento en la mortalidad a corto plazo debido a las complicaciones quirúrgicas. En México la insuficiencia renal es una de las principales causas de atención hospitalaria ocupando el 4º lugar en hombres con 55033 casos y el 10º lugar en mujeres con 50924 casos en mujeres con una tasa de 115.0 y 101.5 por 100.000 habitantes en hombres y mujeres respectivamente, del sector público del sistema nacional de salud. Asimismo se reporta una mortalidad hospitalaria con los hombres en el 10º lugar con 1972 casos y una tasa de 155.8 x100.000 habitantes y en mujeres ocupando el 8º lugar con 1743 casos y una tasa da 62.5 x 1000.000 habitantes, en el sector público del sistema nacional de salud. Ocupando la nefritis y nefrosis el 10º lugar como causa de muerte en el país en el año 2000 y 9º lugar para el 2001.

Para prevenir esta enfermedad se debe tener un control cuidadoso de la presión arterial y la concentración sanguínea de glucosa, una dieta baja en proteínas y una reducción del peso corporal. Estas medidas pueden disminuir notablemente o inclusive prevenir el desarrollo de la enfermedad renal crónica.

El pronóstico de estos pacientes visto como datos epidemiológicos ha demostrado que todos causan aumentos de la mortalidad. La causa principal de muerte de estos pacientes: son por enfermedades cardiovasculares.

Considerando la gravedad de la enfermedad y lo posible que resulta un cuidado de calidad es importante desarrollar un proceso de enfermería, a una persona adulta en la necesidad de eliminación relacionada con enfermedad renal crónica, por las implicaciones de la enfermedad en su persona y por las necesidades de orientación y apoyo familiar. Este trabajo ayuda a comprender y a valorar el cuidado de la salud ante situaciones de enfermedad

Capítulo 2

2.1 OBJETIVOS

Objetivo General

Proporcionar cuidados holístico a una mujer adulta con alteración en la necesidad de eliminación relacionada con enfermedad renal crónica, mediante la aplicación de proceso enfermero y la implicación del apoyo familiar, que garantice la eficiencia en el cuidado.

Objetivos Específicos.

1. Realizar una valoración general con base en las necesidades que plantea Virginia Henderson.
2. Analizar los datos objetivos y subjetivos para elaborar una adecuada jerarquización de los mismos.
3. Construir los diagnósticos de enfermería reales, de riesgo y de bienestar, en base a los datos analizados.
4. Planear y ejecutar las intervenciones de enfermería, incluyendo las acciones independientes e interdependientes.
5. Evaluar los resultados de las intervenciones, así como cada una de las etapas previas.

CAPITULO 3

3.1 METODOLOGIA.

Para la construcción de este proceso de enfermería fue necesario investigar quién podría ser el candidato para la aplicación del caso clínico, así que investigue en la comunidad de Cojumatlán de Regules Michoacán y encontré a Doña María quien vive a cinco cuadras de mi domicilio, se encontraba afectada por la enfermedad renal crónica y recibe tratamiento con hemodiálisis tres veces a la semana

TIPO DE DISEÑO

Descriptivo - observacional

Porque narra de forma detallada la patología, actividades planeadas y ejecutadas junto con la usuaria durante un tiempo de trabajo estipulado, así como la teoría de Enfermería utilizada, problemas que se encontraron y conclusiones que se llevaron al finalizar el trabajo.

OBSERVACIONAL A CORTO PLAZO

Se dice que es observación a corto plazo porque se aplicó la observación directa en un lapso de tiempo de Enero del 2011 a Junio del 2011.

MODELO DE RELACION

El trabajo se basa en el modelo de Virginia Henderson y sus 14 necesidades, llevando a cabo el método de las 5 etapas del proceso enfermero que son valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

GUIAS DE VALORACION

Se utiliza el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson obtenidas de la Antología de Fundamentos de Enfermería tomo I, mismas que se anexan al final del trabajo.

TENICAS DE TRABAJO

Para completar la valoración se realizaron varias entrevistas a la usuaria y familiares que más conviven con ella y para realizar la exploración física se emplearon técnicas de: inspección, auscultación, palpación, percusión.

CAPITULO 4

4.1 MARCO TEORICO

4.2 ANTECEDENTES HISTORICOS DE ENFERMERIA

Desde los inicios de la humanidad, cuando el cuidado se centró en la preservación de la raza humana. Cuidar tenía como finalidad permitir la continuación de la vida y el desarrollo de la persona, del grupo y de la especie: de esta manera se luchaba contra la enfermedad y la muerte. En esta época, el cuidado no era propio del hombre o de la mujer, no era un oficio ni una profesión; hombres y mujeres se dedicaban a proveer el cuidado, más tarde con el abandono de la vida nómada y la consolidación del sedentarismo se establece la división del trabajo.

El nacimiento de la clínica también tuvo lugar cuando el hombre se hizo sedentario y se enfrentó a las creencias de lo bueno y lo malo, este pensamiento duro aproximadamente seis mil años después de la agricultura para extenderse ampliamente hasta la llegada de la Revolución Industrial, época en la que la figura del médico adquirió importancia para librar al hombre del mal; la sociedad inglesa delegó a los médicos la curación de los enfermos para asegurar su incorporación a la vida productiva en los talleres y las fábricas este hecho reforzó el reconocimiento del trabajo médico y el trabajo científico en sustitución de los cuidados para el mantenimiento de ayuda por los cuidados curativos fundamentados en descubrimientos científicos. (Colliere, 1996). Participar en el trabajo de asegurar la vida hasta hoy sigue siendo uno de los principales objetivos de enfermería.

4.3 LOS TIPOS DE PARADIGMAS

La construcción disciplinar de la enfermería ha experimentado diversos paradigmas reconocidos por estudios diferentes que son los que se mencionan a continuación.

El de la categorización (1900-1950) su énfasis se centra en la salud pública; se interesa en la persona y su enfermedad aunque más tarde disminuye su atención en la persona y se centra más en la enfermedad, esta etapa está muy ligada a la práctica médica y a la práctica de la enfermería dirigida por el gremio médico.

La bibliografía se sitúa desde el siglo XII hasta el siglo XIX. Se identifica la necesidad de mejorar la salud y controlar las enfermedades infecciosas, en esta época no se conocían sobre la propagación de las enfermedades infecciosas, las cuestiones espirituales y humanitarias motivaban la mezcla entre cuidados para el mantenimiento de la vida que no era tan conciente por el gremio de enfermería y los cuidados curativos que tenían como la prescripción médica (Kerouac, 2001).

En esta época surge Florence Nightingale retoma fuertemente los cuidados para el mantenimiento de la vida y continuar los cuidados para la curación, enfrente el desafío de organizar el servicio de enfermería en los hospitales de Inglaterra. Por sus conocimientos en matemáticas recopiló estadísticas sanitarias para implementar acciones que impactaron en la disminución de las tasas de mortalidad y morbilidad, en menos de seis meses las enfermeras ganaron respeto por el gremio médico en el hospital.

Nightingale se centraba en las personas sanas y enfermas; su visión era proporcionarles un mejor entorno para que las fuerzas de la naturaleza les ayudaran a la curación al mantenimiento de la salud, a la prevención de infecciones y a la enseñanza en modos de vida sana por lo que el control de las condiciones sanitarias fue su prioridad.

Ella consideraba a la persona según sus componentes; físicos, intelectual, emocional y espiritual, así como su capacidad y responsabilidad para modificar la situación existente. El aire fresco, la luz, el calor, la limpieza, el agua pura, la tranquilidad y la dieta los consideraba básicos para la movilización de la energía y la curación y para quien ya gozaba de salud le permitía la conservación de la misma.

Nightingale identificó la necesidad de establecer la primera escuela de enfermeras independiente del hospital; las estudiantes eran formadas para trabajar en el hospital, con la familia y la comunidad. En esta etapa la enfermera ayudaba al médico para la curación del cuerpo por lo tanto el cuidado estaba enfocado a resolver problemas e incapacidades y existía una dependencia médico-enfermera, el paciente era concebido por un todo por la suma de sus partes pero dividido en lo biológico, lo psicológico y lo social. El entorno era considerado hostil y causante de infecciones y enfermedad. Más tarde con el descubrimiento de los microorganismos 1683, por Alexander van Leeuwenhoek más tarde se descubren los antibióticos y los antisépticos teniendo como innovación el uso de métodos de asepsia y técnicas quirúrgicas con estas mejoras la estancia hospitalaria se disminuyó. Las enfermeras se interesaron en la investigación la organización de los cuidados y la estandarización las intervenciones de la enfermería “cuidados”. En esta época surgieron las escuelas de enfermería, primero integradas al hospital y después de manera independiente.

El paradigma de la integración se ubica entre 1950-1975, se caracteriza por: la urgencia de programas sociales y el desarrollo de los medios de comunicación, lo que favoreció la creación de la seguridad social y el reconocimiento de la necesidad de un servicio de enfermería humanizado (Kerouac, 2001). El servicio de enfermería se centra en el cuidado a la persona, la cual es definida

como un todo más que la suma de sus partes, con interrelación de los componentes biológico, psicológico y sociocultural.

Las intervenciones de enfermería se centran en resolver las necesidades del paciente, el cuidado a la salud y poniendo énfasis en lo físico, mental y social.

El paradigma de la transformación que abarca de 1975 en adelante, se caracteriza por la apertura de las fronteras, la mentalidad, el intercambio cultural, la movilización de dinero y de personas. A la persona se le considera como un ser indisoluble, único, mayor a la suma de sus partes y diferente a esta suma, capaz de ser agente de su propia salud y autocuidado. La enfermera interactúa con la persona en una relación de iguales, con respeto y reconociendo sus potencialidades para aprovecharla en beneficio de su salud y su desarrollo personal. Gracias a que la enfermería tiene historia, teoría, práctica, filosofía, método, cuerpo de conocimiento, lenguaje propio y tecnología, se ha convertido en una disciplina. (Siles pag 375)

4.4 CONCEPTOS DE CUIDADO

El cuidado es el objeto de conocimiento de la enfermería y criterio fundamental para distinguirlas de otras disciplinas en el campo de la salud. El adjetivo *caring*, en enfermería se utiliza para designar los cuidados profesionales, que la enfermera lleva a cabo y que suponen un compromiso humanista y un interés por los semejantes. Es un elemento esencial de la relación enfermera-paciente y la capacidad de la enfermera para empatizar y representa la principal característica de las relaciones profesionales.

Cuidar no consiste en imponer pautas de conductas ajenas a la persona, sino más bien, contribuir a la realización de su proyecto personal, de aquí se deriva un atributo del cuidado; “la

comprensión”. Cuidar es un acto de vida, que representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida permitiendo que se continúe y se reproduzca.

Cuidados de costumbres y habituales (*care*): son los cuidados permanentes y cotidianos (capacidades y habilidades) que tienen como única función mantener la vida se basan en todo tipo de costumbre y creencias de un grupo.

Cuidados de curación (*cure*): garantizan la continuidad de la vida, cuando se obstaculiza por: hambre, enfermedad, guerra, etc. Su objetivo es limitar la enfermedad, luchar contra ella y limitar sus causas.

4.5 ELEMENTOS PARA EL CUIDADO

Conocimientos. Se adquieren durante la formación, son importantes por ser la base de los cuidados, estos deben ser variados, para que puedan cubrirse de manera satisfactoria las necesidades de las personas, familias o comunidades.

Tecnología. Es el conocimiento de los instrumentos que emplea enfermería en su práctica, sus cuidados recurren a diversas tecnologías para su curación. El cuerpo es el primer instrumento usado por una persona para prestar cuidados por sus propiedades energéticas, mecánicas., etc. Este utiliza los órganos de los sentidos como son el:

Tacto: puede tocar, levantar, vendar, sentir, etc;

Oído: transmite mensajes, diferencia silencios anormales, oye llantos e intenta comprender el simbolismo de las palabras.

Vista: sitúa a las personas en su entorno, descifra mensajes enviados por el cuerpo.

Tecnología para el mantenimiento de la vida: compensa defectos funcionales, buscando dar una autonomía parcial o total a la persona cuidada. El conocerlos, utilizarlos, recomendarlos y enseñar a servirse de ellos, forma parte del dominio de los cuidados de enfermería.

Tecnología de curación: la utilizan los médicos, son ellos quienes la prescriben para que enfermería las lleve a cabo, "todo instrumento para la curación requiere una justificación de su utilización con respecto a la naturaleza del mal o del daño funcional que espera curar o suplir, centrándolo en las costumbres y actividades de la vida" (Colliere, 1996).

Tecnologías de información: utiliza instrumentos para recoger y organizar datos, para dar así continuidad y evaluar los cuidados.

Creencias y valores: Los cuidados están marcados por las concepciones, creencias y valores, estando vinculados tanto los que cuidan como los que requieren cuidados.

4.6 TEORIAS DE ENFERMERIA

Los elementos más importantes de la teoría de Virginia Henderson son los siguientes:

1. La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
2. Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
3. Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros" , esferas en las que se desarrollan los cuidados son

- | | |
|--|---|
| 1. Respirar normalmente: | 7. Mantener la temperatura corporal: |
| 2. Comer y bebe de forma adecuada: | 8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel: |
| 3. Eliminar por todas las vías: | 9. Evitar los peligros del entorno: |
| 4. Moverse y mantener una postura adecuada: | 10. comunicarse con los demás: |
| 5. Dormir y descansar: | 11. Actuar de acuerdo con la propia fe. |
| 6. Elegir ropas adecuadas, vestirse y desvestirse: | 12. Llevar a cabo actividades con un sentido de |
| 7. Mantener la temperatura corporal: | 13. Actuar en actividades recreativas: |
| | 14. Aprender: |

(Marriner,TA, Railes,AM 555 pp.)

4.7 BIOGRAFIA DE VIRGINIA HENDERSON

nació en 1897 en Kansas City, Missouri. En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington.

Se graduó en 1.921 y aceptó el puesto de enfermera domiciliaria en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.

En 1922 inicia su docencia de Enfermería.

En 1929 trabajó como directora docente en las clínicas de Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York.

En 1930 regreso al Teacher's College como miembro del profesorado para impartir cursos sobre el proceso analítico en enfermería y práctica clínica hasta 1948.

1948 hasta 1953 realiza la revisión de la quinta edición del textbook. Of the principles and practice of nursing de Bertha Harmer publicado 1939

En 1955 publica la sexta edición del texto que contenía la propia definición de Enfermería de Henderson.

En 1959 a 1971 dirigió el proyecto "Nursing Studies Index" auspiciado por Yale. Consta de cuatro volúmenes de textos biográficos, analíticos, e históricos de la enfermería de 1.900 a 1.959.

1960 Su folleto "Basic Principles of Nursing Care.

1966 publicó su libro "The Nature of Nursing" y en el define su concepto original y primordial de enfermería.

1978 publica la 6ª edición de "The Principles and Practice of Nursing".

1980 permanece activa como Emérita Asociada de Investigación en Yale. Los logros e influencia de Henderson en la profesión de Enfermería le han supuesto más de siete doctorados honorarios y el primer "Christiane Reimann Award". En Barcelona se la nombra Profesora Honoraria de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona. (García Pág. 323)

4.8 AFIRMACIONES TEORICAS

RELACIÓN ENFERMERA- PACIENTE: Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

La enfermera sustituta del paciente: este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a la falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

La enfermera como auxiliar del paciente: Durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.

La enfermera como compañera del paciente: en esta última relación muestra al paciente como una persona con potencialidades y recursos, capaz de idear junto con ella su propio plan de cuidados. Pero la enfermera supervisa y educa al paciente pero es el quien realiza su propio cuidado.

RELACIÓN ENFERMERA- MÉDICO

La enfermera tiene funciones independientes, diferentes de lo médicos aunque existen una gran relación entre el uno y el otro dentro del trabajo.

RELACION ENFERMERA- EQUIPO DE SALUD

El trabajo es en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidados al paciente pero no deben realizarse tareas que no le corresponden al personal de enfermería. (Hernández Pág. 152)

4.9 PROCESO ENFERMERO Y SUS ETAPAS

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La ciencia de enfermería tienen una amplia base teórica donde incluye el proceso de cuidados representa el medio de llevar a la práctica una serie de conceptos siendo un instrumento que exige la observación sistemática, el razonamiento sólido, buen juicio clínico y una planificación detallada.

El Proceso de Enfermería tiene sus orígenes, cuando por primera vez, fue considerado un proceso, esto ocurrió con Hall en 1955, Johnson en 1959, Orlando en 1961 y Wiedenbach en 1963, establecieron un proceso de tres etapas donde incluyeron la valoración, planeación y ejecución. Posteriormente Yura y Walsh 1967, integraron una nueva etapa sin descartar las tres anteriores y describiendo cuatro fases del proceso atención enfermería que son: valoración, planificación, realización y evaluación. Finalmente Bloch 1974, Roy 1975, Aspinall 1976 y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

CONCEPTO

El proceso de enfermería es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería. Es útil identificar los problemas del paciente para planear y efectuar en forma sistemática los cuidados de enfermería y para evaluar los resultados obtenidos con estos cuidados. Además es un método intelectual y deliberado, cuenta con una serie de etapas ordenadas lógicamente, que se utilizan para planificar cuidados personalizados dirigidos al bienestar de la persona, comunidad, o ambos. Los principales objetivos son:

- Establecer una estructura que pueda cubrir, las necesidades individuales de la persona.
- Identificar necesidades reales y potenciales de la persona.
- Establecer planes de cuidados individualizados.
- Actuar para resolver problemas y prevenir complicaciones.

Ventajas para la enfermera: define el campo del ejercicio profesional a partir de las normas de calidad de los cuidados de enfermería; logrando como resultado la satisfacción profesional de la enfermera, volverse experta en un área del cuidado y vivenciar el crecimiento profesional

Ventajas para el paciente: la enfermera motiva la Participación del paciente en su propio cuidado y así mismo lograr mejoras en su salud.

VALORACIÓN

Es el proceso organizado y sistemático de recolección y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen a la persona como fuente primaria, la familia, el expediente clínico o a cualquier otra persona que dé atención a la persona que este a nuestro cuidado.

Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, textos de referencia, información basada en la observación y la entrevista al paciente, dificultades o padecimientos actuales, así como sus hábitos, entorno y la relación que existe en su familia y así como otras fuentes que aporte información importante.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, no se olvide ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería.

Uno de los criterios de orden en la valoración es el de las catorce necesidades comenzando por los datos generales, luego la valoración focalizada en cada una de las necesidades y posteriormente con la exploración física que corresponde a cada necesidad.

Tipo de Datos:

Datos subjetivos: No se pueden medir y son los que expresa la persona. Lo dice sentir o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica (Sentimientos).

Datos objetivos: están constituidos por información real, observable, se pueden medir por cualquier escala o instrumento. (Murray, 1996).

Datos históricos: antecedentes, son hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento. Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.

Datos actuales: información sobre el problema de salud actual.

Métodos para Obtener Datos.

Entrevista clínica, tiene como objetivo obtener información sobre la persona. Existen dos tipos de entrevista:

Formal: consiste en una comunicación con un propósito específico, utilizando formularios ya establecidos, la enfermera realiza la historia del paciente.

Informal: es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La observación, Implica la utilización de los sentidos para la obtención de información de la persona, como de cualquier otra fuente significativa de su entorno. La observación es una habilidad que precisa, práctica y disciplina.

La exploración física, determina la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, se obtienen datos y valoran la eficacia de las actuaciones, se confirman los datos subjetivos de la entrevista. Para ello se utilizan cuatro técnicas:

Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos.

Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio.

Palpación: se utiliza el tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel.

Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos.

VALIDACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE DATOS

Este confirma si la información que se ha reunido es verdadera. Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados. Los datos observados y que no son medibles, se someten a validación confrontándolos con otros datos que apoyen o se contrapongan a los primeros. La organización de los datos, nos ayuda a identificar problemas y posibles diagnóstico de enfermería.

DOCUMENTACION Y REGISTRO DE LA VALORACIÓN

Es la actividad de informar y registrar los datos para dar un seguimiento al diagnóstico y tratamiento. Para tener éxito en esta función se deben respetar los siguientes lineamientos.

- Mantener la comunicación entre los profesionales del equipo de salud.
- Demostrar la calidad de los cuidados al poder compararse con las normas de calidad establecidas.
- Permitir la evaluación para la gestión de los servicios de enfermería, incluida la gestión de la calidad.
- Evidencia de carácter legal.
- Permitir la investigación en enfermería

Para una correcta anotación de registros, en las hojas de enfermería se deben de seguir las siguientes normas de acuerdo con Iyer, (1989):

- 1) Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
- 2) Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- 3) Evitar las generalizaciones y los términos vagos (normal, regular).
- 4) Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma, tamaño.
- 5) La anotación debe ser clara y concisa.
- 6) Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.

- 7) Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente.
Se usarán solo las abreviaturas de uso común.

DIAGNÓSTICO

Juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales o a procesos vitales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de intervenciones enfermeras para lograr los resultados de los que la enfermera es responsable". (NANDA, 1994). Problema de salud real o potencial que las enfermeras en virtud de su formación y experiencias son capaces de tratar y están autorizadas para ello". (GORDON, 1976)

Declaración que describe una respuesta humana real o potencial de los procesos vitales que las enfermera identifican y disponen de actividades que reduzcan, prevengan o eliminen que son de dominio legal y educativo de Enfermería (CARPENITO, 1989)

Manejo del formato PES

P: Problema: Etiqueta diagnóstica.

E: Etiología: Relacionado con (R/C).

S : Signos y Síntomas: Manifestado por (M/P).

TIPOS DE DIAGNOSTICOS

Real: Representa un problema que ha sido clínicamente validado mediante el cumplimiento de características definitorias, es decir evidencias de signos y síntomas propios del diagnóstico. Enunciado en tres partes:

Etiqueta diagnóstica + r/c factores relacionados + m/p signos y síntoma

Ejemplo: Dolor crónico relacionado con su proceso degenerativo muscular manifestado por alteración en la capacidad de seguir con las actividades previas.

La presencia en el enunciado de signos y síntomas valida la existencia de un diagnóstico real

Riesgo: Describe un juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo o grupo a presentar un problema.

Los datos de la persona contienen evidencias de factores relacionados, pero no hay evidencias de las características definitorias (signos y síntomas). Si las hubiera sería un diagnóstico real, no de riesgo. Y se encuentra enunciado en dos partes:

Riesgo de... Etiqueta diagnóstica + r/c factores relacionados. Ej. Riesgo de impotencia r/c la disminución de su fuerza física

Bienestar: Juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado.

Disposición para mejorar.... Etiqueta diagnóstica

Ejemplo: Disposición para mejorar el desempeño del rol parental. (morion johson Pág. 693)

Posible: Para Carpenito estos diagnósticos son opciones que presenta la enfermera para indicar la presencia de algunos datos para confirmar un diagnóstico, aunque en ese momento son insuficientes.

Posible: Etiqueta diagnóstica. **Ejemplo:** Posible déficit de autocuidados: vestido / acicalamiento

SINDROMES DIAGNÓSTICOS.

Se usa cuando el diagnóstico se asocia a otros diagnósticos de idéntico peso dentro del problema, formando un grupo.

Síndrome.... Etiqueta diagnóstica. Ejemplo: Síndrome traumático de violación

PROBLEMAS DE COLABORACION

Son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con otros profesionales para su tratamiento. “ Los problemas de colaboración se refieren a ciertas complicaciones fisiológicas, que controla el personal de enfermería, para detectar su aparición o cambios en su estado. Las enfermeras manejan los problemas en colaboración, utilizando intervenciones prescritas por médicos e intervenciones prescritas por el personal de enfermería, para reducir al mínimo las complicaciones de los acontecimientos”(Carpenito, 1989)

Componentes del diagnóstico

Etiqueta: nombre.

Características definatorias: signos y síntomas observables y verificables identificados durante la valoración.

Factores relacionados: elementos que tiene una relación directa o indirecta con el Diagnóstico Enfermero.

Factores de riesgo: elementos que aumentan la vulnerabilidad.

Ventajas de utilizar los Diagnósticos Enfermeros.

4.10 CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA

- El lenguaje de los diagnósticos describe lo que las personas están experimentando.
- Los diagnósticos pueden ser usados para predecir el cuidado que los pacientes necesitan.
- Los diagnósticos pueden vincularse con los resultados e intervenciones con el fin de evaluar el cuidado del paciente.
- Pueden incluirse en los sistemas de información.
- Permite avanzar en el conocimiento de la disciplina enfermera

4.11 TAXONOMIA

El método por el que se organizan los diagnósticos enfermeros es el llamado sistema de clasificación o taxonomía diagnóstica. La taxonomía diagnóstica tiene tres niveles:

Dominios: Un dominio es “una esfera de actividad, estudio o interés”. Hay 13 dominios.

Clases: Una clase es “una subdivisión de un grupo mayor; una división de personas o cosas por su calidad, rango o grado”. Hay 46 clases.

Diagnósticos: es un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales o a procesos vitales. Los diagnósticos enfermeros

proporcionan la base para la selección de intervenciones enfermeras para lograr los resultados de los que la enfermera es responsable. Hay 167 diagnósticos a los que se han añadido algunos más en la última edición 2005-2006

PLANEACIÓN

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo cuidados de enfermería, que conduzcan a la persona a prevenir, reducir o eliminar las necesidades. Según la prioridad de los diagnósticos se agrupan en tres categorías:

Alta Prioridad: problemas de riesgo vital, por ejemplo paro cardíaco.

Mediana Prioridad: suponen una amenaza para la salud.

Baja Prioridad: surge de necesidades normales del desarrollo, requiere apoyo mínimo de enfermería. (Kozier, 1999).

La planeación incluye las siguientes sub-etapas:

Establecer prioridades en los cuidados. Es el proceso en el que se determina un orden jerárquico de las necesidades afectadas. Las prioridades asignadas no son inmutables, van cambiando a medida que cambian las respuestas del paciente, los problemas y el tratamiento.

Planteamiento de los objetivos de la persona con resultados esperados:

Describe lo que la enfermera espera conseguir al realizar las intervenciones. Una vez que hemos jerarquizado las necesidades o

problemas a tratar, debemos definir los objetivos a cumplir con respecto a cada problema, teniendo presente que el fin de los objetivos son:

- Dirigir los cuidados.
- Proporciona un plazo para las actividades planificadas
- Servir como criterio para evaluar el progreso del paciente
- Medir la eficacia de las actuaciones.

Normas generales para la descripción de objetivos

- La formulación debe ser simple, clara y concisa.
- El objetivo debe ser propio de una persona
- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- La formulación debe indicar un plazo preciso para la realización del objetivo.
- Debe evolucionar con la situación.
- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar.
- Elaborar objetivos cortos. (marcar modelos y teorías de enfermería)

Existen tres tipos de Objetivos:

Objetivos de enfermería: Lo que se espera que logre la enfermera. Van dirigidos a los cambios biofisiológicos, que experimenta la persona y de su sensibilidad a la respuesta emocional, psicológica e intelectual.

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

Objetivos a corto plazo: son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Son adecuados para establecer la atención en situaciones de urgencia cuando las personas son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.

Objetivos a mediano plazo: requieren semanas o meses, podemos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.

Objetivos a largo plazo: son los resultados que requieren de un tiempo más prolongado. (Kozier, 1999).

Objetivos del paciente: Los cambios que logre el paciente, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados, estos deben ser alcanzables, medibles y específicos.

Elaboración de las intervenciones de enfermería.

Son actividades necesarias para favorecer, mantener o restablecer la salud de la persona. La persona y los familiares deben participar, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. El plan se individualiza enfocándolo en el factor relacionado, en las fuerzas y debilidades del paciente y en la gravedad y urgencia de su estado. Para lo cual se realizan diferentes intervenciones contando con el equipo de salud para realizarlo:

Intervenciones independientes: es toda acción reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales.

Intervenciones dependientes: incluye problemas que son responsabilidad directa del médico, el designa las intervenciones que debe realizar la enfermera.

Intervenciones interdependientes: trabajan y colaboran en el tratamiento, las enfermeras y otros profesionales de la salud. (Kozier, 1999)

Documentación en el plan de cuidados de enfermería. El plan de cuidados de enfermería, es un método de comunicación de la información importante sobre la persona, su objetivo es servir como anteproyecto para dirigir las actividades de enfermería, coordina y se utiliza como instrumento de comunicación entre los profesionales. (Iyer, 1997). Todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria.

EJECUCIÓN

Es la etapa de realización del plan de cuidados, en ella se inician las intervenciones previstas en el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

Validación del plan de atención: Se necesitan fuentes apropiadas para validar el plan como: miembros del equipo de salud más expertos, el paciente.

Documentación del plan de cuidados: Debe estar escrito y al alcance de los miembros de salud. Actualmente se utilizan distintos tipos de plan de cuidados, los más comunes son:

- Individualizados: son impresos y divididos en columnas destinadas para el diagnóstico de enfermería, los resultados esperados y las acciones de enfermería. En los planes.

- Estandarizados: con modificaciones, los diagnósticos de enfermería, los resultados esperados y las acciones se especifican utilizando espacios en blanco para completar.

Mantener el plan de cuidados actualizado: Enfermería tiene la responsabilidad de la ejecución del plan y en esta fase se realizarán todas las intervenciones dirigidas a la resolución de las necesidades a fin de promover la salud.

EVALUACIÓN.

Se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud de la persona y los resultados esperados. Al medir el progreso, nos damos cuenta de los resultados obtenidos y de la eficacia de sus actuaciones. El proceso de evaluación consta de:

- La obtención de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados. Emitir un juicio sobre la evolución de la persona hacia la consecución de los resultados esperados (Phaneuf, 1999). Tiene como finalidad asegurar cuidados de calidad verificando continuamente la pertinencia de las intervenciones, dando la oportunidad de realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva. (Murray, ME, Atkinsón,. Pág. 225.)

4.12 CAMBIOS PSICOLOGICOS EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA

Los estudios realizados revelan que en estas personas, al inicio de su vida con diálisis o hemodiálisis, existe una gran necesidad de información y de búsqueda de elementos cognoscitivos relevantes para hacerse una correcta representación de su enfermedad y su tratamiento. Se conforman en esta etapa la actitud hacia la enfermedad, el estilo de enfrentamiento.

Se producen también alteraciones de la esfera cognoscitiva debidas a diferentes causas orgánicas. A nuestro juicio, las condiciones objetivas de la enfermedad y la nueva situación social en que ésta coloca al enfermo, propician la aparición de regularidades psicológicas que han sido denominadas como Cuadro Interno de la enfermedad, pero que en cada enfermo en particular estará determinado por las características y el funcionamiento de su personalidad.

ETAPAS DE LA ENFERMEDAD RENAL

Rolland destaca tres fases diferenciadas en una enfermedad:

Etapas de crisis

En la primera etapa o etapa crítica, se produce el primer contacto con la enfermedad renal y los sistemas sanitarios generales y de Nefrología. En esta etapa se inicia la relación enfermera-paciente, se solicita y se recibe la información sobre el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad y se activan las respuestas de emergencia tanto en el ámbito individual como familiar.

Comienza en suma, el proceso de aprendizaje de convivir con la enfermedad. Se produce un primer momento de desorganización

extrema (confusión, ambivalencia, sentimientos de soledad, angustia) que conducirá a alguna forma de reorganización negativa o positiva para el enfermo y su familia. Este estado de conmoción influye en la calidad de las relaciones y la comunicación con el mundo exterior obstaculizado incluso la petición de información al médico.

La falta de éxito de los procedimientos usuales para resolver problemas, producen un aumento considerable de la tensión, de los sentimientos de trastorno e ineficacia.

Cuando la tensión se incrementa, se movilizan otros recursos en el intento de reducir los niveles de ansiedad que se han desencadenado a partir del anuncio de la enfermedad. El mecanismo utilizado puede consistir en redefinir el problema, renunciar a objetivos previos que parecen incompatibles con la situación actual, etc. Si ninguno de los mecanismos activados, es efectivo, la tensión continúa incrementándose dando como resultado una desorganización emocional grave.

El estado de crisis, está limitado en el tiempo. El equilibrio se recupera en un plazo de tiempo de cuatro a seis semanas, aunque resulta importante diferenciar entre el logro de la restauración del equilibrio, y la resolución de la crisis.

Realmente son la inestabilidad y la desorganización inicial las que están determinadas por el tiempo, aunque se tarde mucho más en resolver la situación de crisis. El restablecimiento del equilibrio, no garantiza la funcionalidad de la respuesta sea ésta individual o familiar. Todos los sistemas de vida tienden a regresar a un estado de equilibrio o de homeostasis, Los sistemas vivos se caracterizan por la capacidad de lograr el mismo estado final aunque bajo diferentes

condiciones y a través de rumbos distintos. Se trata de un principio de causalidad múltiple.

Muchas veces el equilibrio se restaura de un modo disfuncional, todo lo cual repercutirá en el funcionamiento individual y familiar futuros. Cada conducta o síntoma sirve a alguna función de modo que es importante observar la posibilidad de que los intentos de una familia por resolver una crisis, pueden estar manteniéndola, en lugar de encaminar los recursos al logro de una solución. La enfermedad no sólo amenaza a la integridad física del enfermo, sino también a su salud psíquica y la de su grupo familiar. Algunos autores afirman que la salud mental de una persona se debe en función de múltiples factores, entre los que destaca la forma en que se han resuelto las crisis en el pasado.

Slaikeu afirma que teóricamente se puede hablar de tres posibles resultados de una crisis: el cambio para mejorar, empeorar o regresar a niveles previos de funcionamiento.

La resolución de la crisis tanto en el ámbito individual como familiar se centran en lo siguiente:

- Restauración del equilibrio,
- El dominio cognitivo de la situación
- El desarrollo de nuevas estrategias de afrontamiento,
- Cambios de conducta y uso apropiado de los recursos externos.

Una perspectiva cognitiva de la crisis desencadenada por la enfermedad, sugiere cómo el enfermo percibe la crisis, en especial cómo el proceso repercute en la estructura de la existencia personal y hace que la situación sea crítica para él y para su modo de enfocar la vida y las dificultades. No es simplemente la naturaleza del suceso lo

decisivo para comprender el estado de crisis. Para entender las reacciones emocionales y conductuales de un enfermo y su familia hace falta entender cómo la enfermedad es percibida por el que la padece y su entorno, cómo viola las expectativas y proyectos vitales y cómo se descubren con la irrupción de la enfermedad, el carácter inconcluso de ciertas decisiones personales.

Etapa crónica

En la segunda etapa, la crónica, se produce una reorganización de los roles familiares, las funciones que venía desempeñando el enfermo se redistribuyen en el resto de los miembros del sistema familiar, permitiendo que éste reasuma dichas funciones en los momentos de remisión/estabilización de la enfermedad. Es el momento también en que se produce la designación, aceptación del rol de cuidador principal y todo el esfuerzo del grupo, se centra en mantener la enfermedad en su lugar, tratando de activar los mecanismos individuales y familiares de control y afrontamiento de la enfermedad.

Es una etapa en la que la familia y el enfermo reciben apoyos provenientes del exterior, de la red social, en forma de información, ayuda material, emocional, etc. En el caso de las enfermedades crónicas, se han descrito una serie de alteraciones producidas en la familia por el impacto de la enfermedad. Siguiendo a Minuchin y Fishman, estas alteraciones pueden ser de tres grandes tipos:

Alteraciones estructurales

El desarrollo en la familia de coaliciones y exclusiones emocionales, la adhesión a patrones rígidos de funcionamiento y el hecho de que las necesidades de la familia se someten a las del paciente. Estos patrones que en principio se pueden estructurar de una manera

rígida, como un primer intento de afrontar la crisis, pueden ir progresivamente "cronificándose" con formas que consolidan la falta de flexibilidad. Esta situación impide pasar de una situación o reacción de crisis, a una configuración más crónica.

Las respuestas de emergencia, típicas de la crisis, que supone una movilización intensa de recursos físicos y emocionales, se mantienen en la fase crónica, casi sin modificación, con el consiguiente desgaste y deterioro de las relaciones personales. Navarro dice que en estos casos, pareciera como si la enfermedad hubiera invadido la familia, interrumpiendo su curso y evolución normal, impidiendo el desarrollo de planes y proyectos. La familia fracasa al intentar 'mantener la enfermedad en su lugar', ésta se cuela en todos los intersticios de las relaciones, instaurándose relaciones disfuncionales, con importantes repercusiones para todos.

En el caso del cuidador primario y el miembro de la familia enfermo, se establece entre ellos una relación estrecha que a veces excluye a otros miembros de la familia. Entre estos patrones rígidos hay que destacar también, la característica de sobreprotección del enfermo y la llamativa dependencia que se establece entre cuidador y enfermo. En nuestra experiencia, la dependencia que aparece al principio de una sola dirección, es decir la dependencia del enfermo a su cuidador primario, con el tiempo, es de doble dirección ya que la vida del cuidador se empobrece y se circunscribe al enfermo, con el consiguiente establecimiento de la dependencia mutua.

La sobreprotección es un mecanismo típico de emergencia y por lo tanto de las situaciones de crisis. Se exige durante un tiempo al paciente de realizar cualquier tipo de esfuerzo o tarea, siendo sustituido por otro u otros miembros del grupo familiar de manera transitoria. El enfermo puede vivir esa sobreprotección como limitadora de la vida normal, pero también a veces como un amparo

necesario ante el tremendo desgaste que supone enfrentar la minusvalía que produce la enfermedad o el miedo a la muerte. Es deseable que esta protección a veces necesaria, sea sustituida por una progresiva recuperación de responsabilidades acordes al grado de déficit que ha producido la enfermedad. Otro aspecto a tener en cuenta en el tema del aislamiento social, se refiere al significado que la cultura proporciona a una determinada enfermedad en un momento histórico específico. La adaptación en el ámbito social requiere aspectos relacionados con la gente, sus expectativas, temores, actitudes, tolerancia y estos factores siempre tienden a tener al enfermo bajo amenaza. Esta diferencia entre el problema en sí y cómo el problema es visto o tolerado por los demás, ha llevado a algunos autores a distinguir entre discapacidades y minusvalías. (Shearer, 1981) De esta forma una persona podría estar discapacitada por razones físicas o mentales, pero el hecho de que sean minusválidos dependerá de las actitudes sociales. Por supuesto, también hay que tener en cuenta las expectativas que tengan sobre sí los propios enfermos.

La red familiar y social se ve sacudida por una especie de "onda de choque" que tiene un importante compromiso emocional en la que pueden distinguirse elementos de confusión, impotencia, soledad, ira, que en un primer momento, son difíciles de discriminar y organizar. De ahí la importancia que tiene una adecuada información por parte de los profesionales de la sanidad. Los médicos entre otros, desempeñan un papel fundamental incorporado a instituciones sanitarias públicas y en contacto estrecho con el enfermo y su cuidador primario. Es una pieza clave en el proceso no sólo por su capacidad diagnóstica y terapéutica, sino por su capacidad potencial de detección de riesgos de morbilidad psíquica y de actuación a un nivel preventivo. En el caso del enfermo mental grave que vive con su familia, numerosos trabajos han tratado de determinar el gran

coste emocional experimentado por los familiares involucrados en el cuidado de pacientes con enfermedades mentales crónicas.

La red sanitaria forma parte de la red social, estableciendo contactos de gran complejidad con el enfermo y su familia. Como se ha demostrado en algunos trabajos, pocas situaciones en la vida son tan estresantes y colocan al individuo en un estado tal de vulnerabilidad, como encontrarse enfermo, ingresado en un hospital. Entre los factores que han sido estudiados, se encuentra el tan importante problema de la información y del consentimiento informado. El curso final de la resolución de la crisis, la forma en cómo el suceso se interpreta y afronta tiene relación con la propia dinámica interna familiar, con los recursos propios de cada grupo para el cambio, pero también con ayudas que provienen del exterior, de la sociedad. Esta ayuda puede ser de índole material en forma de asesoramiento acerca de los apoyos sociales que se pueden pedir desde cuestiones tan básicas como limpieza de la casa, ayuda económica, transporte, etc. o toda la variada gama de solicitudes de ayuda enunciadas arriba.

Cuando uno de los miembros de una familia enferma, comienza un proceso complicado de reestructuración del grupo que incluye intensas negociaciones y pactos con el objeto de cubrir de manera transitoria o permanente el papel y las funciones que venía desempeñando hasta el momento, el enfermo. La complicación del proceso está determinada por la importancia de los roles y funciones en juego y también por la flexibilidad que el enfermo y la familia tengan en general para los cambios. De esto se puede deducir por ejemplo, que los cambios estructurales son más importantes cuando el que enferma es el padre de una familia.

Alteraciones procesuales

Uno de los retos más importantes con el que se enfrenta la familia es compatibilizar la tarea evolutiva propia con la atención a la enfermedad renal. Como ya se ha expuesto, la enfermedad produce un impacto emocional, tanto en el miembro del grupo que enferma, como en su entorno familiar, produciéndose una interrupción del ciclo vital individual y familiar. La enfermedad impone una serie de tareas y un desgaste emocional propio que lleva a la familia a tratar de adaptarse a la nueva situación sea ésta de pérdida de capacidades de uno de sus miembros o incluso la muerte del mismo. La familia en su totalidad pierde su identidad como sana y fuerza la aparición de movimientos grupales de tipo centrípeto. Si la aparición de la enfermedad coincide con un momento centrífugo de la familia, ésta tendrá que activar mecanismos de orden inverso como mecanismo adaptativo de enfrentamiento a la enfermedad. Y si coincide con un momento centrípeto, como mínimo, prolongará esta etapa. Para la mayoría de los autores que trabajan con esta hipótesis, el movimiento centrípeto sea cual sea la etapa que esta viviendo la familia, es una respuesta adaptativa normal. Y la consideración de movimiento patológico sobreviene cuando esta situación se cronifica, se enquistada, impidiendo el desarrollo del ciclo evolutivo normal. En el peor de los casos se atascarán en este período.

Este super sistema familiar, a raíz de la enfermedad, entra en contacto con otros sistemas de tipo social como son las instituciones sanitarias, servicios sociales y comunitarios, etc. Al parecer el papel de la ayuda que proviene del exterior en la figura del médico entre otras, se convierte en único, al auxiliar a la familia y al enfermo en el abordaje de estos cambios que se producen en todos los sistemas descritos.

La enfermedad renal se incluiría dentro de las llamadas crisis circunstanciales, entendiendo con ello, su carácter de accidental e inesperado. Es indudable que los patrones de respuesta que se dan tanto en el ámbito individual como grupal, se estructuran de una manera que tienden a perpetuarse, estereotiparse, con la consiguiente dificultad para el cambio. Alteraciones de la respuesta emocional Indudablemente, al considerarse a la crisis como una situación que entraña al mismo tiempo un peligro y una oportunidad, existen un elevado número de familias que la presencia de la enfermedad en uno de sus miembros, les ha conducido a mejorar sus lazos familiares y personales. La enfermedad de uno de los miembros de la familia, supone una reorganización emocional. Los sentimientos de amor y enfado, de control o dependencia, deben distribuirse de otro modo. No se puede disponer del miembro enfermo, por lo menos transitoriamente, para descargar o recibir estos afectos y emociones y debe buscar para ello, a otros miembros del grupo.

Alteración de la respuesta emocional.

Esta enfermedad determina una respuesta emocional que tiene que ver con las características de dicha enfermedad, con su curso, como ya hemos expuesto y también con los recursos individuales, familiares y con la calidad de ayuda que se recibe desde las instituciones o sistemas que tienen contacto con la situación. La enfermedad actúa como catalizador de las emociones de todos los miembros de la familia. Estas respuestas emocionales tienen múltiples orígenes: en el propio núcleo familiar, historia previa, tipo de lazos afectivos, los recursos individuales de cada uno, pero también tienen que ver y esto no hay que olvidar, con el tipo de enfermedad, los tratamientos prescritos, el éxito o fracaso de los mismos en el marco de los cuidados paliativos, los problemas surgidos con los profesionales de la salud con los que se ha

establecido contacto, el tipo de información recibida, la experiencia con las instituciones sanitarias sean hospitalarias o ambulatorias, el apoyo social, económico, etc. Slaikou y Kimbrell analizaron distintos aspectos de la bibliografía sobre las repercusiones individuales y familiares de la enfermedad crónica, proponiendo intervenciones que refuerzan en lo posible el bienestar último en lugar del desarrollo de un papel de enfermo. Estos autores indican la necesidad de que los médicos orienten sus intervenciones a considerar la enfermedad dentro del contexto de las experiencias generales de la vida en lugar de centrarse en la enfermedad de modo exclusivo. Esta sugerencia nos parece muy útil, pero implicaría un cambio importante en la formación actual del personal sanitario en nuestras universidades que en general parecen más orientadas a medicalizar procesos que tienen connotaciones sociales como la salud, la enfermedad o la muerte. En cuanto a las relaciones enfermo-familia, Navarro destaca tres grandes temas, que nos parecen por su amplitud e importancia, los más significativos y que se describen a continuación:

1. Ambivalencia.

La ambivalencia es definida por este autor como el resultado "de la discrepancia entre los sentimientos que los familiares deberían tener por razones sociales, culturales, religiosas e incluso personales y los que de hecho tienen". La familia desea por una parte ayudar a su miembro enfermo y al mismo tiempo, se le percibe como una carga que dificulta la propia evolución personal. Hay que tener en cuenta que el enfermo manifiesta de una u otra forma, su sentimiento de impotencia y en general, el tipo de repercusiones emocionales que despierta la enfermedad y esto a veces resulta intolerable, insostenible para el resto de la familia. Muchas veces esta situación de impotencia y sobrecarga que vive la familia, frustra sus deseos de ayudar plenamente al miembro enfermo. Esta situación alcanza

niveles más peligrosos cuando el cuidador principal se ha hecho cargo de manera absoluta del enfermo sin periodos de respiro, situación de alto peligro de morbilidad tanto física como psíquica para el cuidador y/o el enfermo, produciendo cuadros depresivos o simplemente el abandono del miembro enfermo ante la incapacidad del cuidador desbordado.

2. Conspiración de silencio

En este capítulo se alude al hecho de que ciertos contenidos son mantenidos en silencio por miembros de la familia. Ésta puede sentir que manifestar sus verdaderas emociones en torno a la enfermedad, puede resultar incompatible con la situación física o psíquica del enfermo. La sensación es que no se pueden manifestar sentimientos negativos por temor a hacer daño al paciente, aumentar su percepción de ser una carga para todos. De ese modo, muchas familias se estructuran alrededor de un falso sentimiento de armonía y bienestar, con una sensación irreal de participación del enfermo en la vida familiar, falsedad captada incluso por el propio enfermo. La enfermedad parece paralizar muchas situaciones y en este caso, no se revisan cuestiones pendientes entre los miembros de la familia ocurridas antes o después de la irrupción de la enfermedad, con la consiguiente acumulación de asuntos pendientes. En estas familias, la ocultación de los sentimientos considerados negativos, lleva a un importante problema de incomunicación entre sus miembros, que puede ser percibido como abandono o desamor por parte del propio enfermo en cuyo beneficio hipotético, se ha instaurado esta conspiración de silencio. En este mecanismo de conspiración pueden entrar tanto familiares como profesionales de la salud y afecta a múltiples áreas que tienen relación con el diagnóstico, curso, pronóstico de la enfermedad, con relación al enfermo y a veces a algún otro miembro de la familia que se excluye parcial o totalmente

de la información. El tema de la información del diagnóstico al paciente es un tema que ha causado muchas controversias y que ha sido estudiado desde múltiples perspectivas que van desde las repercusiones psíquicas hasta los problemas éticos que se plantean. No entraremos aquí en esta polémica, aunque si nos parece importante puntualizar que nos parece de gran importancia el tema del mantenimiento de la esperanza, aún en situaciones extremadamente graves como única manera de posibilitar el mantenimiento del tratamiento, o la dignidad en la última etapa de la vida o la muerte.

3. La sobreprotección

Se trata de otro mecanismo de defensa que activan los familiares de un enfermo renal. Se refiere a tratar de evitar al paciente desde esfuerzos físicos, desgaste emocional, interacción con el exterior, tratándoles como una persona mucho más incapacitada de lo que realmente está. El paciente tiende a actuar acorde a estas expectativas o a resistirse, con el consiguiente conflicto. Esta actuación se ve incrementada sobre todo en el cuidador principal que en algunos casos llega a usurpar funciones de tal modo, que poco tienen que ver con la situación real del enfermo, generando sentimientos de inutilidad e invalidez. Este mecanismo conduce a la regresión del enfermo que se infantiliza, aumentando la dependencia del grupo familiar en general y del cuidador principal en particular, obstruyendo gravemente el desenvolvimiento normalizado del paciente, produciendo una importante interrupción y regresión del ciclo vital del enfermo y de su cuidador.

El duelo o pérdida de identidad de persona o familia sana.

Navarro define al duelo en este sentido, como "la pérdida de la identidad como familia o persona sana". Se tienden a perder

objetivos vitales muy importantes. Se tiene la creencia de que una vez que la condición crónica ha disuelto la confianza en el correcto funcionamiento del cuerpo, se pierde o queda cuestionado todo aquello que estaba ligado a ese buen funcionamiento. Se trata de la captación de una realidad difícil, en contradicción con la realidad deseada.

Etapa terminal

Es la tercera etapa en la que la familia se centra fundamentalmente en el apoyo emocional y físico al miembro enfermo, estableciendo mecanismos de duelo anticipado. Se produce una recapitulación, se finalizan los asuntos pendientes y la familia activa procesos que posibiliten y garanticen su continuidad. No todos los procesos de duelo presuponen crisis.

EL CUIDADOR PRIMARIO

La función presupone una gran entrega y abnegación. Se establece una estrecha relación entre el enfermo y su cuidador y se intenta que la familia continúe funcionando en términos similares a antes de la irrupción de la enfermedad. Esta relación tan peculiar está marcada por una profunda ambivalencia y dependencia mutua. Numerosos autores han planteado los problemas que se derivan de la función del cuidador principal. Uno de ellos es la compatibilidad entre la función y el proyecto de vida personal del cuidador. A mayor divergencia entre ambos, más riesgo de morbilidad psíquica y mayor conflicto en las relaciones. El "respiro" es un tiempo necesario para garantizar la salud mental del cuidador principal, su recuperación física y garantizar la continuidad dentro de lo posible, de su evolución individual y el logro de sus proyectos. (Página web)

CAPITULO 5

5.1 APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO A LA USUARIA.

DATOS GENERALES

Mujer de 48 años, casada, madre de 2 hijos varones de 25 y 20 años que estudian en la universidad de Morelia. Vive con su marido, termino la carrera de secretaria empresarial, ahora jubilada de ejecutiva de servicios de la caja de ahorros mexicana y dedicada al hogar, originaria y residente de Cojumatlán de Régules Michoacán, de religión católica. Su padecimiento comenzó en el mes de mayo del 2003, con edema de miembros inferiores en ese momento ella desconocía la existencia de alguna enfermedad, acudió a consulta con su médico familiar de la clínica del IMSS el cual decidió realizar estudios de laboratorio con una hemoglobina 11.5.

Le diagnosticaron insuficiencia renal crónica, por lo que deciden internarla para instalarle un catéter de markukas, posteriormente fue dada de alta con un tratamiento: furosemida 20mg una tableta cada 8 hrs., omeprazol 15 mg una diaria en el desayuno, nifedipino capsulas una diaria, paracetamol una cada 8 horas.

A un mes volvió a la clínica por obstrucción del catéter por lo que reingresa al hospital. El médico tratante decide transferirla a Morelia para que se lleve le realicen la hemodiálisis los días; lunes, miércoles y viernes, por la distancia solicitan el cambio Zamora Michoacán. El día 2 de enero del 2011 se hace el acuerdo con la paciente para trabajar su proceso de cuidados a partir de esta fecha.

5.2 VALORACION 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

Necesidad de oxigenación

Su ritmo respiratorio es de 20 por minuto, su frecuencia cardiaca de 72 latidos por minuto, su presión arterial 110/70 y un llenado capilar menor a 2 segundos, refiere dificultad respiratoria hipotensión y ansiedad durante la hemodiálisis y en ocasiones requiere de oxigenoterapia por lo que cuenta con un tanque de oxígeno portátil.

A la auscultación los campos pulmonares con buena ventilación, buena coloración de tegumentos.

Necesidad de nutrición e hidratación

Su dieta se basa en verduras 5_ 7 veces a la semana, carne 3 veces a la semana pollo, pescado y carnes rojas, frutas y cereales diario, 2 tortillas en desayuno, comida, cena y la mínima ingesta de agua, realiza dos colaciones y su fruta favorita es la piña y la sandía, refiere gastritis e intolerancia a los alimentos con irritantes y condimentos.

Se observa abdomen globoso, se escuchan ruidos peristálticos normales, la mucosa oral esta hidratadas, hay ligera palidez de tegumentos, edema en párpados, extremidades superiores e inferiores. Su peso corporal es de 77 kilogramos, y su talla 1.63. mts los datos de laboratorio refiere una hemoglobina 11.5, glucosa de 95mgdl.

Necesidad de eliminación

Evacua 2 veces al día al levantarse y al acostarse de color amarilla o marrón de consistencia normal, orina una vez al día con características de color claro no refiere dolor, ardor, menciona que la

orina es en goteo. Extracción de agua por medio del tratamiento de hemodiálisis.

Necesidad de termorregulación

Tienen una temperatura de 36 C, refiere dificultad para adaptarse a los cambios de clima, refiere sentir frialdad en la piel, escalofrío y cuando hace calor su transpiración es anormal porque presenta más sudoración de cara y cuero cabelludo.

Necesidad de moverse y mantener una buena postura

No realiza ninguna actividad física. A la observación presenta poca condición, cansancio y un incremento de la presión arterial 150/90 en respuesta a la actividad. Presenta fatiga y debilidad para realizar actividades domésticas como lavar, trapear y barrer dentro de su hogar, menciona mareos al agacharse a levantar algún objeto.

Necesidad de descanso y sueño.

Duerme 9 horas diarias, realiza 2 siesta durante el día y menciona sentirse descansada cuando se levanta. A la observación con presencia de ojeras y bostezos continuos. Se encuentra consciente, tranquila, con buena concentración y buena respuesta a estímulos.

Necesidad de uso de prendas de vestir adecuadas

La usuaria selecciona sus prendas de vestir, refiere que influye mucho su estado de ánimo para su arreglo facial (maquillarse), viste ropa adecuada para su edad y su personalidad.

Necesidad de higiene y protección de la piel.

La señora María realiza baño diario al levantarse y el cepillado bucal 3 veces al día, el aseo de manos antes de comer y después de ir al

baño, refiere caída de pelo continua y ser bastante cuidadosa en su higiene personal.

El catéter permanece protegido con gasas, hipafix transparente y realiza el baño diario sin mojarlo.

Refiere que en ocasiones la enfermera que realiza la hemodiálisis no toma las medidas asépticas correspondientes para el procedimiento (no desinfecta las puntas del catéter) y en diferentes ocasiones no se calza los guantes y los coloca en lugares inapropiados y vuelven a utilizados.

Necesidad de evitar peligros

La usuaria vive con su esposo y 2 hijos que la visitan únicamente los fines de semana, los cuales se encuentran capacitados y reaccionan accesibles ante una situación de emergencia.

Informar al la encargada del departamento de hemodiálisis, la importancia de hacer una asepsia adecuada.

Necesidad de comunicarse

La señora María con la persona que más se comunica es con su esposo con el cual tiene una relación de 27 años de casados y con sus hijos que la visitan los fines de semana. La comunicación es buena por que se apoyan, llegan acuerdos mutuos, tiene buena coordinación y muestran entusiasmo al realizar cualquier actividad.

El cuidador realiza exceso de tareas como es el traslado cada tercer día a la ciudad de Zamora Michoacán, lavar la ropa 2 veces por semana, cuida una tienda de abarrotes por las mañanas y realiza trabajos en su taller de herrería.

La usuaria refiere sentir miedo y angustiada al hablar del tema de la muerte, recaída o empeoramiento de sus signos y síntomas.

Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Todos los integrantes de la familia profesan la religión católica y asisten a misa todos los domingos.

Refiere que en ocasiones se desespera y comienza a perder la esperanza de que algún día se le transplante un riñón. Ya que se ha pospuesto la cirugía más de tres ocasiones.

Menciona que a sus hijos les ha inculcado los valores de la responsabilidad, honestidad, honradez. El principal valor personal es el respeto a sí misma.

Necesidad de trabajar y realizarse.

La usuaria actualmente se encuentra pensionada, sin embargo las necesidades económicas se hacen visibles ya que es una patología con tratamientos costosos, se encuentra satisfecha con el rol familiar que desempeña como madre y esposa.

Refiere estrés y sufrimiento por no poder costear los gastos de los estudios de sus hijos debido a los costos que genera su enfermedad.

Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.

Participa en clase de pintura en óleo los sábados de 4:00 a 6:00 pm.

Necesidad de aprendizaje

Muestra interés en su autocuidado y deseos de aprender sobre el mismo, además de ser muy meticulosa en aplicar lo aprendido.

5.3 DATOS SUBJETIVOS Y OBJETIVOS

NECESIDAD	DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVO
Oxigenación		Presión arterial 110/70 Frecuencia cardiaca 72 Frecuencia respiratoria 20 Llenado capilar menor a 2 seg.
Nutrición e hidratación	Verduras 5/7, carne 3/7 pollo, pescado y carnes rojas, frutas 7/7, cereales 7/7; 2 tortillas en cada comida	Abdomen con ruidos peristálticos, peso de 77 kilogramos, talla 1.63. mts, hemoglobina 11.5, glucosa de 95mgdl
Eliminación	Intestinal; a veces de consistencia dura Vesical; orina una vez al día.	Evacua 2 veces al día al levantarse al acostarse. Orina a goteo
Moverse y mantener buena postura	Practica media hora diaria de bicicleta	
Descanso y sueño	Duerme 9 horas diarias sin siestas durante el día.	Tiene bostezos, ojeras y fatiga.
Uso de prendas de vestir adecuadas	Su estilo de vestir influye mucho can su estado de animo	Viste prendas adecuadas para su edad y personalidad

Termorregulación	Dificultad para adaptarse a los cambios de clima,	Temperatura de 36°.C
Necesidad de higiene de la piel		Presenta buena higiene personal
Seguridad y protección	Señala que sus hijos y esposo pueden resolver cualquier emergencia	
Comunicación	Se comunica con sus hijos y su marido	
Creencias y valores	Su religión católica, sus valores son la responsabilidad, honestidad, honradez, y el respeto	
Trabajar y realizarse	Refiere sufrimiento por no poder costear los gastos de su enfermedad	
Jugar y participar en actividades recreativas		Participa en clase de pintura en óleo los sábados
Necesidad de aprendizaje		Muestra interés en su autocuidado y deseos de aprender para el cuidado de sí misma.

5.4 JERARQUIZACIÓN DE LAS NECESIDADES

NECESIDAD	NECESIDAD	CONDICIÓN
1.-Oxigenación	1.- Eliminación	Totalmente Dependiente
2.-Nutrición e hidratación	2.-Nutrición e hidratación	Totalmente Dependiente
3.- Eliminación	3.-Oxigenación	Parcialmente Dependiente
4.- Moverse y mantener buena postura	4.- Necesidad de trabajar y realizarse	Independiente
5.-Descanso y sueño	5.-Descanso y sueño	Parcialmente Dependiente
6. Uso de prendas de vestir.	6. Termorregulación	Parcialmente Dependiente
7.-Termorregulación	7.- Moverse y mantener buena postura	Parcialmente Dependiente
8. Necesidad de higiene de la piel	8.- Necesidad de aprendizaje	Parcialmente Dependiente
9.-Seguridad y protección	9.- Higiene	Independiente
10.-Comunicación	10.- Seguridad y protección	Parcialmente Dependiente
11. Creencias y valores	11.- Vivir según sus creencias y valor	Independiente

12.-Trabajar y realizarse	12.- Uso de prendas de vestir adecuadas	Independiente
13.Jugar y participar en actividades recreativas	13.- Comunicación	Parcialmente Dependiente
14.-Necesidad de aprendizaje	14.- Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas	Independiente

5.5 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD	DIAGNÓSTICO REALES
<p>Eliminación</p>	<p>Dominio 2: nutrición, Clase 5: hidratación.</p> <p>(00195) Riesgo de desequilibrio electrolítico relacionado con disfunción renal</p> <p>(NANDA 2009-2011:82)</p>
<p>Nutrición e hidratación</p>	<p>Dominio 2: Nutrición, Clase 5: Hidratación.</p> <p>(0026) Exceso de volumen de líquidos relacionado con compromiso de los mecanismos reguladores manifestado por edema.</p> <p>(NANDA, 2009-2011:85.)</p>
<p>Oxigenación</p>	<p>Dominio 4: actividad-reposo, Clase 4: Respuesta cardiovascular-pulmonar.</p> <p>(00032) Patrón respiratorio ineficaz relacionado con ansiedad manifestado por disnea o taquipnea durante la hemodiálisis</p> <p>(NANDA, 2009-2011: 138)</p>

<p>Trabajar y realizarse</p>	<p>Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés, Clase 2: Respuesta de afrontamiento.</p> <p>(00177) Estrés por sobrecarga relacionado con escasos recursos económicos manifestado por tensión.</p> <p>(NANDA 2009-2011: 269)</p>
<p>Descanso y sueño</p>	<p>Dominio 4 actividad/reposo, Clase 1: sueño/ reposo.</p> <p>(00165) Disposición para mejorar el sueño manifestado por sensación de estar descansada.</p> <p>(NANDA 2009-2010: 119)</p>
<p>Termorregulación</p>	<p>Dominio 11: Seguridad/protección, Clase 6: Termorregulación.</p> <p>(00008) Termorregulación ineficaz relacionado con temperatura ambiental fluctuante manifestado por frialdad de la piel y escalofrío,</p> <p>(NANDA: 2009-2011: 343)</p>

<p>Moverse y mantener buena postura</p>	<p>Dominio: 4 Clase 4: Respuesta cardiovascular/pulmonar.</p> <p>(00092) Intolerancia a la actividad física relacionada con debilidad manifestada por presión arterial 150/90 en respuesta a la actividad.</p> <p>(NANDA, 2009-2011: 136)</p>
<p>Necesidad de aprendizaje</p>	<p>Dominio 4: actividad/reposo, Clase 5: autocuidado.</p> <p>(00126) Conocimientos deficientes relacionado con la falta de información de su padecimiento manifestado por reiteración de preguntas. (Nanda 2009/2011: 169)</p> <p>(NANDA, 2009-2011: 150)</p>
<p>Necesidad de higiene de la piel</p>	<p>Dominio 11: seguridad y protección, Clase 1: infección</p> <p>(00004) Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos.</p> <p>(NANDA, 2009-2010:303)</p>

<p>Creencias y valores</p>	<p>Dominio 10: Principios vitales, Clase 2: Creencias</p> <p>(00068) Disposición para mejorar el bienestar espiritual manifestado por expresar deseos de reforzar la esperanza,</p> <p>(NANDA 2009-2010: 288)</p>
<p>Comunicación</p>	<p>Dominio 7: rol/relaciones, Clase 1: roles del cuidador,</p> <p>(00062) Riesgo de cansancio del rol de cuidador relacionado por cantidad de tareas de cuidados.</p> <p>(00136) Duelo anticipado relacionado con recaída o empeoramiento de los signos y síntomas en la enfermedad terminal manifestado por tristeza. (2009/2011: 264).</p> <p>(NANDA, 2009-2011: 202)</p>

5.6 PLAN DE CUIDADOS

NECESIDAD: Necesidad de eliminación.

DX DE RIESGO: (00195) Riesgo de desequilibrio electrolítico relacionado con disfunción renal.(Nanda 2009/2011, Pág.100)

OBJETIVO: Mantener el equilibrio de líquidos y electrolitos del paciente para prevenir complicaciones. Participar en el restablecimiento del equilibrio hidroelectrolítico del paciente.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC	FUNDAMENTACION	NOC
<p>4130 monitorización de líquidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Control de peso ➤ Control de ingesta de líquidos. ➤ Control de diuresis. ➤ Control de presión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria. <p>4150 Regulación hemodinámica</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Reconocer alteraciones de la presión 	<p>El medir y pesar regularmente a la usuaria ayuda a corroborar un peso seco antes y después de la terapia de hemodiálisis.</p> <p>Una Medición exacta de la ingesta debe abarcar todos los líquidos ingeridos, incluyendo el agua de los alimentos, líquidos parenterales.</p> <p>Otra medición importante son las perdidas normales que son derivadas del volumen de orina el agua contenida en las heces, las</p>	<p>0601 Equilibrio hídrico.</p> <p>Indicadores:</p> <p>Entradas y salidas diarias equilibradas</p> <p>Peso corporal estable.</p>

<p>sanguínea.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Observar pulso color y temperatura de las extremidades. ➤ Vigilar ingesta y diuresis ➤ Manejo de hipovolemia. ➤ Manejo de shock. 	<p>perdidas insensibles de vapor a través de los pulmones y la piel.</p> <p>La presión arterial depende de la fuerza de la actividad cardiaca, elasticidad de las paredes arteriales, resistencia capilar, tensión venosa de retorno y del volumen y viscosidad sanguínea. Además el pulso determina la frecuencia y tipo de latidos del corazón.</p> <p>El volumen hídrico en un ser humano es constante para la ingestión y equilibrada por la excreción.</p> <p>La hipovolemia es el descenso del valor de sodio.</p> <p>(Rosales, BS, Reyes, Pág. 176, 189, 192,194.)</p>	<p>Edema periférico</p>
---	---	-------------------------

PLAN DE CUIDADOS

NECESIDAD: Nutrición e hidratación

DX REAL: (00026) Exceso de volumen de líquidos relacionado con compromiso de los mecanismos reguladores manifestado por edema. (Nanda 2009/20011: 85)

OBJETIVO: La señora María comprenderá la importancia de recibir una dieta apta a su requerimiento nutricional y comprenderá la importancia de consumirla rigurosamente.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	NOC
NIC		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar junto con el paciente los factores que impiden y lo dificultan el aporte de nutrientes. ➤ Determinar las preferencias de comida del paciente. ➤ Llevar un registro diario de los alimentos ingeridos y balances hídricos. 	<p>La Medición exacta de la ingesta debe abarcar todos los líquidos ingeridos, incluyendo el agua de los alimentos (helados gelatinas entre otros) líquidos parenterales. Y así mismo llevar un registro exacto, de la ingestión y excreción de líquidos, que ayudan notablemente a</p>	<p>1004 Estado nutricional</p> <p>Indicadores:</p> <p>100402- Ingestión alimentaria</p> <p>100411- hidratación</p>

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Recomendar descanso antes y después de las comidas así como medidas de confort (aflojar ropa, ambiente tranquilo). ➤ Controlar y valorar las complicaciones digestivas (vomito diarrea estreñimiento) y actuar según el caso. ➤ Reconocer los logros y esfuerzos realizados. 	<p>valorar el estado hídrico en el paciente.</p> <p>Las perdidas excesivas como sucede en caso de vomito y diarrea requieren de la administración de líquidos o soluciones de reposición que contribuye a la homeostasia corporal</p> <p>(Rosales, Pág.342,343,344)</p>	<p>100405- relación de peso y talla</p>
--	---	---

PLAN DE CUIDADOS

NECESIDAD: Necesidad de oxigenación

DX REAL: (00032) Patrón respiratorio ineficaz relacionado con ansiedad manifestado por disnea, taquipnea durante la hemodiálisis. (Nanda 2009/2011:138)

OBJETIVO: Controlar respiraciones anormales e identificar cambios.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC	FUNDAMENTACION	NOC
Terapia de hemodiálisis 2100 Sistema totalmente compensatorio: Extraer una muestra de sangre para realizar análisis bioquímico y gasometría. Iniciar hemodiálisis secuencial según protocolo. Ajustar las presiones de filtración para extraer la cantidad de líquido adecuada.	El patrón respiratorio a las espiraciones es la expansión del tórax (entra aire a los pulmones). Inspiraciones es la relajación del diafragma (sale aire de los pulmones). Los factores que influyen en la FR son edad, sexo, digestión, emociones,	0403 Estado respiratorio: ventilación <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia respiratoria. • Facilidad respiratoria. • Ausencia de dificultad respiratoria.

<p>Finalizar la hemodiálisis según protocolo y prescripción médica.</p> <p>Oxigenoterapia</p> <p>3320 Sistema totalmente compensatorio:</p> <p>Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible.</p> <p>Administración de oxígeno en gafas nasales.</p> <p>Valoración frecuencia respiratoria.</p> <p>Valoración frecuencia cardiaca.</p> <p>Valoración de la saturación de oxígeno.</p> <p>Administrar tratamiento farmacológico si procede.</p>	<p>trabajo, descanso, medicamentos enfermedades, calor, frío, dolor, hemorragia, choque,</p> <p>Valor normal es de 16 a 20 respiraciones por minuto. (Rosales, Pág. 191.)</p>	<p>0402 Estado respiratorio:</p> <p>Intercambio gaseoso</p>
--	---	---

PLAN DE CUIDADOS

NECESIDAD: Necesidad de trabajar y realizarse.

DX REAL:(00177) Estrés por sobrecarga relacionado con escasos recursos económicos manifestado por tensión. (NANDA 2009-

2011: 269) **OBJETIVO:** informar sobre las medidas que debe de seguir para afrontar el estrés y potencializar su autoestima.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC	FUNDAMENTACION	NOC
<p>5230 Aumentar el afrontamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los roles y relaciones. - Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva. - Favorecer situaciones que favorezcan su autoestima. <p>5400 Potenciación de la autoestima</p> <p>Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios</p> <p>Reforzar las virtudes que identifiquen al paciente.</p>	<p>El equilibrio psicológico así como la supervivencia física requiere de la capacidad para percibir e interpretar los datos externos e internos. La emoción es una experiencia psicológica básica común de los hombres tanto constructivos como no constructivos sobre el equilibrio. (Anne W Rohweder, Nordward / Rohweder. Pág. 594)</p>	<p>1208 Nivel de depresión.</p> <p>Indicadores:</p> <p>120801 Estado de ánimo deprimido.</p>

PLAN DE CUIDADOS

NECESIDAD: Termorregulación

DX REAL:(00008) Termorregulación ineficaz relacionado con temperatura ambiental fluctuante manifestado por frialdad de la piel y escalofríos leves. (Nanda 2009/2010: 343)

OBJETIVO: La señora María tendrá una termorregulación adecuada.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC	FUNDAMENTACION	NOC
<p>3900 Regulación de la temperatura</p> <p>Enseñar al cliente a reducir la exposición prolongada a ambientes fríos.</p> <p>Enseñar los signos precoces de la hipotermia</p>	<p>- La temperatura corporal depende en gran medida del grado de actividad y la temperatura ambiental a la que se esta expuesto. Unos de los principales factores que influyen en las variaciones de la temperatura son: La edad, el medio ambiente, actividad muscular, metabolismo, condiciones patológicas. La temperatura corporal se debe registrar durante 5 minutos. (Rosales, BS, Reyes, Pág. 179,183.)</p>	<p>0800 Termorregulación.</p> <p>Indicadores:</p> <p>La persona mantendrá la temperatura corporal dentro de los límites normales.</p> <p>Identificar factores de riesgo de hipotermia.</p> <p>Reducir factores de riesgo de hipotermia.</p>

PLAN DE CUIDADOS

NECESIDAD: Necesidad de movilidad y postura

DX REAL: (00092) Intolerancia a la actividad física relacionada con debilidad manifestada por presión arterial anormal en respuesta a la actividad. (Nanda 2009/2011: 136)

OBJETIVO: El paciente mantendrá y adaptará su nivel de actividad a las limitaciones propias de su nivel de salud.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC	FUNDAMENTACION	NOC
<p>Valorar la respuesta a la actividad de la persona.</p> <p>Aumentar gradualmente la actividad.</p> <p>Enseñar métodos de conservación de energía para realizar actividades.</p>	<p>La actividad física es un factor importante para prevenir alteraciones musculoesqueleticas y tegumentarias.</p> <p>El ejercicio físico tiene grandes beneficios durante la terapia de hemodiálisis ayuda a incrementar la efectividad de esta, y mejora la función cardiaca, respiratoria y muscular. (Anne W Rohweder, Nordward / Rohweder. Pág. 136)</p>	<p>- La persona progresara en su actividad hasta especificar el nivel de actividad deseado</p> <p>- Identificar factores que agrupan la intolerancia a la actividad.</p> <p>Identificar métodos para reducir la intolerancia a la actividad.</p>

PLAN DE CUIDADOS

NECESIDAD: Necesidad de aprendizaje

DX REAL: (00126) Conocimientos deficientes relacionado con la falta de información de su padecimiento manifestado por reiteración de preguntas. (Nanda 2009/2011: 169)

OBJETIVO: Brindar información sobre los cuidados específicos y orientar sobre las posibles complicaciones.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC	FUNDAMENTACION	NOC
<p>5602 enseñanza proceso enfermedad.</p> <p>Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Describir signos y síntomas de la enfermedad. ➤ Describir el funcionamiento de las recomendaciones del control, terapia, tratamiento. 	<p>Para mantener el equilibrio psicológico se necesita que el individuo tenga una oportunidad para crecer y desarrollarse positivamente para aprender y lograr el comportamiento adecuado y para solucionar problemas de adaptación en particular sobre su enfermedad. (Anne W Rohweder, Nordward / Rohweder. Pág. 603).</p>	<p>1813 conocimiento de régimen terapéutico.</p> <p>Indicadores:</p> <p>18305 Descripción de la dieta prescrita.</p> <p>18306 Descripciones de la medicación prescrita.</p> <p>18307 Descripción de la actividad prescrita.</p>

PLAN DE CUIDADOS

NECESIDAD: Necesidad de higiene y protección de la piel.

DX RIESGO: (00004) Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos. (Nanda 2009/2011: 303)

OBJETIVO: Informar a la usuaria sobre las medidas preventivas que debe de seguir para el control de infecciones.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC	FUNDAMENTACION	NOC
<p>6540 Control de infecciones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limpieza de la piel del paciente con un agente antibacteriano, si procede. - Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informarse de ellos al cuidador. - Mantener un sistema cerrado mientras se realiza la monitorización hemodinámica invasiva. - Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones. 	<p>La piel y las mucosas sanas e integras son las primeras líneas de defensas contra agentes nocivos ya que la piel es el mayor órgano del cuerpo cubre toda la superficie del cuerpo y su epitelio guarda continuidad con el epitelio de los orificios externos de las vías digestivas, respiratoria y genitourinaria.</p> <p>(Anne W Rohweder, Nordward / Rohweder. Pág 367)</p>	<p>1902 - Control de riesgo</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconoce los factores de riesgo - Sigue las estrategias de control de riesgo seleccionadas - Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo

PLAN DE CUIDADOS

NECESIDAD: Necesidad de comunicación.

DX REAL: (00062) Riesgo de cansancio del rol de cuidador relacionado por cantidad de tareas del cuidador. (Nanda 2009/2011: 202)

OBJETIVO: El cuidador estará preparado y capacitado para asumir su papel.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC	FUNDAMENTACION	NOC
<p>7040 - Apoyo al cuidador principal</p> <p>Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles</p> <p>Reconocer la dependencia que tiene el Paciente del cuidador.</p> <p>Determinar la aceptación del cuidador de su papel</p> <p>Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental</p> <p>Enseñar al cuidador la terapia del paciente de acuerdo con las preferencias del paciente.</p>	<p>El equilibrio psicológico necesita que el individuo tenga un medio adecuado de comunicación con otros para su expresión. Entre los individuos se lleva acabo de varias maneras de comunicarse como son la verbal, corporal.</p> <p>(Anne W Rohweder, Nordward / Rohweder. Pág. 585)</p>	<p>2505 - Bienestar del cuidador principal.</p> <p>- Satisfacción con la realización de los roles habituales.</p> <p>- Satisfacción con el apoyo profesional.</p> <p>- Capacidad para el afrontamiento.</p>

PLAN DE CUIDADOS

NECESIDAD: Necesidad de Comunicación

DX REAL: (00136) Duelo anticipado relacionado con recaída o empeoramiento de los signos y síntomas en la enfermedad terminal manifestado por tristeza. (2009/2011: 264).

Objetivo: informar sobre las actividades que debe de realizar para disminuir su tristeza.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC	FUNDAMENTACION	NOC
<p>5250 Apoyo en la toma de decisiones.</p> <p>Remitir a grupos de apoyo.</p> <p>Proporcionar información solicitada por el paciente.</p> <p>5290 Facilitar el duelo, fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida y escuchar las expresiones de duelo.</p> <p>Ayudar a identificar las modificaciones necesarias del estilo de vida.</p>	<p>Este término propuesto por Lindermann (1944) hace referencia al duelo que se produce antes de la pérdida real. En estos casos la muerte es un desenlace que ya se conoce de antemano, y durante este período de anticipación el superviviente empieza las tareas del duelo así como a experimentar las diferentes respuestas emocionales; por esto en el momento real de la muerte hay ausencia de manifestaciones abiertas de duelo y hay una liberación de vínculos emocionales con el fallecido. (Anne W Rohweder, Nordward / Rohweder. Pág. 598)</p>	<p>1304 Resolución de la aflicción.</p> <p>Indicadores:</p> <p>130403 verbalización de la realidad de la pérdida.</p> <p>130420 Progresa las fases de la aflicción</p>

TABLA DE RESULTADOS DEL NOC.

Riesgo de desequilibrio electrolítico.	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado	Resultado final
Equilibrio hídrico.						
Entradas y salidas diarias equilibradas.	1	2	3	4	5	3.2.2.1
Peso corporal estable.	1	2	3	4	5	5.3.2.1
Edema periférico.	1	2	3	4	5	5.4.2.2
Patrón respiratorio ineficaz. Estado respiratorio de ventilación	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado	Resultado final
Frecuencia respiratoria.	1	2	3	4	5	3.3.3.2.2

Facilidad respiratoria.	1	2	3	4	5	3.3.3.3.1
Ausencia de la dificultad respiratoria.	1	2	3	4	5	3.3.2.2.2
Intercambio gaseoso.	1	2	3	4	5	.2.2.1.1
Nivel de Depresión	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado	Resultado final
Estado de ánimo deprimido.	1	2	3	4	5	5.4.4.3.2
Duelo anticipado Resolución de la aflicción	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado	Resultado final
Verbalización de la realidad de la pérdida	1	2	3	4	5	5.3.2.1.1

Progresar las fases de aflicción	1	2	3	4	5	5.4.3.2.1
Sueño	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado	Resultado final
Horas de sueño	1	2	3	4	5	4.3.2.2.1
Calidad de sueño	1	2	3	4	5	5.3.2.1.1
Eficiencia del sueño	1	2	3	4	5	5.4.2.1.1
Termorregulación	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado	Resultado final
Temperatura corporal dentro de los límites normales	1	2	3	4	5	3.2.2.1.1

Identificar factores de riesgo de hipotermia	1	2	3	4	5	5.3.3.2.1
Reducir factores de riesgo de hipotermia	1	2	3	4	5	3.2.2.2.1
Intolerancia a la actividad	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado	Resultado final
Progresar la actividad hasta especificar el nivel de actividad deseado.	1	2	3	4	5	4.2.2.2.1
Identificar factores que agrupan la intolerancia a la actividad.	1	2	3	4	5	5.4.3.2.1
Identificar métodos para reducir la intolerancia a la actividad.	1	2	3	4	5	4.3.3.2.1

Conocimientos deficientes	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado	Resultado final
Conocimientos de régimen terapéutico.						
Descripción de la dieta prescrita	1	2	3	4	5	4.3.3.2.1
Descripción de la medicación prescrita	1	2	3	4	5	5.4.3.2.1
Descripción de la actividad prescrita.	1	2	3	4	5	3.2.2.2.1
Riesgo de infección	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado	Resultado final
Control de riesgo.						
Reconocer los factores de	1	2	3	4	5	4.3.2.1.1

riesgo.						
Sigue las estrategias de control de riesgo seleccionadas.	1	2	3	4	5	4.3.2.11
Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo.	1	2	3	4	5	5.4.3.2.1
Riesgo de cansancio del rolde cuidador Bienestar del cuidador principal	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado	Resultado final
Satisfacción con la realización de los roles habituales	1	2	3	4	5	5.2.3.1.1
Satisfacción con el apoyo	1	2	3	4	5	3.2.1.1.1

profesional						
Capacidad para el enfrentamiento.	1	2	3	4	5	3.1.1.1.1

PUNTUACION DIANA DE RESULTADOS: Mantener a _____ Aumentar a _____

6.1 CONCLUSIONES

La realización del proceso enfermo trae consigo un sin fin de satisfacciones ya que exploras física social y psicológicamente las alteraciones de los pacientes y brindas cuidados de una forma holística y organizada.

Este documento me ayudo de manera personal a darme cuenta que necesario es contar con los recursos didácticos (libros de enfermería) para organizar la atención individual de cada uno de los pacientes y de no realizar los cuidados de forma rutinaria si no de indagar en las necesidades reales y potenciales de cada paciente.

Gracias a la aplicación de dicho proceso y al modelo de cuidados de virginia Henderson la señora María es capaz de realizar la mayoría de sus actividades cotidianas con animo y entusiasmo sin estar estresada o desesperada, con certeza puedo decir que se logro mucho en la satisfacción de las necesidades y la independencia para lograr una mejor calidad de vida.

Me gustaría que este trabajo motivara a las enfermeras a realizar cuidados de calidad y enfocados en las afecciones psicológicas y recordando que cada ser humano es único e irrepetible.

Una de mis propuestas para el crecimiento de enfermería es que se realicen las actividades enfocadas en el proceso de atención enfermería ya que es una forma mas organizada y principalmente que se muestre entusiasmo al momento de ejecutar dichas actividades

Los patrones más frecuentemente alterados fueron: Nutricional-Metabólico, Actividad-Ejercicio, Rol-Relaciones, Percepción y manejo de la salud. Sin embargo, cabe mencionar que los otros patrones funcionales se encontraban afectados en menor proporción;

evidenciando que las enfermedades crónicas afectan a los seres humanos en todas sus dimensiones, demandando del profesional de enfermería un cuidado diario basado en el proceso de atención de enfermería como herramienta fundamental de cuidado, donde el ser, el que hacer y el saber de la profesión fundamente el cuidado multidimensional.

PLAN DE ALTA

Se trabajo con la señora María desde el día 2 de Enero del 2011 puesto que es vecina de la comunidad de Cojumatlán de Regules Michoacán.

El día 30 de septiembre se dio por concluido el proceso de atención de enfermería con ella, obteniendo como resultados:

Riesgo de desequilibrio electrolítico relacionado con disfunción renal.

La señora María logro tener un equilibrio electrolítico.

Exceso de volumen de líquidos relacionado con compromiso de los mecanismos reguladores manifestado por edema.

La señora María disminuyo el edema de de parpados y extremidades superiores.

Patrón respiratorio ineficaz relacionado con ansiedad manifestado por disnea o taquipnea durante la hemodiálisis.

La señora María en las ultimas terapias de hemodiálisis no presento hipotensión y logro mantener una respiración adecuada.

Estrés por sobrecarga relacionado con escasos recursos económicos manifestado por tensión.

La señora María disminuyo el estrés por medio de terapias recreativas.

Disposición para mejorar el sueño manifestado por sensación de estar descansada.

La señora María identifico medidas de confort para lograr un sueño reconfortable.

Termorregulación ineficaz relacionado con temperatura ambiental fluctuante manifestado por frialdad de la piel y escalofrío.

La usuaria redujo lo factores de riesgo de hipotermia.

Intolerancia a la actividad física relacionada con debilidad manifestada por presión arterial 150/90 en respuesta a la actividad.

La señora Identifico métodos para reducir la intolerancia a la actividad. Y ahora camina 15 minutos al día.

Conocimientos deficientes relacionados con la falta de información de su padecimiento manifestado por reiteración de preguntas.

La usuaria logro erradicar todas sus dudas que tenia respecto al régimen terapéutico.

Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos.

La señora María reconoce los factores de riesgo y modifiko su estilo de vida para reducirlos.

Riesgo de cansancio del rol de cuidador relacionado por cantidad de tareas de cuidados.

El cuidador logro identificar estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental.

Duelo anticipado relacionado con recaída o empeoramiento de los signos y síntomas en la enfermedad terminal manifestado por tristeza.

La señora María logro identificar las modificaciones necesarias del estilo de vida y de integrarse a grupos de apoyo.

7.2 ANEXOS

GLOSARIO

Apnea: interrupción temporal de la respiración.

Bomba de sangre. Bomba de dos rodillos que actúan alternativamente en una semicircunferencia para llevar la sangre del paciente al dializador.

Creatinina: La creatinina es una molécula de deshecho que se genera a partir del metabolismo muscular. La creatinina proviene de la creatina, una molécula muy importante para la producción de energía muscular. Aproximadamente el 2% de la creatina del cuerpo se convierte en creatinina cada día. La creatinina se transporta desde los músculos por medio de la sangre hacia el riñón. Los riñones filtran la mayoría de la creatinina y la eliminan en la orina.

Choque: incapacidad del sistema cardiovascular para transportar cantidades adecuadas de oxígeno y nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas del cuerpo, debido a gastos cardíacos insuficientes. Se caracteriza por hipotensión, piel viscosa, fría y pálida; sudación, formación disminuida de orina alteración del estado mental; acidosis taquicardia, pulso rápido y débil, y sed. Los principales tipos de choque son: hipovolemia, cardiogeno, vascular y obstructivo.

Choque hipovolémico: tipo de choque que se caracteriza por disminución del volumen intravascular (hipovolemia) debido a la pérdida de sangre lo puede causar una hemorragia aguda o pérdida excesiva de líquidos.

Crónica: que dura mucho tiempo o repite con frecuencia se aplica en enfermedades que no son agudas.

Disnea: falta de aliento.

Diagnóstico de Enfermería: Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.

Dializador o filtro: Es la cámara de soporte de la membrana semipermeable de diálisis, y donde se entrecruzan la sangre y el líquido de diálisis para producir las transferencias de solutos, electrolitos y agua.

Diálisis (hemodiálisis): Es una técnica de depuración sanguínea extracorpórea que suple parcialmente las funciones renales.

Diálisis secuencial: Técnica utilizada para extraer al paciente una determinada cantidad de líquido con mejor tolerancia.

Diurético: sustancia química que inhibe la reabsorción de sodio reduce la concentración de hormona antidiurética (HDA) e incrementa el volumen de orina al inhibir la reabsorción del agua.

Edema: acumulación anormal de líquido intersticial.

Electrolito: cualquier compuesto que se disocia en iones al disolver en agua y puede conducir la corriente eléctrica.

Ejecución: Es poner en práctica los cuidados programados.

Evaluación: Determina si se han conseguido los objetivos establecidos

Excreción: proceso por el que se eliminan del cuerpo los productos de desechos, así como los excretados.

Extremidades inferiores: parte de apéndices unidas a la cintura pélvica. Cada uno se compone de muslo, rodilla, pierna, tobillo, pie y dedo de los pies.

Extremidades superiores: par de los apéndices unidos al tronco en la cintura escapular, uno a cada lado, se compone del brazo, antebrazo, muñeca, mano y dedos.

FAVI (Fístula arterio-venosa interna): Es la unión quirúrgica de una vena y una arteria habitualmente en el antebrazo o en la flexura del codo, la cual logra una dilatación venosa importante que va a facilitar su punción para realizar una diálisis eficaz.

Filtración: paso de un líquido a través de un filtro (o membrana que actúa como tal) por presión hidrostática como ocurre en los capilares.

Filtración glomerular: es el volumen de líquido que entra en todas las capsulas glomerulares (o de Bowman) renales en un minuto alrededor de 125 ml/min. Primera etapa de la formación de orina en la que las sustancias de la sangre se filtran en la membrana endotelial capsular y el filtrado ingresa en el túbulo contorneado proximal de una neurona.

Filtrado glomerular: líquido que se produce cuando se filtra la sangre en la membrana endotelial capsular de los glomérulos renales.

Glomérulo: masa redondeada de nervios o vasos sanguíneos, en especial el racimo microscópico de capilares al que rodea la capsula glomerular (o de Bowman) de cada túbulo renal.

Hemoglobina: sustancia que contienen los eritrocitos y esta formada por la proteína globina y el pigmento rojo hem. que contiene hierro: constituye alrededor del 33% del volumen celular participa en el transporte de oxígeno y bióxido de carbono.

Hemólisis: Complicación aguda que se puede producir durante la hemodiálisis por factores físicos, químicos o del propio paciente y que se manifiesta con dolor torácico y de espalda acompañado de disnea.

Líquido de diálisis: Líquido compuesto por agua pura tratada en un 97%, y distintos solutos con una solución tampón que se va intercambiar con la sangre en el dializador.

Micción: acto de expelerla orina desde la vejiga urinaria. También se llama orina.

Monitor de hemodiálisis: Es la máquina que va controlar el dializador, el líquido de diálisis y la circulación extracorpórea de la sangre.

Nefrona: unidad funcional del riñón.

Osteodistrofia renal: Es el conjunto de alteraciones óseas causadas por la IRCT

Planificación: Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas.

Peso seco: Es el peso del paciente al final de diálisis, cuando ya se ha extraído el exceso del peso corporal derivado de la acumulación de líquidos.

Síndrome de desequilibrio dialítico: Síndrome que a veces aparece en las primeras sesiones de hemodiálisis caracterizado por cefalea o náuseas en su forma leve o desorientación, HTA, convulsiones y arritmias en su forma más grave.

Ultrafiltración: Es el mecanismo del transporte del agua de una parte de la membrana (sangre) a la otra líquido de diálisis. En los monitores actuales es programable y automática.

Urea: Es un compuesto químico cristalino e incoloro, de fórmula $\text{CO}(\text{NH}_2)_2$. Se encuentra abundantemente en los riñones y en la materia fecal. Es el principal producto terminal del metabolismo de proteínas en el hombre y en los demás mamíferos. La orina humana contiene unos 20g por litro, y un adulto elimina de 25 a 39g diariamente.

Valoración: es la primera etapa la cual consiste en recoger y organizar los datos de la persona, familia y entorno, son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

Vía renina – angiotensina: mecanismo para el control de las secreciones de aldosterona por medio de la angiotensina II: principia con la secreción de renina en los riñones en respuesta a la presión arterial baja.

ENFERMEDAD RENAL CRONICA

Es la pérdida progresiva e irreversible de las funciones renales, cuyo grado de afección se determina con un filtrado glomerular (FG) <60 ml/min/1.73 m² como consecuencia, los riñones pierden su capacidad para eliminar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos en la sangre.

En el cuadro clínico se presentan dos tipos de síntomas:

Inespecíficos: nicturia, poliuria u oliguria, hipertensión arterial, debilidad, fatiga, anorexia, náuseas, vómito, insomnio, calambres, picazón, palidez cutánea, xerosis, miopatía proximal, dismenorrea y/o amenorrea, atrofia testicular, impotencia, déficit cognitivos o de atención, confusión, somnolencia, obnubilaciónn y coma. También sufren de aterosclerosis acelerada y tienen incidencia más alta de enfermedades cardiovasculares.

Específicos: se detectan en el aumento en la creatinina del plasma sanguíneo también se puede identificar cuando se presentan complicaciones, como las enfermedades cardiovasculares, anemia o pericarditis. Por que a medida que la función del riñón disminuye, la presión arterial está incrementada debido a la sobrecarga de líquidos y a la producción de hormonas vasoactivas que conducen a la hipertensión y a una insuficiencia cardíaca congestiva.

La urea se acumula, conduciendo a la azoemia y en última instancia a la uremia (los síntomas van desde el letargo a la pericarditis y a la encefalopatía)

- El potasio se acumula en la sangre (lo que se conoce como hiperpotasemia), con síntomas que van desde malestar general a arritmias cardíacas fatales.

- Se disminuye la síntesis de eritropoyetina (conduciendo a la anemia y causando fatiga)
- Sobrecarga de volumen de líquido, los síntomas van desde edema suave al edema agudo de pulmón peligroso para la vida.
- La hiperfosfatemia, debido a la excreción reducida de fosfato, asociada a la hipocalcemia (debido a la deficiencia de vitamina D3) y al hiperparatiroidismo, que conduce a la osteoporosis renal y a la calcificación vascular
- La acidosis metabólica, debido a la generación disminuida de bicarbonato por el riñón, conduce a respiración incómoda y después al empeoramiento de la salud de los huesos

Diagnóstico

En muchos pacientes con ERC, ya son conocidas enfermedades renales previas u otras enfermedades subyacentes. Un número pequeño presenta con ERC de causa desconocida. En estos pacientes, ocasionalmente una causa es identificada retrospectivamente.

Es importante distinguir la ERC de la insuficiencia renal aguda (IRA) porque la IRA puede ser reversible. Comúnmente es realizado el ultrasonido abdominal, en el cual se mide el tamaño de los riñones. Los riñones en la ERC usualmente son más pequeños que los riñones normales (< 9 cm), con excepciones notables por ejemplo en la nefrología diabética y en la enfermedad del riñón poliquístico.

Tratamiento

La meta de la terapia es retrasar o la progresión de la patología. El control de la presión arterial y el tratamiento siempre que sea factible, son los amplios principios de dirección. Generalmente, son usados los Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAS), o el antagonista de los receptores de angiotensina II (ARA II), dado que se ha encontrado que ellos retardan la progresión a IRCT.

La dieta hipoproteica (0,8g de proteínas/kg de peso del paciente/día) retrasa la aparición de los síntomas de uremia, un efecto especialmente útil ante TFG<25 ml/min. Son terapias manejadas por nutricionistas capacitados, pues dietas con un aporte menor de proteínas pueden ocasionar un balance nitrogenado negativo que contribuye a una desnutrición. Igualmente importante para prevenir la malnutrición. Es importante que el manejo de las calorías, con un aporte aproximado de 35 Kcal/kg/día. Es necesario el reemplazo de la eritropoyetina y la vitamina D3, dos hormonas procesadas por el riñón, al igual que el calcio. Los quelantes de fosfato son usados para controlar los niveles de fosfato en el suero, que usualmente están elevados en la insuficiencia renal crónica.

Después de que ocurra el insuficiencia renal crónica, se requiere la terapia de reemplazo renal, en la forma de diálisis, hemodiálisis o de un trasplante.

Etapas 1: suelen ser asintomáticos. El plan de acción clínica se centra en el diagnóstico y el tratamiento de la causa subyacente de la nefropatía crónica, por ejemplo, diabetes o hipertensión arterial, el tratamiento de las enfermedades concomitantes, las intervenciones para ralentizar la progresión y la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular.

Etapa 2: Los síntomas clínicos relativos a la disfunción renal siguen siendo poco habituales durante la etapa 2. El plan de acción clínica se centra en la evaluación y la prevención de la progresión de la enfermedad.

Etapa 3: se presentan signos y síntomas clínicos relacionados con las complicaciones de la insuficiencia renal (por ejemplo, anemia y trastornos en el metabolismo mineral); en esta fase, el plan de acción comprende la evaluación y el tratamiento de las complicaciones causadas por la insuficiencia renal crónica.

Etapa 4 y 5: presentar anomalías de laboratorio y clínicas significativas relacionadas con la disfunción renal. El plan de acción de la fase 4 comprende la preparación del paciente para el tratamiento de sustitución renal, es decir, diálisis o trasplante renal. Las personas que requieren diálisis se consideran pacientes con nefropatía en fase terminal.

Reemplazo renal: a medida que un paciente va aproximándose a la insuficiencia renal, deberán irse evaluando las opciones de tratamiento de sustitución renal. Dichas opciones son la diálisis y el trasplante. Las opciones de diálisis son:

1. Hemodiálisis (uso de un riñón artificial), que es la forma más habitual de diálisis. Se realiza normalmente en un centro de diálisis 3 veces a la semana durante 3-5 horas por sesión
2. Diálisis peritoneal: el uso del revestimiento abdominal como filtro natural, que suele aplicarse a diario en el hogar del paciente

Trasplantes

El trasplante renal restituye la función renal sin necesidad de diálisis, aunque muchos candidatos a trasplantes comienzan su tratamiento de sustitución renal con diálisis mientras esperan un trasplante.

Se ha documentado una mayor calidad de vida y una mayor supervivencia a largo plazo con la opción del trasplante frente a la diálisis.

La cirugía de trasplante renal implica la colocación de un nuevo riñón en la pelvis sin extraer los que están fallando. Algunos pacientes necesitan un período de diálisis antes de que el nuevo riñón comience a funcionar.

La tasa de supervivencia a 10 años para los pacientes sometidos a tratamiento de sustitución renal es del 64% para los pacientes tras un primer trasplante renal y de tan solo el 11% para los pacientes dializados.

Mecanismos de compensación

Al ver una nefropatía unilateral el riñón restante puede tomar las funciones del faltante lo que se le conoce como una "hipertrofia compensadora" ocurre un incremento de tamaño de las nefronas las razones por lo que esto ocurre está medido por moléculas vasoactivas, citocinas y factores de crecimiento y se debe inicialmente a una hiperfiltración adaptadora, a su vez mediada por un aumento de la presión y el flujo capilares glomerulares. La acción hiper filtradora de los riñones es sin efectos nocivos, también se ve esta acción en embarazadas o en personas con defecto congénito en el cual nacen con un solo riñón. Entre los factores que pueden dificultar el tratamiento del paciente están:

- Problemas relacionados con la enfermedad, por ejemplo, progresión rápida de la insuficiencia renal crónica o ausencia de síntomas.
- Factores relacionados con el paciente como la falta de comprensión, miedo, negación o no conformidad al tratamiento.
- Factores relacionados con el médico incluyendo falta de experiencia en enfermedades renales. La escasez de nefrólogos, que haga que los médicos de atención primaria deban asumir una mayor parte de la atención de los pacientes en prediálisis.
- Problemas relacionados con el sistema sanitario, por ejemplo, políticas de reembolso del gasto sanitario.

Pronóstico

La hemodiálisis es una de las opciones de tratamiento para reemplazar las funciones renales si los riñones fallan durante el curso de una enfermedad renal crónica.

El pronóstico de estos pacientes visto como datos epidemiológicos han demostrado que todos causan aumentos de la mortalidad a medida que la función del riñón disminuye (índice de mortalidad total). La causa principal de muerte en pacientes con enfermedad crónica del riñón es por enfermedades cardiovasculares, sin importar si hay progresión en el tratamiento.

Mientras que las terapias de reemplazo renal pueden mantener a los pacientes indefinidamente y prolongar su vida, la calidad de vida es severamente afectada.

El trasplante renal aumenta significativamente la supervivencia de los pacientes cuando se compara a otras opciones terapéuticas. Sin embargo, es asociado a una mortalidad incrementada a corto plazo (debido a las complicaciones de la cirugía). Apartando el trasplante, la hemodiálisis doméstica aparece estar asociada a una supervivencia mejorada y a una mayor calidad de vida, cuando se compara a la hemodiálisis convencional de tres veces a la semana y a la diálisis peritoneal.

Complicaciones

- Hipertensión.
- Anemia.
- Dislipidemia.
- Osteopatía.
- Malnutrición.
- Neuropatía.
- Riesgo de enfermedad cardiovascular.
- Trastornos funcionales.
- Reducción del bienestar del pacient

La prevalencia y la gravedad de las complicaciones normalmente aumentan con una TFG <60 ml/min/1,73 m², es decir, a partir de la IRC etapa 3. No obstante, algunas complicaciones, incluyendo la hipertensión arterial y la anemia, pueden manifestarse relativamente pronto en el curso de la enfermedad renal.

La prevención y el tratamiento de las complicaciones es esencial para ralentizar la progresión de la IRC y mantener la calidad de vida de los pacientes. (Gerard J., Sandra Reynolds Grabowski. Pag 1

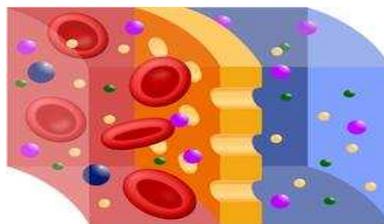
HEMODIÁLISIS



Máquina de hemodiálisis.

La hemodiálisis es un procedimiento de sustitución renal extracorpóreo, consiste en extraer la sangre del organismo y pasarla a un dializador de doble compartimiento, uno por el cual pasa la sangre y otro el líquido de diálisis, separados por una membrana semipermeable. Método para eliminar de la sangre residuos como potasio y urea, así como agua en exceso cuando los riñones son incapaces de esto (es decir cuando hay un fallo renal).

La hemodiálisis se hace normalmente en una instalación dedicada, un cuarto especial en un hospital o en una clínica con enfermeras y técnicos especializados en hemodiálisis. Aunque menos típico, la diálisis también se puede hacer en la casa de un paciente como hemodiálisis domiciliaria.



Membrana semipermeable.

El principio de la hemodiálisis es el mismo que otros métodos de diálisis; implica la difusión de solutos a través de una membrana semipermeable. En contraste con la diálisis peritoneal, en la cual el

transporte es entre compartimientos de fluidos bastante estáticos, la hemodiálisis confía en transporte conectivo y utiliza el flujo de contracorriente en donde, en el circuito extracorpóreo, el dialisato fluye en la dirección opuesta al flujo sanguíneo. Los intercambios de contracorriente mantienen en un máximo el gradiente de concentración a través de la membrana y aumentan la eficacia de la diálisis.

La eficacia de la limpieza de desperdicios durante la hemodiálisis es muy efectiva, los tratamientos de diálisis no tienen que ser continuos y pueden ser realizados intermitentemente, típicamente tres veces a la semana.

La remoción de fluido (ultrafiltración) es alcanzada alterando la presión hidrostática del compartimiento del dialisato, haciendo que el agua en exceso se mueva a través de la membrana a lo largo de un gradiente de presión.

La solución de diálisis usada es una solución esterilizada de iones minerales. La urea y otros desechos como el potasio y el fosfato se difunden en la solución de diálisis. Sin embargo, las concentraciones de la mayoría de los iones minerales (como por ejemplo sodio) son similares a los del plasma normal para prevenir pérdidas.

Observe que la hemodiálisis es un proceso diferente a la técnica relacionada llamada hemofiltración.

Prescripción

Una prescripción para la diálisis por un nefrólogo (el médico especializado en los riñones) especificará varios parámetros para ajustar las máquinas de diálisis, como el tiempo y la duración de las sesiones de diálisis, tamaño del dializador (es decir, el área de superficie), la tasa del flujo de sangre en diálisis, y la tasa de flujo del dializado. En general cuanto más grande es el tamaño de cuerpo de un individuo, más diálisis necesitará. En otras palabras, los

individuos grandes típicamente requieren sesiones de diálisis mayores. En Estados Unidos y el Reino Unido, son típicas las sesiones de 3 a 4 horas, 3 veces por semana, aunque hay pacientes que se dializan 2, 4 ó 5 veces por semana. También hay un número pequeño de pacientes que son sometidos a diálisis nocturna de hasta 8 horas por noche, 6 noches por semana.

Efectos secundarios y complicaciones

Hemodiálisis a menudo implica la eliminación de líquido (a través de ultrafiltración), porque la mayoría de los pacientes con insuficiencia renal pasan poco o nada de orina. Los efectos secundarios causados por la extracción de líquido en exceso y / o la eliminación de líquidos con demasiada rapidez incluyen la presión arterial baja, fatiga, mareos, dolores de pecho, calambres en las piernas, náuseas y dolores de cabeza. Estos síntomas pueden ocurrir durante el tratamiento y pueden persistir después del tratamiento, sino que a veces se denominan colectivamente como la resaca de diálisis o de lavado de diálisis. La severidad de estos síntomas suele ser proporcional a la cantidad y la velocidad de eliminación de líquidos. Sin embargo, el impacto de una determinada cantidad o la tasa de eliminación de líquido puede variar mucho de persona a persona y día a día. Estos efectos secundarios se pueden evitar y / o disminuir su gravedad, al limitar la ingesta de líquidos entre los tratamientos o aumentar la dosis de diálisis por ejemplo, diálisis más frecuente o más por el tratamiento que el estándar de tres veces a la semana, 3-4 horas a la pauta de tratamiento.

Debido a que la hemodiálisis requiere el acceso al sistema circulatorio, los pacientes que son sometidos a ella tienen un portal de entrada para los microbios, que puede conducir a septicemia o a una infección afectando las válvulas del corazón (endocarditis) o el hueso (osteomielitis). El riesgo de infección depende del tipo de

acceso usado (ver abajo). También puede ocurrir sangramiento, y otra vez el riesgo depende del tipo de acceso usado.

El coagulación de la sangre en los tubos y el dializador era una causa frecuente de complicaciones hasta que se implementó el uso rutinario de anticoagulantes.¹ Mientras que los anticoagulantes han mejorado los resultados, no están libres de riesgos y pueden conducir a hemorragia incontrolado. Ocasionalmente, la gente tiene reacciones alérgicas severas a los anticoagulantes. En estos casos la diálisis se hace sin la anticoagulación² o el paciente se pasa a un anticoagulante alternativo.

La heparina es el anticoagulante usado más comúnmente en pacientes de hemodiálisis, dado que generalmente se tolera bien y puede revertirse rápidamente con protamina. Una alternativa común a la heparina es el citrato, que ve uso en la unidad de cuidados intensivos y en los pacientes alérgicos a la heparina.

Acceso

En hemodiálisis hay tres modos primarios de acceso a la sangre:

- El catéter intravenoso
- La fístula de Cimino-Brescia arteriovenosa (AV)
- El injerto sintético (graft)

El tipo de acceso está influenciado por factores como el curso previsto del tiempo de la falla renal de un paciente y la condición de su vascularidad. Los pacientes pueden tener múltiples accesos en un tiempo determinado, usualmente debido a que debe ser usado temporalmente un catéter para realizar la diálisis mientras se está madurando el acceso permanente, la fístula o el injerto arteriovenoso.

El catéter



Catéter temporal para realizar la hemodiálisis.

El acceso de catéter, llamado a veces un CVC (Central Venous Catheter) (Catéter venoso central), consiste en un catéter plástico con dos luces, u ocasionalmente dos catéteres separados, que es insertado en una vena grande (generalmente la vena cava, vía la vena yugular interna o la vena femoral), para permitir que se retiren por una luz grandes flujos de sangre para entrar al circuito de la diálisis, y una vez purificada vuelva por la otra luz. Sin embargo el flujo de la sangre es casi siempre menos que el de una fístula o un injerto funcionando bien.

Usualmente se encuentran en dos variedades generales, entubado y no entubado.

El acceso de catéter **no entubado** es para corto plazo (hasta cerca de 10 días, pero a menudo solamente para una sesión de diálisis). El catéter emerge de la piel en el sitio de la entrada en la vena.

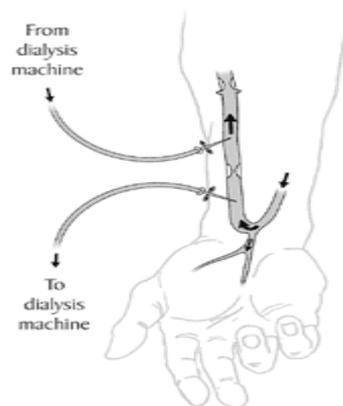
El acceso de catéter **entubado** implica un catéter más largo, que entubado debajo de la piel desde el punto de inserción en la vena hacia un sitio de salida a una cierta distancia. Generalmente se colocan en la vena yugular interna en el cuello y el sitio de salida está usualmente en la pared del pecho. El túnel actúa como barrera a los microbios invasores. Estos catéteres entubados se diseñan para

acceso de término corto o medio (solamente de semanas a meses), pues la infección sigue siendo un problema frecuente.

Aparte de la infección, otro problema serio con el acceso del catéter es la estenosis venosa. El catéter es un cuerpo extraño en la vena, y a menudo provoca una reacción inflamatoria en la pared de la vena, que resulta en una cicatriz y un estrechamiento de la vena, a menudo al punto donde se obstruye. Esto puede causar problemas de congestión venosa severa en el área drenada por la vena y puede también hacer la vena, y las venas drenadas por ella, inútiles para la formación de una fístula o de un injerto en una fecha posterior. Los pacientes en hemodiálisis de largo plazo pueden literalmente 'agotar' los accesos, así que esto puede ser un problema fatal.

El acceso de catéter es generalmente usado para acceso rápido para diálisis inmediata, para acceso entubado en pacientes que se considera que probablemente se recuperarán de una falla renal aguda, y pacientes con falla renal terminal, que están esperando a que madure el acceso alternativo, o los que no pueden tener acceso alternativo. Usualmente, el acceso de catéter es popular entre los pacientes, pues el acceso a la máquina de diálisis no requiere agujas. Sin embargo los serios riesgos del acceso de catéter, mencionados arriba, significan que tal acceso se debe contemplar como una solución a largo plazo solamente en la situación de acceso más desesperada.

La fístula arteriovenosa



Fístula de Cimino

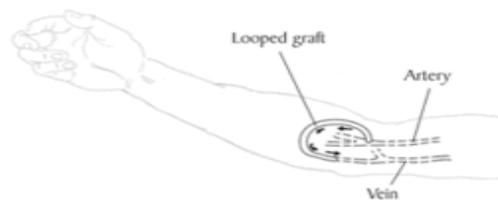
Las fístulas de Cimino arteriovenosas son reconocidas como el método de acceso más adecuado. Para crear una fístula arteriovenosa, un cirujano vascular junta una arteria y una vena a través de anastomosis. Puesto que esto puentea los vasos capilares, la sangre fluye en una tasa muy alta a través de la fístula. Esto se puede sentir colocando un dedo sobre una fístula madura, se percibirá como un "zumbido" o un "ronroneo". Esto es llamado el "trill" ("frémito"). Las fístulas se crean generalmente en el brazo no dominante, y se pueden situar en la mano (la fístula 'Snuffbox' o 'tabacalera'), el antebrazo (usualmente una fístula radiocefálica, en la cual la arteria radial es anastomosada a la vena cefálica) o el codo (usualmente una fístula braquiocéfala, donde la arteria braquial es anastomosada a la vena cefálica). Una fístula necesitará un número de semanas para "madurar", en promedio quizás de 4 a 6 semanas. Una vez madura podrá usarse para realizar la hemodiálisis, durante el tratamiento, dos agujas son insertadas en la fístula, una para drenar la sangre y llevarla a la máquina de diálisis, y una para retornarla.

Las ventajas del uso de la fístula arteriovascular son índices de infección más bajos, puesto que no hay material extraño implicado en su formación, caudales más altos de sangre (que se traduce en una diálisis más eficaz), y una incidencia más baja de trombosis. Las

complicaciones son pocas, pero si una fístula tiene un flujo muy alto en ella, y la vasculatura que provee el resto del miembro es pobre, entonces puede ocurrir el síndrome del robo, donde la sangre que entra en el miembro es atraída dentro de la fístula y retornada a la circulación general sin entrar en los vasos capilares del miembro. Esto da lugar a extremidades frías de ese miembro, calambres dolorosos, y si es grave, en daños del tejido fino. Una complicación a largo plazo de una fístula arteriovenosa puede ser el desarrollo de una protuberancia o aneurisma en la pared de la vena, donde la pared de la vena es debilitada por la repetida inserción de agujas a lo largo del tiempo. El riesgo de desarrollar un aneurisma se puede reducir en gran medida por una técnica cuidadosa al poner la aguja. Los aneurismas pueden necesitar cirugía correctiva y puede acortar la vida útil de una fístula.

En el cateterismo con una mala técnica de limpieza se puede producir una miocarditis, lo que puede ocasionar la muerte.

El injerto arteriovenoso (Graft)



Un injerto arteriovenoso.

En la mayoría de los aspectos, los injertos arteriovenosos son bastante parecidos a las fístulas, excepto que una se usa una vena artificial para juntar la arteria y la vena. Estas venas artificiales se hacen de material sintético, a menudo PTFE (Goretex). Los injertos son usados cuando la vascularidad nativa del paciente no permite una fístula, maduran más rápidamente que las fístulas, y pueden estar listos para usarse días después de la formación. Sin embargo, tienen alto riesgo de desarrollar estrechamiento donde el injerto se ha

cosido a la vena. Como resultado del estrechamiento, ocurren a menudo la coagulación o la trombosis. Como material extraño, tienen mayor riesgo de infección. Por otro lado, las opciones de sitios para poner un injerto son más grandes debido al hecho de que el injerto se puede hacer muy largo. Así que pueden ser colocados en el muslo o aún el cuello (el 'injerto de collar').

Equipo

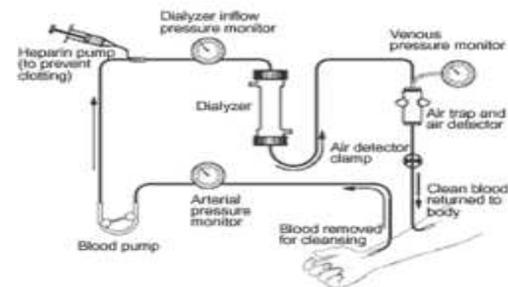


Diagrama esquemático de un circuito de hemodiálisis.

La máquina de hemodiálisis es un producto sanitario que realiza la función de bombear la sangre del paciente y el dialisato a través del dializador. Las máquinas de diálisis más recientes del mercado están altamente computarizadas y monitorizan continuamente un conjunto de parámetros de seguridad críticos, incluyendo tasas de flujo de la sangre y el dialisato, la presión sanguínea, el ritmo cardíaco, la conductividad, el pH, etc. Si alguna lectura está fuera del rango normal, sonará una alarma audible para avisar al técnico que está supervisando el cuidado del paciente. Dos de los fabricantes más grandes de máquinas de diálisis son Fresenius y Gambro.

Sistema de agua

Un extenso sistema de purificación del agua es absolutamente crítico para la hemodiálisis. Puesto que los pacientes de diálisis están expuestos a vastas cantidades de agua que se mezcla con el baño ácido para formar el dialisato, incluso pueden filtrarse en la sangre trazas de minerales contaminantes o endotoxinas bacterianas. Debido a que los riñones dañados no pueden realizar su función prevista de

quitar impurezas, los iones que se introducen en la corriente sanguínea por vía del agua pueden aumentar hasta niveles peligrosos, causando numerosos síntomas incluyendo la muerte. Por esta razón, el agua usada en hemodiálisis es típicamente purificada usando ósmosis inversa. También es checada para saber si hay ausencia de iones de cloro y cloraminas, y su conductividad es continuamente monitoreada, para detectar el nivel de iones en el agua.

Dializador

El dializador, o el riñón artificial, es un producto sanitario y es la pieza del equipo que de hecho filtra la sangre. Uno de los tipos más populares es el dializador hueco de fibra, en el cual la sangre corre a través de un paquete de tubos capilares muy finos, y el dialisato se bombea en un compartimiento que baña las fibras. El proceso mimetiza la fisiología del glomérulo renal y el resto del nefrón. Los gradientes de presión son usados para remover líquido de la sangre.

La membrana en sí misma a menudo es sintética, hecha de una mezcla de polímeros como poliariletersulfona, poliamida y polivinilpirrolidona. Los dializadores vienen en muchos tamaños diferentes. Un dializador más grande generalmente se traducirá en un área incrementada de membrana, y por lo tanto en un aumento en la cantidad de solutos removidos de la sangre del paciente.

Diferentes tipos de dializadores tienen diversos aclaramientos (clearance) para diferentes solutos. El nefrólogo prescribirá el dializador a ser usado dependiendo del paciente. El dializador puede ser tanto desechado como reutilizado después de cada tratamiento. Si es reutilizado, hay un procedimiento extenso de esterilización. Cuando se reutilizan, los dializadores no son compartidos entre pacientes. Ni se podrán compartir de ningún

tipo de catéter ya que este puede transmitir algún tipo de infección que puede ser fatal para el paciente tratado.

Valores Normales De Urea En Sangre

Los valores normales en los adultos son entre 7 y 20 mg por decilitro. En los niños pequeños se aceptan valores de 5 a 18 mg/dl.

Los valores más altos de 100 mg/dl se deben a un fallo renal importante.

Creatinina: La creatinina es una molécula de deshecho que se genera a partir del metabolismo muscular. La creatinina proviene de la creatina, una molécula muy importante para la producción de energía muscular. Aproximadamente el 2% de la creatina del cuerpo se convierte en creatinina cada día. La creatinina se transporta desde los músculos por medio de la sangre hacia el riñón. Los riñones filtran la mayoría de la creatinina y la eliminan en la orina.

Aunque es una sustancia de deshecho, la creatinina es una prueba diagnóstica esencial, ya que se ha observado que su concentración en sangre indica con bastante fiabilidad el estado de la función renal. Si los riñones no funcionan bien, no eliminan bien la creatinina y por lo tanto ésta se acumula en la sangre. Por esto la creatinina puede avisar de una posible disfunción o insuficiencia renal, incluso antes de que se presenten síntomas. Por eso la creatinina suele figurar en los análisis de sangre que se realizan comúnmente.

Los valores normales de creatinina en la sangre son aproximadamente 0,6 a 1,2 miligramos (mg) por decilitro (dL) en los varones adultos y 0,5 a 1,1 miligramos por decilitro en las mujeres adultas. Los adultos con mucha masa muscular pueden tener más creatinina en la sangre que la población normal. Las personas ancianas, por otro lado, pueden tener menos creatinina en la sangre de lo normal. Algunos fármacos pueden producir una elevación

anormal de las concentraciones de creatinina en sangre. Una concentración muy elevada de creatinina en la sangre puede indicar la necesidad de someterse a diálisis para eliminar las sustancias de deshecho de la sangre.

Electrólitos

Electrólitos	Valores normales
Sodio	135-145 mEq/l
Potasio	4.5-5.0 mEq/l
Calcio Iónico	4.2-5.2 mg/dl
Calcio total	9-11 mg/dl
Cloruros	95-110 mEq/l
Hierro	65-165 mcg/100 ml
Fósforo	
Niños :	2.5-5 mg/dl
Adultos:	4.07-7.0 mg/dl
Cobre	65-165 mcg/

VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES

El día 31 de mayo se realiza una nueva revaloración debido a que el paciente comienza con signos de infección hipertermia, inflamación y enrojecimiento en el área local del catéter, adinamia y vomito. El día primero de junio acude a la clínica del IMSS de la ciudad de Zamora Michoacán a la terapia de hemodiálisis donde es valorado por el nefrólogo dando como diagnóstico infección en el catéter recetando levofloxacino una tableta en la mañana y otra en la noche.

Posteriormente el día 14 de junio del 2011 asiste al servicio de cardiología donde se realizan estudios de ecocardiograma, estudios de gabinete biometría hemática, química sanguínea examen general de orina y cultivo de bacterias. Dando como diagnóstico infección arterial. Se indica internamiento de emergencia en el servicio de urgencias donde dura 4 días posteriormente se pasa a cuarto sin realizar ninguna terapia de hemodiálisis presentando edema en músculos faciales, extremidades inferiores y superiores.

Hasta el día 19 de junio se realiza la primera terapia de hemodiálisis 3 horas 2 días a la semana y hasta el día 8 de julio se retira el catéter disfuncional para posteriormente colocarlo en la dando como resultado un catéter funcional y las terapias continúan de igual manera.

El martes 12 de julio se traslada a la ciudad de Zamora Michoacán para seguir en hospitalización y en observación continua volviendo las terapias los días lunes miércoles y viernes 4 horas.

Necesidad de oxigenación

Su ritmo respiratorio es de 20 por minuto, la frecuencia cardíaca de 80 latidos por minuto su presión arterial 140/70 y su llenado capilar a dos segundos.

A la observación los campos pulmonares con buena ventilación, palidez generalizada, y llenado capilar normal.

Necesidad de nutrición e hidratación

La dieta esta basada en verduras 7 días a la semana, carnes dos veces por semana (pollo y pescado), frutas y cereales todos los días, una tortilla en cada comida y la minima ingesta de agua.

Se observan membranas mucosas secas, cabello reseco y uñas quebradizas. A la palpación un abdomen globoso y se escuchan ruidos peristálticos normales. Presenta edema en músculos faciales y en extremidades superiores e inferiores. A disminuido su peso corporal ya que anteriormente pesaba 77 y en la actualidad 67 kilogramos su talla es de 1.63 mts

Necesidad de Eliminación

Evacua una vez al día con buena coloración amarillo claro y morrón de consistencia dura y normal refiere que la orina es en goteo. Continúa con el tratamiento de hemodiálisis.

Necesidad de Termorregulación

Presenta una temperatura de 36.8 C. presenta dificultad para adaptarse a cambios de clima refiere ser muy friolenta. Su transpiración se encuentra normal.

Necesidad para mantenerse y tener buena postura.

Actualmente la única actividad física que realiza camina en los pasillos del hospital, refiere mareos, fatiga y debilidad, en diversas ocasiones.

Necesidad de descanso y sueño

Duerme de 4 a 5 horas diarias por motivo que se encuentra hospitalizada, realiza una siesta durante el día de una a dos horas.

A la observación se muestra conciente, tranquila, con ojeras y bostezos continuos con buena concentración y respuesta a estímulos.

Necesidad de uso de prendas de vestir adecuadas

La usuaria se muestra incomodidad en la ropa intrahospitalaria que viste, durante el tiempo que esta hospitalizada, en ocasiones refiere le gustaría usar nuevamente vestidos y zapatos de tacón.

Necesidad de higiene y protección de la piel.

La señora María realiza baño diario y el cepillado bucal 3 veces al día, el aseo de manos antes de comer y después de ir al baño, refiere caída de pelo continua, el aspecto general es de una buena higiene personal.

Necesidad de evitar peligros

Conoce parcialmente las medidas preventivas para evitar accidentes dentro del hospital.

Necesidad de comunicarse

La señora María con la persona que más se comunica es con su esposo ya que se encuentra día y noche en el hospital, con el cual tiene una relación de 27 años de casados mientras que sus hijos la visitan únicamente los fines de semana.

Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Todos los integrantes de la familia profesan la religión católica y asisten a misa todos los domingos.

Refiere que a sus hijos les a inculcado los valores de la responsabilidad, honestidad, honradez. El principal valor personal es el respeto a sí misma.

Los datos que ella refiere son congruentes con su manera de pensar y con su forma de vivir.

Necesidad de trabajar y realizarse.

La usuaria actualmente se encuentra pensionada, pero sin embargo las necesidades económicas se hacen visibles ya que es una patología con tratamientos costosos, sin embargo se encuentra satisfecha con el rol familiar que desempeña como madre y esposa.

Sin embargo refiere sufrimiento por no poder costear los gastos de los estudios de sus hijos debido a los costos que genera su enfermedad.

Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.

Realiza bordados y costuras para que se le pase mas pronto el tiempo dentro del hospital.

Necesidad de aprendizaje

Dona María no tiene ningún problema que interfiera en su aprendizaje, pone mucha atención a las instrucciones que se le dan sobre el cuidado de su salud. En ocasiones le gusta leer y realiza operaciones simples como suma, restas, multiplicaciones y divisiones.

7.3 BIBLIOGRAFIA

Rosales, BS, Reyes, GE, Fundamentos de enfermería. Editorial manual moderno México 1999. Pág. 636.

Gerard J., Sandra Reynolds Grabowski. Principios de anatomía y fisiología. Editorial Oxford university press. Novena edición. México, pag 1175

Kozier, B, et al Fundamentos de enfermería 5 Ed, vol 1 conceptos procesos y practica, editorial Mc Graw Hill Interamericana, Mexico 1999.

Colliere, MF. Promover la vida. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, España, 1993. 395 pp.

Fernández, FC, Novel, MG. El proceso de atención enfermería. Estudio de casos. Editorial Masson, 1999. 115 pp.

García, GM de J. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. 1 Edición. Editorial Progreso, México, 1997. 323 pp.

Hernández, CJ, Esteban, AM. Fundamentos de enfermería. Teoría y Método. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, España 1999. 152 pp.

Kerouac, S, Pepin, J, et al. El pensamiento enfermero. Editorial Masson, Barcelona, 167 pp.

Marriner, TA, Raile, AM. Modelos y teorías de enfermería. 4ª Ed. editorial Harcourt Brace, España, 1999. 555 pp.

Medina, JL. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Editorial Alertes, Barcelona, 1999. 307 pp.

Murray, ME, Atkinsón, LP. Proceso de atención enfermería. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México 1996. 225 pp.

Phaneuf, M. La planificación de los cuidados enfermeros. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México.

Siles, J. Historia de la Enfermería. Editorial Aguaclara, España, 1999. 375 p

Dueñas, F, JL. El Proceso de Atención de Enfermería. Consultado el 22 de abril 2006.

Disponible en: www.terra.es/personal/duenas/pae.htm

1- Caplan, O. "Principios de Psiquiatría Preventiva Ediciones Paidós. Barcelona, 1985.

2- Slaikeu, K. "Intervención en crisis" Ed. El Manual Moderno. México, 1988.

3- Navarro Góngora, J. "Avances en terapia familiar sistémica" Editorial Paidós, Barcelona, 1995.

4- Dobbs, B.; Poletti, R. "Vivir el hospital" Ediciones Rol, Barcelona, 1981.

5- Balint, E.; Norell, J. "Seis minutos para el paciente" Editorial Paidós, Buenos Aires, 1979

Iyer, W, Taptich, B, etal. Proceso y diagnostico de enfermería. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México 1995. 437 paginas.

Linda juall carpenito, mickleton, Manual de diagnósticos de enfermería. Editorial Mc Graw- Hill interamericana, novena edicion, nursing consultant, New Jersey. Pag. 794

Anne W Rohweder, Nordward / Rohweder. Bases científicas de la enfermería. Segunda edición, manual moderno S.A. de C. V. Madelyn T. N. Universidad de Washintong E.U.A. Pág. 712