



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

“PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UN ADULTO MADURO QUE CURSA CON ALTERACIÓN EN LA NECESIDAD DE ELIMINACIÓN Y ALIMENTACIÓN BASADO EN EL MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON”.

Que para obtener el título de:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

P R E S E N T A:

MARÍA GUADALUPE SÁNCHEZ GARCÍA

ASESORA: MTRA. MARTHA LILIA BERNAL BECERRIL

MÉXICO, D.F., 2013.



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.



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.

## DEDICATORIA

Al creador de todas las cosas, el que me ha dado su guía y las fuerzas para continuar cuando a punto de caer he estado, con toda la humildad que mi corazón puede emanar, dedico primeramente mi trabajo a mi Dios.

A mi hermosa familia porque gracias al grande amor, cariño, apoyo y comprensión que me han brindado hicieron que pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón, agradecimiento y este triunfo.

A mi sobrino....

A ti mi pequeño Luis A. que ya no estas físicamente, ahora estas en mi corazón en mi esencia, y en todos los días de mi pensamiento, tus últimos gestos fueron mi motivación para poder concluir mis estudios.

A mis maestros que en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una profesional preparada para los retos que pone la vida.

¡GRACIAS!

## ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN.....	1,2
2.- JUSTIFICACIÓN.....	3
3.- OBJETIVOS.....	4
4.- METODOLOGÍA.....	5,6
5.- MARCO TEÓRICO.....	6
5.1.- Antecedentes Históricos de la Enfermería.....	6,7
5.2.- Concepto de Enfermería.....	7-8
5.3.- Modelo Conceptual de Virginia Henderson.....	9-15
5.4.- Definición de las Catorce Necesidades.....	16-19
5.5.- Proceso Atención de Enfermería.....	19-28
6.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA.....	29
6.1.- Ficha de Identificación.....	29
6.2.- Presentación del Caso clínico.....	30-31
6.3.- Exploración física.....	32-33
6.4.- Valoración de las necesidades.....	34-42
7.- DIAGNÓSTICOS.....	43-44
8.- DIAGNÓSTICOS, PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN.....	45-80
9.- PLAN DE ALTA.....	81-86
10.- CONCLUSIONES.....	87
11.- GLOSARIO.....	88-89
12.- BIBLIOGRAFÍA.....	90
13.- ANEXOS.....	91-98

## 1. INTRODUCCIÓN

La enfermería es una ciencia aplicada que requiere de destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas que se llevan a cabo a través del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), en el cual su principal objetivo es ayudar a los pacientes a lograr su potencial máximo de salud.

La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, de acuerdo a la OMS. Ésta definición se correlaciona estrechamente con el pensamiento enfermero, el cual es un pensamiento holístico, en el cual no solo se dan cuidados a las condiciones físicas, sino también, a las psicológicas y sociales.

La enfermera que pretenda la realización de un PAE efectivo requiere estrictamente de conocimientos científicos, capacidades técnicas, y de relación. El objeto de mi proceso atención de enfermería es un adulto maduro que cursa alteración en las necesidades de eliminación y alimentación. Ya que actualmente dicha enfermedad (insuficiencia renal crónica) es la resultante de diversas enfermedades crónico degenerativas, entre las que destacan la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, fenómeno que ocurre de manera similar en todo el mundo y que, lamentablemente, conduce hacia un desenlace fatal si no es tratada. Las cifras de morbilidad y mortalidad son alarmantes; en México, esta es una de las principales causas de atención en hospitalización y en los servicios de urgencias. Es considerada una enfermedad catastrófica debido al número creciente de casos, por los altos costos de inversión, recursos de infraestructura y humanos limitados, la detección tardía y altas tasas de morbilidad y mortalidad. Hasta el momento, se carece de un registro de pacientes con enfermedad renal crónica (ERC), por lo que se desconoce el número preciso de pacientes en cualquiera de sus estadios, los grupos de edad y sexo más afectados, así como el comportamiento propio de los programas.

Se estima una incidencia de pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) de 377 casos por millón de habitantes.<sup>1</sup>

El presente proceso atención de enfermería se realizó en el Hospital Regional 1ero de Octubre durante el servicio social en el servicio de medicina interna (5°Piso) tiene su aplicación en un adulto maduro, que cursa con alteración en las necesidades de eliminación y alimentación. Siguiendo el modelo conceptual de Virginia Henderson y sus 14 necesidades, brindando los cuidados de enfermería necesarios, para lograr la independencia lo antes posible del Sr. Bernardo.

El marco teórico se construyó con revisión bibliográfica y con referencias para validar el proceso de atención de enfermería, como parte de la valoración, la entrevista fue realizada de manera directa, de igual manera se obtuvieron datos de manera indirecta (familiares). También se recopilaron datos de la historia clínica, la exploración física en la cual se fueron identificando las necesidades básicas del paciente.

Los diagnósticos de enfermería se realizaron de acuerdo a las etiquetas de la NANDA y con base en el formato PES. Con ello se estableció un plan de cuidados, tomando en cuenta el grado de dependencia e independencia del paciente. Terminado el plan de cuidados se siguió con la ejecución de tal plan y por último la evaluación de los resultados obtenidos de la aplicación del proceso atención de enfermería, considerando el obtener niveles de satisfacción óptimos para el paciente.

---

<sup>1</sup> Antonio M-Durán, J. Méndez F-Bueno, Tapia T-Yáñez, Muñoz A.y Aguilar L. Diálisis y Trasplante 2013 (El Sevier) consultado el 25/09/2013, disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/dialisis-trasplante-275/epidemiologia-insuficiencia-renal-cronica-mexico-13147524-originales-2010>. 7.

## 2. JUSTIFICACIÓN

Debido a la alta incidencia en casos de IRC en México y de las desastrosas consecuencias que trae la enfermedad mal cuidada, es por ello que se procede a la realización de un PAE, como opción a titulación, ya que es el mejor método que permite proporcionar cuidados sistemáticos y que aceleran la pronta recuperación del paciente.

El presente Proceso Atención de Enfermería se realiza durante el servicio social en el Hospital Regional 1° de Octubre” en el servicio de medicina interna (5° piso) detectado a un adulto maduro de 55 años de edad con alteración en la necesidad de eliminación y alimentación. Es en este momento donde surge el interés por el conocimiento de los cuidados a la persona con diversas necesidades alteradas. El contenido temático de este Proceso de Atención Enfermería permitirá, poner en práctica los conocimientos teóricos y procedimientos adquiridos en la formación académica.

Con la enfermedad en diversos momentos surgen eventos que ponen en riesgo o incluso impiden que el paciente pierda su independencia totalmente, siendo este un desenlace triste para el paciente y la familia. Por esta razón es que la intervención por el personal de salud cobra relevancia en la detección, identificación de factores de riesgo para detectar los límites entre salud y enfermedad y se llevará a cabo estableciendo planes de cuidado que den fundamento científico de las acciones de enfermería, brindando una atención individualizada, de calidad, de acuerdo con la priorización de necesidades alteradas, de tal modo involucrando a la familia completa para la recuperación del mismo.

El propósito final no cae solo en el cuidado del paciente de acuerdo al padecimiento actual de salud, sino en el cómo se van a plantear los cuidados adecuados a este padecimiento y que puedan ser ejecutados, la evaluación de las mismas y valorar si es conveniente adoptar otras estrategia de cuidado para que el paciente y la familia acepte y siga con el tratamiento y cuidados establecidos que permita mejorar su salud, integridad y calidad de vida en el hogar.



### 3. OBJETIVO GENERAL

- ✚ Integrar los conocimientos académicos obtenidos durante la formación profesional para elaborar el proceso de atención de enfermería a un paciente que cursa con insuficiencia renal crónica basándose en el modelo conceptual de Virginia Henderson y sus catorce necesidades básicas para proporcionar una atención integral e individualizada.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Detectar las manifestaciones de dependencia en el paciente para determinar y establecer los diagnósticos de enfermería de acuerdo a la taxonomía de la NANDA y al formato PES, a las necesidades mayormente alteradas.
- ❖ Elaborar el plan de cuidados teniendo siempre en cuenta la fundamentación científica.
- ❖ Evaluar las intervenciones de enfermería para optimizarlas o reemplazarlas.
- ❖ Establecer el plan de alta al Sr. Bernardo involucrando a su familia en los cuidados.

#### 4. METODOLOGÍA

La aplicación del proceso atención enfermería se llevó a cabo dentro de los siguientes límites:

**LUGAR:** El Proceso de Atención de Enfermería se llevó a cabo en el Hospital Regional 1° de Octubre” del ISSSTE, en el servicio de Medicina Interna (5° piso).

**TIEMPO:** La elaboración de este trabajo se llevó acabo el día 21 al 27 de mayo del 2013

**ESPACIO:** Servicio de medicina interna.

**UNIVERSO:** Sr. Bernardo de 55 años de edad, hospitalizado en la cama 513.

El presente proceso atención de enfermería, se elaboró basándose en el modelo conceptual de Virginia Henderson, el cual fue utilizado como herramienta teórico metodológica, para poder desarrollar e integrar los cinco pasos del proceso que son: valoración, diagnostico, planeación, ejecución y evaluación. Basándose en las 14 necesidades básicas del ser humano.

Con información bibliográfica se construyó el marco teórico, con referencias para validar el proceso de atención de enfermería, el cual se aplicó al Sr. Bernardo de 55 años el cual cursa con alteración en la necesidad de eliminación y alimentación.

Se inició la valoración del paciente, la cual se llevó acabo en el 5° piso del Hospital Regional 1° de Octubre del ISSSTE. La entrevista fue por medio de interrogatorio directo y posteriormente familiares (esposa e hijas). También se recopilaron datos de la historia clínica, la entrevista, observación, y exploración física de la cual se fueron identificando las necesidades básicas del paciente según Virginia Henderson.

Se realizaron los diagnósticos de enfermería en base al formato PES y empleando etiquetas NANDA. Con ello se estableció un plan de cuidados, tomando en cuenta el grado de dependencia e independencia del paciente. Terminado el plan de cuidados se siguió con la ejecución de tal plan y por último la evaluación de los resultados obtenidos de la aplicación del proceso atención de enfermería, considerando el obtener niveles de satisfacción óptimos para el paciente y su familia.

## 5. MARCO TEÓRICO

### 5.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE ENFERMERÍA

A la enfermería se le ha denominado la más antigua de las artes y la más joven de las profesiones.<sup>2</sup> Ha atravesado por numerosas etapas y ha formado parte de los movimientos sociales, ha sido elemento partícipe de una época, por lo que ha sido modelada y que ha ayudado a su desarrollo.

La enfermería tiene su origen en el cuidado materno de los niños indefensos y tiene que haber coexistido con este tipo de cuidados desde los tiempos más remotos. La palabra inglesa nurse se deriva del vocablo latino nutrire, nutrir. El termino nurse tiene su origen en latín, en el nombre de nitrix “madre que cría”. A menudo se hacía referencia a madre que amamantaba a un niño que no era hijo suyo, era un ama de cría.

En consecuencia la imagen de la enfermería como madre amorosa, que conforta y cuida instintivamente sigue siendo muy popular, el instinto del progenitor describe con mayor exactitud que esa fuente de motivación, está presente en ambos sexos, en todas las razas y diferentes grupos de edad.

---

<sup>2</sup> Ortega M. Enfermería y sociedad; Reconocimiento social de la enfermería. Universidad de castilla. [en línea]. [fecha de acceso 24/09/13]. URL disponible en: <http://books.google.com.mx/books?isbn=8477291004>.

Con el paso del tiempo se puso de manifiesto que el amor y la dedicación no bastaban por sí mismo, para fomentar la salud o vencer la enfermedad. El desarrollo de la enfermería dependía de tres integrantes esenciales; habilidad, experiencia y conocimiento.

A través de las décadas se ha notado que el profesional de enfermería se ha preocupado por el estudio, comprensión y aplicación de modelos conceptuales de enfermería, lo cual ha sido un avance importante para la aplicación del proceso de enfermería.

## 5.2 CONCEPTO DE ENFERMERÍA

En 1979, la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para Europa publica un Documento Básico sobre Enfermería en el que expresa que: La enfermería es una actividad innata fundamental del ser humano y, en su forma organizada, constituye una disciplina o ciencia sanitaria en sí misma. Su responsabilidad esencial es ayudar a individuos y grupos (familia/comunidad) a funcionar de forma óptima en cualquier estado de salud en que se encuentren. Esto significa que la disciplina abarca las funciones de cuidar tanto en la salud como en la enfermedad y se extiende desde la concepción hasta la muerte, se ocupa de mantener, promocionar y proteger la salud, cuidar al enfermo y ayudar a la rehabilitación. Contempla los aspectos psicosomáticos y psicosociales de la vida en lo que estos afectan a la salud, la enfermedad y la muerte. La enfermería requiere la aplicación de entendimiento, conocimientos y habilidades específicas de la disciplina.<sup>3</sup>

Virginia Henderson describe: la enfermería como: “La función singular de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo; en la realización de las actividades, que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a una muerte placentera) y que el llevaría a cabo sin ayuda si tuviera fuerza, la voluntad o el

---

<sup>3</sup>Comisión Asesora en Cuidados y Desarrollo Profesional Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Manual para el correcto manejo de planes de cuidado 2012 [en línea]. Consulta: 13/octubre/2012. Disponible en: <http://www.carloshaya.net/denfermeria/media/Cuidados/Manual%20planes%20cuidados.pdf>.

conocimiento necesarios y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible”.

Es importante resaltar algunos términos que se deben tomar en cuenta para el cuidado de enfermería, estos son: asistir al individuo enfermo o no, lo que significa que el trabajo de enfermería no debe responder solo a los síntomas de la enfermedad si no la visión del cuidado de la salud de los enfermos. individuo, se trata de considerarlo desde una dimensión holística (espiritual, emocional, física ,cultural, social y económica para dejar de visualizarlo como paciente ,lo que conlleva significados como: pasivo, dependiente, sumiso, incapaz de tomar decisiones y ser responsable de su salud; ayudarlo a adquirir independencia, este término se relaciona con el anterior ,ya que se pretende que el individuo sea responsable de su salud y no dependa de una institución o de algún profesional de la misma.

Henderson, dice que la enfermera trabaja en una relación de interdependencia con otros trabajadores de la salud y compara las porciones de una tarta con el grado de participación de los profesionales del equipo de salud en la atención del paciente. Las porciones de la tarta varían de acuerdo con las necesidades del paciente. La meta es que el paciente representa la porción más grande de la tarta al ir recuperando su independencia y afirma que la enfermera debe ser legalmente una profesión independiente, capaz de hacer juicios independientes, considera la enfermera como mayor autoridad en los cuidados básica de enfermería. Ubica estos cuidados básicos en catorce componentes o necesidades básicas del paciente.

### 5.3 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

El modelo conceptual de Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería. La aplicación del proceso de cuidados a partir de este modelo resulta esencial para la enfermera que quiere individualizar los cuidados, sea cual sea la situación que viva el paciente. Sin embargo, para llegar a planificar los cuidados a partir del concepto de cuidados de enfermería de Virginia Henderson, hay que profundizar en los conceptos claves de este modelo.



La definición del rol fundamental de la enfermera elaborado por esta autora, permite precisar los principales conceptos del modelo, dado que esta definición refleja de forma clara precisa y completa el pensamiento de esta enfermera.

Definición de rol de la enfermera según Virginia Henderson:

El rol fundamental de la enfermera consiste en ayudar al individuo enfermo o sano a recuperar la salud (o asistirlo en los últimos momentos) para que pueda cumplir las tareas que realizaría el solo si tuviera la fuerza, la voluntad o poseyera los conocimientos deseados, y cumplir con sus funciones, de forma que le ayudemos a reconquistar su independencia, lo más rápidamente posible.<sup>4</sup>

Encontramos de nuevo en esta definición y en la obra de Henderson conceptos claves que permiten identificar los postulados, los valores y los elementos mayores del modelo.

#### POSTULADOS

En los postulados que sostienen el modelo descubrimos el punto de vista del paciente que recibe los cuidados de la enfermera. Para Virginia Henderson, el

---

<sup>4</sup> Henderson. V. La naturaleza de la enfermería, reflexión 25 años después, España, 1994.

individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta 14 necesidades fundamentales, y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

Inspirándose en el pensamiento de esta autora, los principales conceptos son explicados de la siguiente manera:

- Necesidad fundamental. Necesidad vital, es decir, de todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar.
- Independencia. Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realizara el mismo que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.
- Dependencia. No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano o las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.
- Problema de dependencia. Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por los signos observables en el paciente.
- Manifestación. Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.
- Fuente de dificultad: Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

- Fuerza: Se entiende por ésta, no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. La dependencia proviene de que el individuo carece de fuerza, no solo de fuerza física sino también de fuerza normal, para tomar decisiones y comprometerse en las acciones necesarias para conservar o recuperar la salud. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.
- Conocimientos: los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles. Hay desconocimiento de los mecanismos de acción del desarrollo de enfermedades, de los recursos de salud, de los cuidados que se deben tener cuando se presenta la enfermedad para evitar su desarrollo, en general lo que se refiere a prevención, curación y rehabilitación.
- Voluntad: compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación. La voluntad se ve disminuida por los problemas de salud, frecuentemente este estado está relacionado con la capacidad intelectual y se ve limitado por la falla de recursos económicos o por factores socioculturales.

Dichos postulados se resumen en:

- Cada persona quiere y se esfuerza por conseguir su independencia.
- Cada individuo es un todo compuesto y complejo con catorce necesidades.
- Cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no es un todo complejo e independiente.



## VALORES

Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson, quien afirma que si la enfermera no cumple su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar. Cuando la enfermera asume el papel del médico delega en otros su propia función. La sociedad espera de la enfermera un servicio que solamente ella puede prestar.<sup>5</sup>

## DEFINICIÓN DE HENDERSON, LOS 4 CONCEPTOS BÁSICOS DEL METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA:

### SALUD:

La salud<sup>6</sup> se define como un estado de integridad de los componentes del sistema biológico, físico y social del ser humano. Es un estado relativo en el cual es uno capaz de ejercer en forma normal todas sus funciones “todas las personas tienen derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure así como a su familia la salud y el bienestar” (ONU, 1948).

“Es el equilibrio bio-psico-social que tiene todo ser vivo y no solo la ausencia de enfermedad.”Virginia Henderson define la salud como “La calidad de la salud más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad.

### ENTORNO:

Con relación al entorno, aunque no está claramente definido, aparece en los escritos de Henderson en 1969.<sup>7</sup> Como el postulado que más evoluciona con el paso del tiempo. Inicialmente hablaba de algo estático, sin embargo en los escritos más recientes (Henderson, 1985) habla de la naturaleza dinámica del entorno y de su impacto sobre el usuario y la enfermera. Sin embargo incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la

---

<sup>5</sup>Henderson.V. [Internet]. [acceso 28 octubre.2013]. Disponible en:  
<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/mod/resource/view.php?inpopup=true&id=61971>.

<sup>6</sup>Kozier Bárbara, et. al. Op. cit. p. 8.

<sup>7</sup>Ibíd.

comunidad de proveer cuidados, el medio ambiente en que el individuo desarrolla su actividad como el hogar, trabajo, escuela u hospital. Los individuos sanos pueden ser capaces de controlar su entorno físico inmediato, la enfermedad puede interferir en tal capacidad, por lo tanto las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones producidas por agentes externos, mecánicos o físicos.

Virginia H. afirma que la enfermera obtendrá una gratificación inmediata al ver los procesos del paciente para lograr su independencia. "La enfermera debe hacer un esfuerzo por entender al paciente.

#### PERSONA:

Es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial.<sup>8</sup>

Es el individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad. La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad. Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia; necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

Se puede definir como un todo formado con las sumas de sus partes, cada parte es reconocible e independiente, empieza y termina en un punto fijo sin contacto con ninguna otra parte. Es el ser humano que piensa, siente y actúa en parte relativamente estable y predecible del pensamiento y la conducta. Es

---

<sup>8</sup>Kozier Bárbara, et. al. Op. cit. p. 9.

un todo integral que funciona biológica y socialmente ,es una unidad que posee las capacidades, aptitudes y el poder de llevar a cabo el auto cuidado.

#### ENFERMERÍA:

Henderson define a la enfermería en términos funcionales: La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible.<sup>9</sup>

El modelo de Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería. En los postulados que sostienen el modelo, descubrimos el punto de vista del paciente que recibe los cuidados de la enfermera. Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible. Y de los cuales se describen a continuación.

#### CUIDADO:

El concepto de cuidado es ante todo un acto de vida en el sentido de que cuidar que representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permite que esta se continúe y reproduzca.

En enfermería el cuidado es un proceso mutuo entre las personas que lo reciben y la enfermera que responde a sus necesidades de atención con su presencia. Va dirigido a mantener la salud de las personas en todas sus dimensiones, salud física, mental y social.

Es indispensable identificar las características de los cuidados y del servicio de enfermería así como explicar el proceso de los cuidados para así determinar sus competencias en turno a la salud y sea reconocida por los usuarios de los

---

<sup>9</sup>Kozier Bárbara, et. al. Op. cit. p. 10.

cuidados para que estos sepan lo que pueden esperar de ellos y para que los cuidadores puedan valerse de los medios y de las condiciones necesarias para su representación.

Henderson. Identifico tres niveles de relación entre la enfermera y el paciente:

1. La enfermera como sustituto del paciente
2. La enfermera como ayuda del paciente
3. La enfermera como compañera y orientadora del paciente.

### CONCEPTOS.

Los elementos mayores del modelo han sido identificados de la siguiente manera:

\* Objetivos: Conservar o recuperar la independencia del paciente en la satisfacción de sus catorce necesidades.

\* Cliente/paciente: Ser humano que forma un todo complejo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden biopsicosocial:

Las 14 necesidades que fundamentales de éste modelo son las siguientes:

1. Oxigenación
2. Alimentación e Hidratación.
3. Eliminación
4. Movimiento y Postura
5. Descanso y Sueño
6. Vestido
7. Termorregulación
8. Higiene
9. Evitar peligros
10. Comunicación
11. Creencias y Valores
12. Trabajar y Realizarse
13. Recreación
14. Aprendizaje.

## 5.4 DEFINICIÓN DE LAS 14 NECESIDADES

### 1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

La respiración es la función por medio de la cual el organismo absorbe (inspiración) del exterior, el oxígeno necesario para el sostenimiento de la vida y elimina (expiración), del interior de los gases nocivos para la misma.

El intercambio de los gases en el acto de la respiración se realiza a dos niveles. 1º entre el organismo y el medio ambiente, y 2º el interior del organismo, entre las células de los tejidos y la sangre, (respiración tisular).

### 2. NECESIDAD DE HIDRATACIÓN Y NUTRICIÓN.

El término nutrición es una cualidad o estado de los seres vivos; cuando usamos este término para referirnos a una persona humana, es fácil determinar si está bien o mal nutrida. El agua es un componente abundante y necesario en el organismo humano y está localizada en el espacio intracelular, o sea, dentro de las células en la proporción de dos terceras partes y en el espacio extracelular fuera de las células, en una tercera parte.

El cuerpo del recién nacido está constituido de un 80% de agua. En el organismo del adulto este componente está presente del 45 al 60 por ciento.

### 3. NECESIDAD DE ELIMINAR LOS DESECHOS CORPORALES.

Para conservar su funcionamiento normal, el organismo debe desechar los residuos acumulados durante el catabolismo de los alimentos, así como los gases y otros elementos no utilizables, formados durante el proceso de la digestión. Al acto de evacuar el intestino se le denomina defecación y a los desechos eliminados se les llama heces.

### 4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER LA DEBIDA POSTURA.

Hace un matiz sobre los cambios posturales y la prevención de úlceras por decúbito, e incluye la rehabilitación. El ejercicio físico ayuda a mantener un corazón saludable.

## 5. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

El sueño es un estado de inconsciencia del que se puede sacar a una persona por medio de estímulos apropiados, se caracteriza por una mínima actividad física; niveles variables de conciencia, cambios en los procesos fisiológicos corporales y disminución de la respuesta a los estímulos externos.

El sueño ayuda a recuperar la energía perdida durante las actividades cotidianas y el trabajo físico y mental del día. Lactantes de 14 a 18 horas diarias, niños de 10 a 14 horas diarias, adolescentes y adultos de 7 a 9 horas diarias.

Descanso; es un estado del organismo en el que hay ausencia de tensión o activación, que se manifiesta en los tres niveles de respuesta del mismo: fisiológico (bajo nivel de tensión muscular, frecuencia respiratoria lenta y pausada, ritmo cardiaco lento), conductual (expresiones faciales relajadas), cognitivo; pensamientos de calma, bienestar, percepción de sentimientos placenteros.

## 6. NECESIDAD DE VESTIDO.

Es importante reducir al mínimo la interrupción de costumbres establecidas y el uso de ropas que lo hagan sentir un miembro activo de la comunidad.

## 7. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN.

La temperatura el grado de calor que mantiene el organismo en un momento dado. La termorregulación es definida como el equilibrio entre el calor producido por el organismo como resultado de la oxidación de los alimentos; el calor que recibe del medio ambiente y el calor que pierde en la transpiración, la respiración y la excreción.

## 8. NECESIDAD DE HIGIÉNE.

La higiene es una de las formas más sencillas de conservar la salud física y proporcionar bienestar. La piel está formada por tres capas principales: epidermis, dermis e hipodermis, una función muy importante es que, constituye

una eficaz barrera contra las agresiones del ambiente, protege contra el frío intenso, etc.

#### 9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS.

Los accidentes resultan un grave problema social, económico y de salud. Muchos accidentes pueden prevenirse tomando en cuenta ciertas medidas prudenciales sencillas, que debemos hacer parte de nuestro vivir cotidiano la enfermera Hace referencia a la prevención de accidentes y a la protección de sí mismo y de las personas que le rodean.

#### 10. NECESIDAD DE COMUNICARSE.

Significa la acción y efecto de hacer a otro participe de lo que uno tiene, descubrir, manifestar o hacer saber a uno alguna cosa. Es un proceso a través del cual, se transmiten y reciben ideas, emociones entre personas y grupos de personas. La comunicación es el medio, por el cual la enfermera puede mantener una relación terapéutica con el paciente.

#### 11. CREENCIAS Y VALORES.

Esto significa las relaciones que tiene el hombre con su creador, el culto que se le tributa a la divinidad.” El hombre es por naturaleza y por vocación un ser religioso. Viniendo de Dios y yendo hacia Dios, el hombre no vive una vida plenamente humana, si no vive libremente su vínculo con Dios”.

#### 12. TRABAJAR Y REALIZARSE.

Es una necesidad básica del ser humano, es una forma de auto-expresión importante a través de la cual la persona puede manifestar su capacidad creadora. Virginia H. “Si durante demasiado tiempo privamos a una persona de lo que más valora; del amor, aceptación, una ocupación fructífera. Dicha situación suele ser peor con la enfermedad que la provoca es por ello que intentamos dar cuidados”.

### 13. RECREACIÓN.

Es la distracción, entretenimiento, placer, por lo tanto es importante que la enfermera pueda ayudar al paciente a seleccionar sus actividades recreativas, esta es una necesidad básica para todo ser humano, en cualquier etapa de su vida.

### 14. APRENDIZAJE

Cuando se conocen las medidas para promover la salud y proteger al organismo de enfermedades y se ponen en práctica durante toda la vida, los resultados son una existencia gozosa y productiva.

## 5.5 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Durante la década de los cincuenta a los sesenta, se configuró de acuerdo a un esquema conceptual cuyo procedimiento incluía las etapas de análisis, síntesis y ejecución.<sup>10</sup> Otras investigadoras, utilizando estos conceptos, otras fuentes y sus propios resultados operacionales, identificaron las etapas de análisis, interferencia, validación, valoración, acción y evaluación, considerando la valoración como la etapa resumen de los problemas del paciente. A finales de los años sesenta es cuando aparece el primer texto que describe el proceso en cuatro etapas: valoración, planeación, realización y evaluación, conformando una estructura que será la génesis de la actual.

A partir de mediados de los años setenta, ya se empieza a hablar de diagnósticos como la fase clave del Proceso de Atención de Enfermería y se comienza a definir y a clasificar los problemas independientes, específicos, del campo profesional. Es entonces cuando algunas autoras entre las que destacan Roy, 1976; Aspinall, 1976 y otras, incluyen la fase diagnóstica en las etapas del Proceso de Atención de Enfermería, considerando las cinco etapas que se conocen en la actualidad: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución

---

<sup>10</sup>Fernández, Fermín Carmen. Enfermería Fundamental. Ed. Masson. Barcelona, 2000. pp. 202.



y evaluación. Con ello se dio un paso importante, ya que el diagnóstico fue el elemento fundamental que revolucionó el Proceso de Atención de Enfermería, añadiendo los recursos que sirvieron para unificar y configurar un lenguaje científico común y definir los problemas que tratan las enfermeras de acuerdo con su ámbito exclusivo de responsabilidad.

En la práctica asistencial enfermera, el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática con la finalidad de cubrir las necesidades del paciente y su familia. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.<sup>11</sup>

## CARACTERÍSTICAS

- ✚ Es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera (o), que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de paciente, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados.
- ✚ Es sistemático por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de los resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación).
- ✚ Es humanista por considerar al ser humano como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.
- ✚ Es intencionado porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del paciente y el de la propia enfermera(o).

---

<sup>11</sup>Kozier, et. al. Fundamentos de Enfermería, concepto, procesos y práctica. Ed. McGraw-Hill Interamericana 7ª edición. Madrid, España, 2005. P. 6.

- ✚ Es dinámico por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del ser humano.
- ✚ Es flexible porque puede aplicarse a los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.
- ✚ Es interactivo por requerir de la interrelación humano-humano con el (los) paciente (s) para acordar y lograr objetivos comunes.

Con la aplicación del proceso se delimita el campo de acción específico de la enfermería y con ello se demuestra que la enfermera (o) profesional realiza numerosas acciones que van más allá del cumplimiento de una prescripción médica. Por otra parte el proceso compromete al paciente, familia y comunidad para tomar parte activa en las decisiones y cuidados que permitan mantener o recuperar la salud.

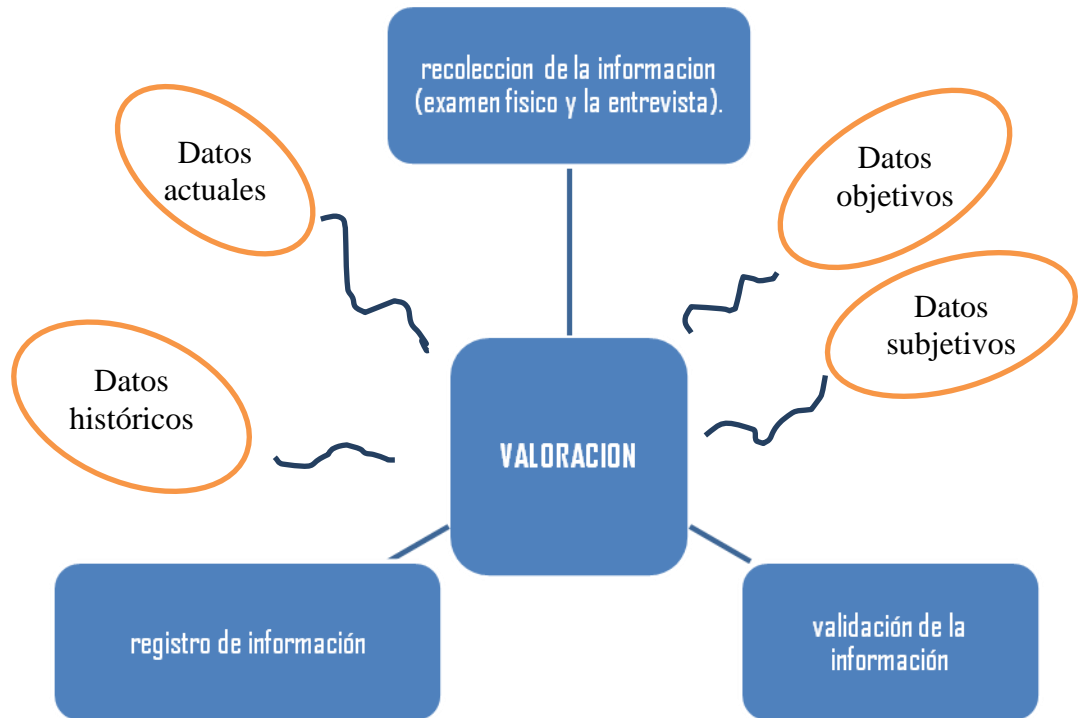
El proceso consta de cinco etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas de tal forma que el cumplimiento de una conduce a la siguiente. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen.

## ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

- **Valoración.** Es la primera fase del proceso de Enfermería que Consiste en recopilar, verificar y organizar los datos sobre la salud del paciente. La información de los aspectos físicos, emocionales, del desarrollo, sociales, intelectuales y espirituales, los datos se obtiene de varias fuentes y son la base de la actuación y la toma de decisiones en las fases siguientes. Para que esta primera fase del proceso se pueda realizar son esenciales las técnicas de observación, comunicación y de entrevista.

Cinco fases clave de la valoración son las siguientes:

- ✓ recogida de datos: reunir datos (información) sobre el estado de salud.
- ✓ validación (verificación) de los datos. Comprobar que los datos son exactos y completos.
- ✓ organización de los datos. Agrupar los datos en grupos de información que le ayuden a identificar patrones de salud o enfermedad (p.ej., poner juntos los datos sobre nutrición, etc.).
- ✓ identificación de patrones/comprobación de las primeras impresiones. Usted empieza a tener una idea de los patrones de funcionamiento y focaliza su valoración para obtener más información que le permita comprender mejor la situación a la que se enfrenta. Por ejemplo, puede empezar a pensar que alguien tiene un patrón nutricional inadecuado y decide averiguar qué está contribuyendo a este patrón.
- ✓ informe y anotación de los datos. Informar de los datos significativos (p.ej., fiebre alta) y completar el registro del usuario datos objetivos y subjetivos.



➤ Diagnóstico de Enfermería.

Es la segunda etapa del proceso y constituye una función intelectual compleja, al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del paciente, familia y comunidad, que se produce como resultado de la valoración de enfermería, el cual, constituye una relación de las alteraciones, actuales o potenciales del estado de salud del paciente y en base al diagnóstico es como se puede realizar el plan de cuidados.<sup>12</sup>

Los diagnósticos enfermeros se clasifican en reales, de riesgo y de salud.<sup>13</sup>

○ El diagnóstico enfermero real.

Responde la respuesta actual de una persona, una persona o una comunidad gozan de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede alcanzar un nivel mayor.

<sup>12</sup>Fernández, Fermín Carmen. Enfermería Fundamental. Ed. Masson. Barcelona, 2000. P1.

<sup>13</sup>Ibíd. p. 5

- El diagnóstico enfermero de riesgo (potencial):

Describe respuestas humanas que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerable, no existen características definitorias (datos objetivos y subjetivos), solo se apoyan en los factores de riesgo (etiología).

- El diagnóstico enfermero de salud:

Es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede alcanzar un nivel máximo.

Para redactar un diagnóstico enfermero, el primer paso es utilizar el nombre correspondiente a la respuesta humana según las categorías diagnósticas de la NANDA, previamente identificado por el profesional de enfermería durante el razonamiento diagnóstico.

El problema es la respuesta humana, los factores relacionados son la causa del problema (etiqueta diagnóstica), cuyo origen puede obedecer a trastornos fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales; y los datos objetivos (características definitorias), son las evidencias de que el problema existe.

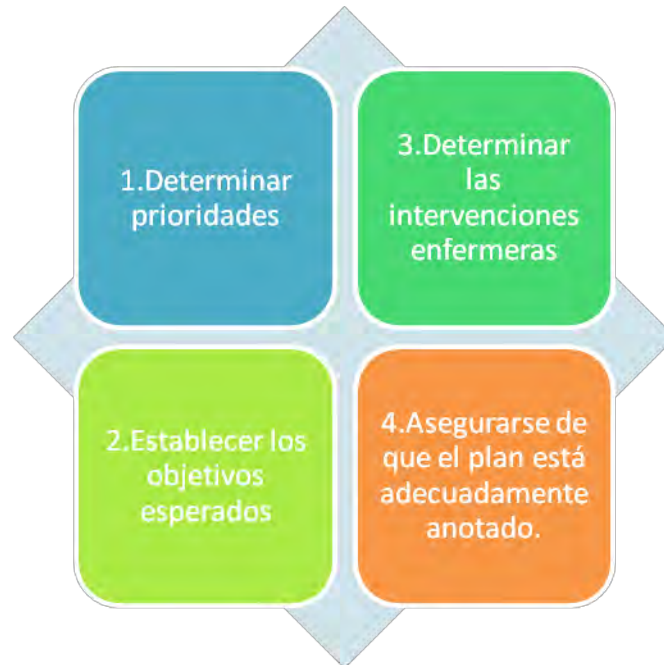
## ➤ PLANEACIÓN

Es la tercera etapa del proceso enfermero, que consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente sano o para prevenir, reducir o corregir las respuestas del paciente enfermo.<sup>14</sup> Así como para promocionar la salud, es decir, se establecen prioridades y las metas y criterios con los que se va a evaluar los resultados del plan de cuidados

---

<sup>14</sup>Kozier, et. al. Fundamentos de Enfermería, concepto, procesos y práctica. Ed. McGraw-Hill Interamericana, 7ª edición. Madrid, España, 2005.

Los pasos para realizar la planeación son:



➤ Ejecución.

Es la cuarta etapa del proceso enfermero comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidado y está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al paciente a conseguir los objetivos deseados.<sup>15</sup> Durante esta fase la enfermera continúa recogiendo datos y revisando si está funcionando el plan realizado. El estar recogiendo datos continuamente es de suma importancia, no solo para descubrir los cambios en el estado de salud, sino también para obtener aquellos datos que nos permitirán realizar la evaluación de los objetivos en la última fase del proceso. Para darle validez al plan de cuidados el personal de enfermería debe de valorar los siguientes puntos:

- a) Si el plan de cuidados es realista y proporciona ayuda al paciente para realizar sus actividades de la manera más independiente posible.

---

<sup>15</sup>Ibíd. p.1.

- b) Si se han tomado en cuenta las prioridades del paciente.
- c) Si el plan esta individualizado para cumplir las necesidades particulares del paciente.

Los pasos de la ejecución son:<sup>16</sup>



➤ Evaluación.

Es la última etapa del proceso enfermero y a la vez una exigencia en toda la práctica de enfermería; la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que está presente en la valoración, diagnóstico, planeación y ejecución.

La evaluación en el proceso enfermero es útil para: determinar el logro de los objetivos; identificar los variables que afectan al decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado, por consiguiente es necesario la

<sup>16</sup>Alfaro Rosalinda. Aplicación del proceso Enfermero fomentar el cuidado en colaboración. 5ta edición. Ed.Masson. Barcelona, 2003.

valoración del paciente, familia y comunidad para confrontar el estado de salud actual con el anterior y corroborar la consecución de objetivos.<sup>17</sup>

Cuando los resultados no son los esperados o simplemente no hay una respuesta satisfactoria, la enfermera (o) debe revisar cada una de las etapas del proceso, detecta posibles fallas y proceder a corregirlas.

## OBJETIVOS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El objetivo principal del proceso de enfermería es:

- ✓ Constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

También:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.

Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

## VENTAJAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

### VENTAJAS PARA EL PACIENTE:

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

---

<sup>17</sup>Riopelle L; et al. Cuidados de Enfermería, un proceso centrado en las necesidades de la persona. Ed. McGraw-Hill Interamericana. 1ª edición. Madrid, España. 1993. pp. 5-45.



## PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.

### Características del Proceso Atención de Enfermería

- ❖ Tiene una finalidad: es decir se dirige a un objetivo en especial.
- ❖ Es sistemático: porque implica partir de un planteamiento ya organizado para alcanzar el objetivo esperado.
- ❖ Es dinámico: ya que tiene la ventaja de que se puede dependiendo las necesidades del paciente al que se le realiza.
- ❖ Es interactivo: porque está basado en una relación de reciprocidad entre el paciente y la enfermera, al igual que puede haber interacción con la familia del paciente y con otros profesionales de la salud.
- ❖ Es flexible: ya que se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- ❖ Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup>kozier, bárbara, fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y práctica, España, 1997.

## 6. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA CON EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

### 6.1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

---

Fecha: 21 de Mayo del 2013.

Nombre: B C T. Edad: 55 años. Sexo: Masculino

Fecha de nacimiento: 25 de febrero de 1958 Escolaridad: Secundaria

Ocupación: asistente eléctrico Estado civil: casado

Lugar de residencia: Chapultepec col. valle de Guadalupe. Edo. De México.

Servicio donde se encuentra: 5° piso Medicina Interna Cama: 513

Fecha de ingreso: 20/05/13

Dx medico: Insuficiencia Renal Crónica descompensada

Signos vitales con los siguientes parámetros:

F.C: 89 x minuto

F.R: 23 x minuto

T/A: 139/93mmHg

T: 36.3°C

---

## 6.2 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se trata de paciente masculino de 55 años de edad. Habita en casa propia construida de materiales perdurables que cuenta con todos los servicios domiciliarios. Niega alcoholismo, tabaquismo positivo de dos cigarrillos al día durante un periodo de 9 años, actualmente cuenta con un año de abstinencia. Cursa con insuficiencia renal crónica de un dos años de evolución, un año con contratamiento sustituto de la función renal mediante hemodiálisis. Padece diabetes mellitus desde hace 8 años tratada con insulina, e hipertensión arterial con 6 años de evolución en tratamiento con enalapril.

### ➤ Padecimiento actual

Una semana previa al ingreso hospitalario, inicio con un proceso de edematización de los miembros tanto torácicos como pélvicos por lo que decide auto medicarse diurético, el paciente refiere una ligera mejoría posterior a la ingesta del medicamento, en los días posteriores comienza con náuseas, emesis, diarrea, debilidad muscular y cansancio generalizado, lo que dificulta su deambulación aunado a la falta de apoyo externo para su movilización el paciente decide mantenerse en reposo haciendo a un lado su tratamiento de hemodiálisis.

El 17 de mayo del presente año es llevado al servicio de urgencias tras presentar cefalea severa, mareos, vómitos en dos ocasiones de contenido biliar, evacuaciones constantes líquidas en más de 10 ocasiones, dificultad respiratoria, presenta diaforesis, astenia, adinamia, alteración visual e hipoacusia, además de presentar hipotermia en miembros torácicos y pélvicos. Con una T/A de 90/60 mmhg. Se le realiza radiografía de tórax, abdomen, (sin datos de alteración), gasometría arterial obteniendo los siguientes resultados: Ph:7.24, PaO<sub>2</sub>: 74mm/hg, O<sub>2</sub>:82%, PaCO<sub>2</sub>: 35, HCO<sub>3</sub>:14.2, BE: -11.5 representando acidosis metabólica e insuficiencia renal crónica descompensada motivos por el cual es ingresado.

➤ Antecedentes heredofamiliares

Abuela materna finada a los 98 años desconoce causa, abuela paterna finada a los 70 años , por muerte natural, diabética, madre finada a los 42 años por enfermedad cerebro vascular, desconoce origen, padre finado a los 49 aparentemente por insuficiencia hepática probablemente secundaria a etilismo crónico, 7 hermanos: 1 finado por complicaciones de diabetes, 1 hermano con artritis reumatoide diagnosticada, 2 con hipertensión arterial, 3 aparentemente sanos, 2 hijas aparentemente sanas, resto interrogatorio negado.

➤ Antecedentes personales no patológicos

Originario del DF y residente del Edo. de México, Habita en casa propia, construida de cemento, cuenta con todos los servicios de urbanización, convivencia con 7 personas en 3 cuartos para dormir, zoonosis (-), alimentación deficiente en calidad y en cantidad, baño diario con cambio de ropa diario, lavado dental 2 veces al día, grupo sanguíneo desconoce, inmunizaciones completas, reciente: Influenza estacional hace un año, niega exposición a humo.

➤ Antecedentes personales patológicos

Exantemáticos – desconoce

Crónico Degenerativa – diabetes mellitus de hace 8 años de evolución tratada con insulina, hipertensión arterial sistémica desde hace 6 años en Tx con 24hrs, aspirina, telmisartán y amlodipino en control en su clínica de atención primaria ISSSTE.

Hospitalización previa: negada

Alérgicos: negados

Transfusiones: negados

Traumáticos: negados

Quirúrgicos – colocación de catéter de tenckhoff para diálisis peritoneal, y actualmente acceso vascular percutáneo (mahurkar).

### 6.3 ASPECTOS FUNDAMENTALES DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA

**ESTADO FÍSICO:** El paciente se encuentra consciente, orientado en sus 3 esferas y cooperador al interrogatorio. Complexión ectomórfica, tegumentos secos, palidez generalizada.

**CRÁNEO:** Cráneo normo céfalo, sin presencia de endostosis ni exostosis, con cabello graso no desprendible. Conductos auditivos simétricos sin presencia de cerumen, sin datos de alteración en la audición. Ojos simétricos, pupilas isocóricas e isométricas, normorefléxicas. Narinas permeables, mucosas orales secas.

**CARA:** pálida, conjuntivas oculo-palpebrales pálidas, mucosa oral seca, prótesis dentarias, (primer y segundo premolar inferior derecho).

**CUELLO:** Cilíndrico, sin limitaciones al movimiento, sin adenomegalias, tiroides normal, con pulsos presentes, sin plétora yugular, presencia de catéter percutáneo del lado derecho limpio, sin datos de infección y cubierto con parche poroso.

**TORAX:** normolíneo ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad y frecuencia campos pulmonares con buena entrada y salida de aire, no presencia de estertores, ni sibilancias.

**MIEMBROS TORÁCICOS:** normorefléxicos íntegros con buen llenado capilar de (2 seg), presencia de catéter venoso periférico izquierdo funcional, libre de residuos con menos de 72 hr para mantener vía.

**ABDOMEN:** blando, deprecible, no se palpan visceromegalias, presencia de cicatriz antigua por catéter de diálisis y adecuado proceso final de cicatrización.

GENITALES: Genitales sin datos patológicos ni morfológicos, con presencia de sonda Foley a derivación con un gasto urinario total de 120 ml durante el turno con coloración ámbar.

MIEMBROS PÉLVICOS: pulsos normales, presencia de edema (+).

## 6.4 VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS

### 1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

#### ***Datos de independencia***

El Sr. Bernardo, refiere ser fumador de dos cigarrillos al día, durante un periodo de 9 años, actualmente cuenta con un año de abstinencia, presenta frecuencia respiratoria de 23 rpm con expansión simétrica profunda. A la inspección de tórax es normolíneo se auscultan ruidos cardiacos rítmicos de adecuada intensidad y frecuencia, campos pulmonares con buena entrada y salida de aire, no hay presencia de estertores ni de sibilancias.

Se observa palidez de tegumentos, mucosas orales y nasales secas, disnea de esfuerzo, posición corporal inadecuada para la respiración, llenado capilar de 2 segundos; el paciente mismo refiere cansancio, falta de energía, fatiga, ansiedad. En pruebas de laboratorio existen datos de anemia (como se muestra en la tabla 1).

La frecuencia cardiaca es de 89 lpm, SpO2 82%, T/A 139/93mmhg. A la palpación de pulsos (carotideo, humeral, radial, poplíteo y pedio) son normales sin ningún alteración.

---

Hemoglobina: 10.7/dl datos normales: 12-16g/dl

Hematocrito: 30.0% datos normales: 38-47%

Plaquetas: 289.0 datos normales: 150-400/mm<sup>3</sup>

Eritrocitos: 3.0 datos normales: 3.5-5.7

Leucocitos: 10.3 datos normales: 4.3-10.8x10<sup>9</sup>/L

Tabla 1

---

#### ***Datos de dependencia.***

El Sr. Bernardo fue fumador de 2 cigarrillos al día durante un periodo de 36 años, refiere sentir cansancio, ansiedad y muestra dificultad respiratoria al hacer esfuerzos presenta palidez de tegumentos.

## **2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.**

### ***Datos de independencia.***

El Sr. Bernardo acostumbra comer 3 veces al día en poca cantidad. Habitualmente no sigue una dieta. Refiere tener desagrado por alimentos como las verduras, a pesar de contar con prótesis dental, (primer y segundo premolar inferior derecho), no presenta problemas para masticar o deglutir, ni trastornos digestivos, sus creencias religiosas no influyen en la forma de cómo se alimenta, desconoce el valor nutritivo de los alimentos, refiere destinar el porcentaje necesario económico para su alimentación. No utiliza sustancias para disminuir el apetito, sin embargo este se ha visto disminuido. Su ingesta de líquidos es de 500ml al día, ingiere bebidas gaseosas una vez a la semana (aproximadamente 250ml).

Durante la estancia hospitalaria mantiene una dieta blanda. Se observa mucosa oral seca, abdomen blando, deprecible a palpación, se ausculta motilidad intestinal disminuida. Presenta un peso de 53 kg y una talla de 1.70 cm. dando como resultado un IMC de 18.3 kg/m<sup>2</sup> (bajo de acuerdo a las tablas de la OMS). Refiere haber perdido peso desconociendo cuantos Kilogramos. No ha podido seguir las indicaciones prescritas de alimentación debido a las labores de trabajo.

### ***Datos de dependencia.***

El Sr. Bernardo actualmente se encuentra en hospitalización, por lo cual sus aportes nutrimentales están bajo la supervisión de un profesional en Nutrición, basándose en su padecimiento y sus necesidades.

## **3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.**

### ***Datos de independencia***

El Sr. Bernardo refiere evacuar dos veces al día antes del actual padecimiento. Al ingreso las evacuaciones eran líquidas, y actualmente solo hace una vez al día. También refiere disminuciones en el flujo urinario (oliguria), debido a la



insuficiencia renal diagnosticada hace 2 años. No utiliza laxantes o sustancias que estimulen la evacuación.

Se observa sonda vesical, para recolección de orina y control de líquidos, manteniendo flujos bajos de color amarillo ámbar, las evacuaciones son de color suigeneris, sin consistencia. Presenta abdomen blando deprecible, sin gestos de dolor a la palpación, se ausculta una motilidad intestinal disminuida y presenta edema (+) tercio distal en miembros pélvicos

***Datos de dependencia.***

El Sr. Bernardo depende de tratamiento de hemodiálisis para la eliminación de desechos nitrogenados.

Ante la necesidad de evacuación hay una disminución de la motilidad intestinal.

**4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA.**

***Datos de independencia***

El Sr. Bernardo, en su vida diaria es totalmente independiente y no precisa la utilización de material ortopédico para la marcha y su movilidad general. Sin embargo menciona que la actividad física cotidiana anteriormente del padecimiento era buena ya que realizaba ejercicio como caminatas, refiere que el ejercicio influye en su estado emocional porque lo hace sentir bien de salud.

A la palpación hay disminución del volumen y tono de la musculatura, flacidez, no presenta rigidez en los ligamentos. Por iniciativa propia y motivación por parte del personal de salud realiza ejercicios pasivos como levantarse de la cama y cambiar de postura. El Sr. Bernardo se muestra cooperador ante estos estímulos.

***Datos de dependencia***

Requiere de ayuda parcial para levantarse ya que al realizar esfuerzos presenta dificultad respiratoria. Debido a la hospitalización y por orden médica se encuentra actualmente en reposo relativo y bajo supervisión.

## **5. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.**

### ***Datos de independencia***

El Sr. Bernardo refiere normalmente dormir de 8 a 10 horas, se duerme con facilidad en el día, aunque actualmente manifiesta tener alteraciones en el sueño debido a las actividades hospitalarias del personal como ruidos constantes, procedimientos, intensidad de la luz.

Se observaron rictus de cansancio, fatiga y ojeras, algunas veces se muestra inquieto.

### ***Datos de dependencia.***

La habitación que él paciente ocupa para dormir existen factores que no permiten un ambiente adecuado para el descanso, por lo que se ve en la necesidad de usar tapones auditivos para poder conciliar el sueño con mayor facilidad. En las noches no suele descansar apropiadamente por lo cual su mayor descanso viene en el día.

## **6. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.**

### ***Datos de independencia***

El Sr. Bernardo, se viste y se desviste por sí mismo. Refiere que dependiendo del clima influye en la selección de sus prendas de vestir, usa vestimenta acorde a su género, edad y circunstancia en cuestión de clima. Respecto al pudor o la vergüenza, comenta “cada mundo es una cabeza diferente”.

### ***Datos de dependencia.***

En la estancia hospitalaria utiliza bata clínica que no es de su elección pero el refiere le da libertad y movimiento.

## **7. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN.**

### ***Datos de independencia***

Refiere que la temperatura en su hogar siempre es “cálida”. Comenta adaptarse “bien” a los cambios de temperatura diurnos y nocturnos. Utiliza las prendas adecuadas para mantener su temperatura corporal.

Presenta una temperatura de 36.3°C, Su cama cuenta con un cobertor, en caso de frialdad. No se presentan alteraciones de la curva térmica.

### ***Datos de dependencia.***

El paciente no depende de algún factor externo o interno para mantener su adecuada termorregulación.

## **8. NECESIDAD DE HIGIÉNE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.**

### ***Datos de independencia***

Tiene la capacidad para realizar el baño por sí mismo. Realiza el baño diario, aseo bucal 2 veces al día. Se observó cabello corto graso, presenta palidez y piel seca, cavidad oral limpia, deshidratada, se observa sitio de inserción del catéter central yugular derecho para hemodiálisis limpio sin datos de infección cubierto con parche poroso. Se realiza lavado de manos antes de comer. Se observan uñas cortas, limpias y aseadas sin presencia de bacterias u hongos. Miembros torácicos y pélvicos con ligera sequedad de la piel.

### ***Datos de dependencia.***

El Sr. Bernardo refiere incapacidad para cubrir esta necesidad, debido a la sensación de sofoco, cansancio, y debilidad al realizar esfuerzos. Durante su estancia hospitalaria depende del personal de salud a cargo para satisfacer esta necesidad, a lo cual manifiesta cierta inconformidad, pena y molestia.

## **9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.**

### ***Datos de independencia***

El paciente se encuentra orientado, consciente y cooperador con el personal de salud. Refiere contar con un esquema de vacunación completo, desconoce algún tipo de autoexploración, mantiene una vida sexual activa, con preferencia heterosexual. Comenta no haber padecido algún tipo de enfermedad por transmisión sexual. No ingiere bebidas alcohólicas ni consume drogas. Opina que las drogas “destruyen de la mente”. Asegura utilizar remedios caseros para los problemas de salud que presenta. Ante una situación de urgencia el reaccionaría solicitando con ayuda médica. Considera conocer medidas preventivas para evitar accidentes como “cerrar el gas, las tomas eléctricas, guardar tóxicos”. Refiere no cuidarse bien, por lo cual su enfermedad ha avanzado y esta descontrolado, ante una situación de estrés “trata de tranquilizarse y lo logra”.

Se observa consciente, con reacción ocular mediante cualquier estímulo no se observa discapacidad auditiva ya que al hablarle el responde con movimientos y verbalización, el entorno del cubículo se muestra limpio y aseado, a temperatura ambiente.

### ***Datos de dependencia.***

Muestra facies de inquietud al estar solo. Considera no tener el suficiente conocimiento ante los cuidados para recuperar su salud.

## **10. NECESIDAD DE COMUNICARSE.**

### ***Datos de independencia***

El Sr. Bernardo vive con su esposa, sus 2 hijas y nietos. Refiere relacionarse “bien” con sus familiares y la comunicación en familia es muy buena, tiene amigos y con la demás gente y vecinos es sociable. No pertenecer a algún grupo social, considera que la comunicación social y sexual con su pareja “es buena”.

Se muestra consciente, alerta, atento al hablar con él y al realizar preguntas. Se define como una persona tranquila, se comunica con facilidad. Su principal persona de apoyo es su esposa, expresando; “ella también está preocupada pero no lo demuestra, sin embargo siempre me da ánimo”.

***Datos de dependencia.***

No presenta problemas para comunicarse, todo lo que siente lo expresa verbalmente y el rictus de bienestar o malestar es adecuadamente expresado en sus gestos.

**11. NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES.**

***Datos de independencia.***

Profesa la religión católica. Comenta relacionar la fe, la religión y la espiritualidad “siendo un verdadero cristiano” y teniendo su fe firme en “el único dios verdadero”. Refiere acudir todos los domingos a su centro religioso. Comenta que sus creencias religiosas no interfieren en su salud, ni le generan conflictos personales. Refiere que un valor para él “es una cualidad que se debe cultivar desde el corazón y llevar la a practica“. Considera que es congruente en su forma de pensar y actuar. Refiere que desde el ámbito religioso, la vida es el máximo y que se vive en la tierra para un propósito y servir a Dios, opina que la muerte es vista como el pago de tus pecados, es una palabra que casi no la menciona porque le provoca ansiedad el pensar en ello. No tiene imágenes religiosas en su cubículo, ni lleva puestos crucifijos, escapularios u otros. “Yo soy fuerte y tengo mucha fe en Dios”.

***Datos de dependencia.***

Refiere depender primordialmente de su Dios para recuperar su estado de salud. Por lo que orar constantemente.

## **12. NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACIÓN.**

### ***Datos de independencia***

El Sr. Bernardo. Refiere ocupar un rol familiar de padre trabajador y comenta sentirse satisfecho con éste, ya que “atiende a su familia” siempre y en todos los ámbitos. En participar en el ingreso familiar le produce satisfacción y felicidad para poder mantener a su familia lo más estable posible aunque nunca se han visto en presiones ya que su esposa es trabajadora y también aporta económicamente, estos satisfacen todas sus necesidades básicas. Con anterioridad participaba en las labores de la casa, ejemplo; el hacer de comer y participar en la limpieza del hogar. Refiere; “cuando se puede” leo algún artículo que sea de mi interés.

Se observa que es una persona activa y trabajadora. Actualmente presenta ausencia de las actividades laborales, debido al padecimiento actual hospitalario. se muestra tranquilo.

### ***Datos de dependencia.***

Necesita una actividad donde pueda mantener su mente ocupada, ya que dice sentirse ansioso e inquieto al estar solo y en reposo.

## **13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.**

### ***Datos de independencia.***

El Sr. Bernardo refiere que antes de su padecimiento actual su condición física le permita jugar y participar en actividades recreativas como el jugar futbol y correr todas las mañanas. Todo ello influye de manera positiva en su estado de ánimo, ya que se siente relajado y contento y más porque se integra con su familia para realizarlas. En su tiempo libre escucha música, juega con sus nietos, asiste a reuniones familiares, camina diario.

***Datos de dependencia.***

Actualmente no realiza actividades recreativas. Dice sentirse agitado ante cualquier estímulo forzado.

**14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE.**

***Datos de independencia.***

El Sr. Bernardo refiere haber asistido a escuelas de gobierno “ya que sus posibilidades no le permitían más”, logrando haber cursado hasta la secundaria siempre ha tenido el apoyo de su esposa e hijas para continuar esforzándose por superarse. Comenta que le gusta leer y ha leído algunos libros. Muestra interés al otorgarle orientación, consejería, educación para la salud y por saber aspectos tan importantes para mejorar su salud y su estilo de vida.

***Datos de dependencia.***

Desconoce algunos aspectos sobre la alimentación y cuidados para mantenerse saludablemente que deberá seguir después de su alta domiciliaria.

## 7. DIAGNÓSTICOS

NECESIDAD	DIAGNÓSTICOS
Oxigenación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatiga r/c disminución de los glóbulos rojos, ansiedad, posición corporal inadecuada m/p cansancio, falta de energía, S02 82%.</li> <li>• Riesgo de alteración de la perfusión tisular r/c alteración renal m/p cambios en la presión arterial 140/96mm/hg.</li> </ul>
Nutrición e Hidratación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desequilibrio nutricional; ingesta inferior a las necesidades r/c bajo apetito, ingesta alimenticia inadecuada m/p bajo peso corporal IMC de 18.3 kg/m2.</li> </ul>
Eliminación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deterioro de la eliminación urinaria r/c defecto de la función renal m/p oliguria.</li> <li>• Riesgo de estreñimiento r/c actividad física insuficiente, disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal, aporte insuficiente de líquidos, malos hábitos alimentarios.</li> </ul>
Descanso y Sueño	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno del patrón de sueño r/c factores ambientales del hospital, ruidos e interrupciones (toma de signos vitales) m/p quejas de no sentirse bien descansado y ojeras.</li> </ul>
Higiene y Protección de la piel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déficit de autocuidado: baño-higiene r/c ansiedad, debilidad, falta de motivación m/p incapacidad para acceder al cuarto de baño, lavar totalmente su cuerpo.</li> <li>• Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c hidratación, cambios en el tensor de la piel, estado de desequilibrio nutricional, deterioro del estado metabólico.</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riesgo de infección r/c presencia de invasivos: catéter central, y sonda vesical, insuficientes conocimientos para evitar la exposición a los agentes patógenos.</li> </ul>
Trabajo y realización.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad r/c el cambio del estado de salud m/p sequedad bucal, sofocaciones, aumento de la tensión arterial, dificultad respiratoria, debilidad, y trastornos del sueño.</li> </ul>
Aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disposición para mejorar el autocuidado r/c expresión de deseos de aumentar el conocimiento de estrategias para aumentar su independencia.</li> </ul>

## 8. DIAGNÓSTICOS DESARROLLADOS

### OXIGENACIÓN:

- Dx de Enf: Fatiga r/c disminución de los glóbulos rojos, ansiedad, posición corporal inadecuada m/p cansancio, falta de energía, S02 82%.

FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA: La respiración es un proceso vital de todos los seres humanos lo cual comprende la inspiración (flujo de aire hacia adentro de los pulmones) y la expiración (flujo de aire hacia afuera de los pulmones) o el intercambio del aire entre la atmosfera y los pulmones La ventilación de tórax requiere el movimiento sincrónico de las paredes del tórax y el abdomen. En la inspiración, el diafragma se desplaza hacia abajo, los músculos intercostales se contraen, la pared del tórax se eleva y se expande, la presión intratorácica disminuye y el aire es atraído. La espiración se produce al expulsar el aire de los pulmones mediante el retroceso elástico de éstos y la relajación del tórax y el diafragma. Por lo tanto también existen otros factores externos que dificultan la respiración como son: lafatiga, anemia, ansiedad, mala posición y postura ya que se disminuye la saturación de oxígeno.

### OBJETIVO:

- Mejorar la oxigenación del paciente.
- Disminuir la fatiga y la demanda de oxígeno.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
Valoración del estado respiratorio.	La valoración de la respiración nos ayuda a formular un diagnóstico y a conocer la causa de alteración.
a) Anamnesis (interrogatorio), directa al paciente	La anamnesis nos proporciona datos subjetivos pero importantes.  La FC, FR, ruidos cardiacos y pulmonares son

<p>b) Inspección de movimientos de amplexión y amplexación</p> <p>c) Frecuencia y ritmos cardiacos</p> <p>d) Frecuencia respiratoria</p> <p>e) Ruidos pulmonares</p>	<p>indicadores del estado respiratorio.</p> <p>Esto nos permitirá conocer el estado de oxigenación del organismo.</p>
<p>La frecuencia respiratoria, la profundidad y facilidad para respirar.</p>	<p>La frecuencia respiratoria normal en un adulto es de 16 a 20 x'.</p>
<p>Vigilar el color de la lengua, la mucosa oral y la piel.</p>	<p>La cianosis de la lengua y la mucosa oral (cianosis central) generalmente representa una urgencia médica. Estos síntomas indican un aumento de la dificultad respiratoria y de la hipoxia.</p>
<p>Se auscultarán los sonidos respiratorios en busca de sonidos como crepitantes o sibilancias.</p>	<p>Estos sonidos pulmonares anormales pueden indicar una patología respiratoria asociada con un patrón respiratorio alterado.</p>
<p>Monitoreo de oximetría de pulso. (SpO2: 82%).</p>	<p>La oximetría de pulso es actualmente un importante método de la monitorización no invasiva porque ofrece una lectura confiable y constante de la saturación de la hemoglobina arterial.</p>
<p>ministración de oxígeno</p>	<p>La oxigenoterapia aumenta el aporte de oxígeno a los</p>

<p>por puntas nasales, a razón de 3lxm</p> <p>Ministración de multivitamínico</p>	<p>tejidos, por tanto aumenta la saturación de oxígeno. Ayuda a disminuir la disnea a través de la reducción del impulso central mediado por los quimiorreceptores periféricos en el cuerpo carotídeo la administración de este reduce la sensación de sofoco del paciente.</p> <p>La anemia es una afección en la cual el cuerpo no tiene suficientes glóbulos rojos sanos. Los glóbulos rojos le suministran el oxígeno a los tejidos corporales. La hemoglobina es la proteína que transporta el oxígeno dentro de los glóbulos rojos y les da su color rojo. Las personas con anemia no tienen suficiente hemoglobina.</p> <p>El cuerpo necesita ciertas vitaminas, minerales y nutrientes para producir suficientes glóbulos rojos. El hierro, la vitamina B12 y el ácido fólico son tres de los más importantes. Es posible que el cuerpo no tenga suficiente de estos nutrientes debido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios en el revestimiento del estómago o los intestinos que afectan la forma como se absorben los nutrientes.</li> <li>• Alimentación deficiente.</li> </ul>
<p>Colocar al paciente en posición de fowler o semifowler.</p>	<p>Estas posiciones favorecen una adecuada ventilación. La respiración con labios fruncidos provoca un aumento del uso de los músculos intercostales, disminución de la FR, aumentos del volumen corriente y mejora la saturación de O2%</p>
<p>Mencionar la importancia de la aplicación de eritropoyetina y sus</p>	<p>La eritropoyetina]; aumenta los niveles eritrocitarios, los valores hemoglobina y del recuento de reticulocitos. Para ello es importante verificar la presión arterial antes, durante y después del</p>

<p>precauciones. (200UI,vía subcutánea, cada tercer día).</p>	<p>tratamiento de hemodiálisis, ya que si se mantienen cifras altas no se puede aplicar por riesgo de accidentes vascular cerebral.</p>
<p>Mencionar las causas que desencadenan sensación de dificultad respiratoria: como son la fatiga, ansiedad, mala posición y postura.</p>	<p>La fatiga es la sensación de falta de energía, agotamiento o de cansancio, viene a consecuencia de esfuerzo físico, estrés emocional, desnutrición, anemia, o falta de sueño</p> <p>La ansiedad aparece como respuesta a situaciones estresantes de la vida diaria (ejem: enfermedades crónicas), los síntomas comunes son palpitaciones (alteración en el ritmo cardiaco), sensación de ahogo (falta de aire).</p> <p>Con una mala postura se ejerce presión, sobre cuello, pecho y espalda comprimiendo los músculos y dificultando la entrada y salida de aire, por lo tanto disminuye el aporte de oxígeno. Más riesgos de lesiones de columna, vientre abultado, dolor corporal.</p> <p>Con la práctica de ciertos ejercicios, y la regulación de la respiración; el proceso de yoga purifica la sangre, los nervios y los diferentes órganos de nuestro cuerpo, relajando así el cuerpo y la mente.</p>
<p>Se da orientación para reducir la fatiga y ansiedad como son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Dormir y descansar todas las noches.</li> <li>✚ Consumir dieta (nefrópata) saludable,</li> </ul>	<p>Las técnicas de relajación tienen un efecto de recuperación para el organismo, permitiendo que los sistemas respiratorio, circulatorio, y digestivo, funcionen de forma adecuada.</p> <p>A nivel psicológico y/o emocional, está ampliamente comprobado que la relajación nos ayuda a estar mejor con nosotros mismos.</p> <p>A nivel físico, algunos de los beneficios de la relajación</p>

<p>balanceada, beber agua durante el día (500cc la sugerida para pacientes renales).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Hacer ejercicio regularmente</li> <li>✚ Enseñar técnica de relajación para reducir su ansiedad. (ver anexo 3).</li> </ul>	<p>son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución de la presión arterial y del ritmo cardiaco.</li> <li>• Disminución del ritmo respiratorio. Se regula la respiración, lo que aporta mayor nivel de oxígeno al cerebro y a las células. Estimula el riego sanguíneo.</li> <li>• Disminución de la tensión muscular.</li> <li>• Reducción de los niveles de secreción de adrenalina y noradrenalina por las glándulas suprarrenales.</li> <li>• Aumento de la vasodilatación general, lo que trae consigo una mayor oxigenación periférica.</li> </ul>
<p>Se fomentará en la relación enfermera – familia un ambiente de confianza, con el fin de que puedan externar sus dudas y temores y lograr la aclaración de las mismas.</p>	<p>La involucración de los familiares en el proceso de hospitalización ayuda a reducir ciertos temores y angustias en el paciente. Asimismo suele ser un factor motivante para el mismo, que es un aspecto sumamente importante en este proceso.</p> <p>Un ambiente de confianza, seguridad y empatía, en el que el paciente suele hacerlo sentir tranquilo y protegido así como también a expresar con libertad sus sentimientos y emociones permite al profesional de enfermería brindar un cuidado holístico.</p>

#### EJECUCIÓN:

Se valoró constante el estado respiratorio, se empleó la administración de oxígeno (3lxm) a través de puntas nasales. Se mantuvo monitoreo de oximetría de pulso, posición semifowler, se explica al paciente y esposa la importancia

de la aplicación de la eritropoyetina, ministración de multivitamínico. También se le dio orientación y consejos para reducir la fatiga y ansiedad, Se fomenta la relación enfermera – familia un ambiente de confianza, con el fin de que puedan externar sus dudas y logrando la aclaración de las mismas.

#### EVALUACIÓN:

De acuerdo con los objetivos planteados se llevó con éxito este plan de cuidados. Durante la estancia hospitalaria el paciente mantuvo su frecuencia respiratoria en 20 rxm, los consejos y la técnica de relajación fueron un factor importante para la recuperación de la ansiedad, fatiga y sensación de sofoco ya que se logró disminuir paulatinamente el oxígeno hasta ya no requerirlo. También se administró multivitamínico. No se llevó a cabo la aplicación de eritropoyetina debido a que continuó presentando T/A 139/93. En cuanto a la valoración de la anemia, ya no se pudo volver a tener acceso al expediente clínico, para la revaloración de estudios de laboratorios. Se observó con mayor tranquilidad al Sr. Bernardo.

#### OXIGENACIÓN:

- Dx de Enf: Riesgo de alteración de la perfusión tisular r/c alteración renal m/p cambios en la presión arterial 140/96mm/hg.

**FUNDAMENTACION CIENTÍFICA:** La perfusión es la habilidad de la sangre para circular a través del cuerpo sin impedimentos. Dentro de ésta, la hemoglobina se une con oxígeno a través del acto de la respiración a nivel capilar en los pulmones. Cuatro moléculas de oxígeno se unen a cada celda de hemoglobina. Si la celda de hemoglobina no es capaz de enlazar a este ritmo, o si la sangre oxigenada no puede viajar libremente a todas las partes del cuerpo, existe un estado de perfusión tisular ineficiente.

#### OBJETIVO:

- Mejorar la perfusión tisular.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>Valoración la presión arterial. T/A 140/96mm/hg.</p> <p>Frecuencia cardíaca: 90lx´</p> <p>Frecuencia respiratoria: 22 rx´</p>	<p>La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias. Cada vez que el corazón late, bombea sangre hacia las arterias. La hipertensión arterial no suele tener síntomas, pero puede causar problemas serios tales como derrames cerebrales, insuficiencia cardíaca, infarto e insuficiencia renal. Se puede controlar la presión arterial mediante hábitos de vida saludable y, de ser necesario, medicamentos (antihipertensivos).</p> <p>La FC, FR, ruidos cardíacos y pulmonares son indicadores del estado respiratorio. Esto nos permitirá conocer el estado de oxigenación del organismo</p>
<p>Monitorizar los factores determinantes del aporte de oxígeno: PaO2: 74mm/hg</p> <p>Hemoglobina: 10.7/dl datos normales: 12-16g/dl.</p> <p>Realizar radiografía de tórax.</p>	<p>La gasometría: es una medición de la cantidad de oxígeno y de dióxido de carbono presente en la sangre. Este examen también determina la acidez (pH) de la sangre.</p> <p>Las distintas afecciones pleuropulmonares determinan modificaciones en el examen físico toracopulmonar. La combinación de alteraciones en la inspección, percusión, palpación y auscultación conforman diversos Síndromes Clínicos Pulmonares, que permiten al clínico, en un número importante de casos, hacer un diagnóstico de la patología de base. La sospecha clínica se confirma y demuestra con una</p>



<p>Comprobar la efectividad de la oxigenoterapia a través del monitoreo de oximetría de pulso. (SpO2: 82%).</p> <p>ministración de oxígeno por puntas nasales, a razón de 3lxm</p>	<p>radiografía, de lo contrario no se puede demostrar un derrame pleural.</p> <p>La cianosis de la lengua y la mucosa oral (cianosis central) generalmente representa una urgencia médica. Estos síntomas indican un aumento de la dificultad respiratoria y de la hipoxia.</p> <p>La oximetría de pulso es actualmente un importante método de la monitorización no invasiva porque ofrece una lectura confiable y constante de la saturación de la hemoglobina arterial.</p> <p>La oxigenoterapia aumenta el aporte de oxígeno a los tejidos, por tanto aumenta la saturación de oxígeno. Ayuda a disminuir la disnea a través de la reducción del impulso central mediado por los quimiorreceptores periféricos en el cuerpo carotídeo la administración de este reduce la sensación de sofoco del paciente.</p>
<p>Mantener al paciente en reposo, posición semifowler.</p> <p>Ministrar medicamentos antihipertensivos (enlApril 1 tableta 10mg vía oral) y diuréticos (furosemide 40mg v.o cada 24 hrs).</p>	<p>Estas posiciones favorecen una adecuada ventilación.</p> <p>La respiración con labios fruncidos provoca un aumento del uso de los músculos intercostales, disminución de la FR, aumentos del volumen corriente y mejora la saturación de O2%.</p> <p>Tratar la hipertensión arterial le ayudará a prevenir cardiopatía, accidente cerebrovascular, problemas de visión, enfermedad renal crónica y otras enfermedades vasculares, relacionadas con la falta de oxigenación al cuerpo.</p> <p>Los diuréticos también se denominan píldoras de agua. Ayudan a los riñones a eliminar algo de sal</p>

<p>Ministrar y reiterar la importancia en la dieta hiposódica.</p>	<p>(sodio) del cuerpo. Como resultado, los vasos sanguíneos no tienen que contener tanto líquido y su presión arterial baja.</p> <p>La dieta hiposódica está diseñada, para personas que sufren de hipertensión o alguna insuficiencia cardiaca. Se trata de una dieta baja en sal ya que la salud de los pacientes cardíacos se deteriora si consumen sal en exceso. Esta dieta solo suministra 2.5 gramos de sal, por lo que es una buena forma de empezar con el cuidado la salud.</p>
--	---

**EJECUCIÓN:**

Se valoró frecuentemente la presión arterial, se recabaron datos de laboratorios clínicos y de gabinete, continuo monitoreo oximetría de pulso, ministración de oxígeno a 3lx'a través de puntas nasales. Mantuvo reposo y posición semifowler, se ministra dieta y medicamentos tanto hipertensivos como diurético y de la dieta reiterando su importancia dentro de la recuperación para su salud.

**EVALUACIÓN:**

Las cifras de presión se mantuvieron en 139/90mm/hg, la frecuencia respiratoria en 20rx' y la frecuencia cardíaca 90lx'. Ya no se tuvo acceso al expediente clínico para revalorar los datos de laboratorio y ver las cifras de hemoglobina y PaO2. El monitoreo de oximetría se mantuvo en O2 92% por lo cual se retiró el oxígeno.

## NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN:

- Dx de Enf: Desequilibrio nutricional; ingesta inferior a las necesidades r/c bajo apetito, ingesta alimenticia inadecuada m/p bajo peso corporal IMC de 18.3 kg/m<sup>2</sup>.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA: La ingesta de alimentos es un acto voluntario que depende de las sensaciones conscientes de hambre y saciedad, las cuales se modifican con la conducta aprendida.

En términos generales, las personas con IRC deben consumir pocos líquidos y balancear adecuadamente el consumo de carbohidratos, grasas y proteínas; se deben cubrir las necesidades de vitaminas y minerales, y evitar la sobrecarga de elementos que puedan ocasionar complicaciones de la insuficiencia renal. La dieta forma parte de un tratamiento integral que contempla medicamentos, manejo médico y un programa de actividad física.

Las personas con insuficiencia renal crónica deben cubrir sus necesidades mediante una combinación adecuada de carbohidratos (60%), grasas (30%), y proteínas (10%).

Los hidratos de carbono se usan principalmente como fuente de energía y deben proporcionar aproximadamente 60% de estas necesidades a las personas con insuficiencia renal, aun aquellos con diabetes.

Grasas: son sustancias que se encuentran en el organismo y son necesarias para su buen funcionamiento, forman parte de la membrana de las células nerviosas, musculares, de la piel, hígado, intestinos y corazón. Y se recomiendan que estas sean bajas.

Proteínas: son elementos indispensables para realizar múltiples funciones en el organismo, forman parte estructural de los músculos y del corazón, de las proteínas de la sangre (hemoglobina) y de los anticuerpos (proteínas que defienden al organismo de los agresores).

El agua es un componente abundante y necesario en el organismo humano para mantener un equilibrio en los diferentes espacios celulares; sin embargo conforme avanza la enfermedad se va perdiendo la capacidad renal para eliminar agua por lo que su ingesta se restringirá de manera importante.

## OBJETIVO:

- Mantener una ingesta de nutrientes equilibrada y adecuada a los requerimientos del paciente, favorecer el estado de salud e Incrementar los niveles séricos de hemoglobina y hematocrito.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>Explicar al paciente las ventajas de seguir correctamente la dieta que le fue indicada.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Dieta hiposódica de 1500 kcal p/nefropata.</li></ul>	<p>Una dieta (hiposódica) correctamente prescrita resulta esencial en el control de la IRC.</p> <p>Se tiene que limitar el consumo de sal, pues en exceso hace que el cuerpo retenga líquidos, provocando un aumento de la presión arterial y se presente edema</p>
<p>Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.</p>	<p>Un ambiente de confianza, seguridad y empatía, con el paciente nos facilita la expresión de sentimientos y emociones incluso hasta se muestra tranquilo</p>
<p>Motivar la ingestión de alimentos con alto contenido calórico y bajo en proteínas, sodio y potasio.</p>	<p>Esta dieta elimina y reduce las fuentes de alimentos restringidos y proporciona calorías para obtener energía en tanto se almacenan las proteínas para el crecimiento tisular y curación de los tejidos.</p> <p>La restricción de las proteínas de la dieta reducirá el nitrógeno de la urea sanguínea y la velocidad de acumulación de los ácidos metabólicos.</p>
<p>Ministración de</p>	<p>En el mecanismo de la anemia en la IRC</p>

<p>complementos de hierro.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ácido fólico 1 tab. Vía oral diaria.</li> <li>○ Fumarato ferroso vía oral 1tab. Tres veces al día.</li> </ul>	<p>intervienen factores como la depresión de la médula, su función va reduciéndose por la disminución de reposo de hierro en los eritrocitos.</p>
<p>Ministración de multivitamínico (M.V.I).</p>	<p>Las vitaminas son elementos esenciales en el metabolismo de carbohidratos, proteínas y lípidos, al actuar como coenzimas. M.V.I. Son especialmente útiles durante la alimentación parenteral, ya que contienen las cantidades diarias necesarias de vitaminas.</p>
<p>Realizar mediciones de niveles de hemoglobina y hematocrito.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hemoglobina: 10.7/dl DN:12-16 g/dl.</li> <li>○ Hematocrito:30.0% DN:38-47%.</li> </ul>	<p>La anemia es un signo constante en la insuficiencia renal crónica por lo que es importante vigilar que el paciente consuma en calidad y cantidad los alimentos indicados.</p> <p>La anemia depende del acortamiento moderado en la supervivencia de los eritrocitos, al igual que de una deficiencia de la eritropoyetina.</p>
<p>Registrar peso y talla: Presenta un peso de 53 kg y una talla de 1.70 cm. dando como resultado un IMC de 18.3 kg/m<sup>2</sup> (bajo de acuerdo a las tablas de la OMS).</p>	<p>Son medidas antropométricas que permiten tener un conteo exacto de los ingresos y egresos de líquidos ante el tratamiento de hemodiálisis. (Peso seco: peso ideal con respecto al agua corporal total).</p>
<p>Reforzar las instrucciones dietéticas proporcionando</p>	<p>La empatía y el refuerzo de las instrucciones dietéticas pueden aumentar el seguimiento de</p>

<p>material escrito que corresponda con la información que se dé verbalmente.</p>	<p>las restricciones dietéticas.</p>
<p>mantener el registro de control de líquidos</p>	<p>El manejo de la hoja de control de líquidos nos permite tener un conteo exacto de los ingresos y egresos de líquidos, si hay un aumento o déficit de estos se verán los resultados en la diálisis. Es por ello la importancia de llevar un control.</p>
<p>Se involucrará a la familia en los objetivos planeados y cuidados al paciente. Se fomentará un ambiente de confianza, con el fin de que puedan externar sus dudas y temores y lograr la aclaración de las mismas. Se explicará la importancia de los cuidados que se deben llevar a cabo en casa y que puedan colaborar en medida de lo posible.</p>	<p>La involucración de los familiares en el proceso de hospitalización ayuda a reducir ciertos temores y angustias en el paciente. Asimismo suele ser un factor motivante para el mismo, que es un aspecto sumamente importante en este proceso.</p>

#### EJECUCIÓN:

Se llevó a cabo la orientación acerca de la importancia de llevar una dieta adecuada a su padecimiento, para mejorar su nutrición, y de tomar sus vitaminas (ácido fólico, hierro) para aumentar los glóbulos rojos en sangre, se vigiló que el paciente consuma en calidad y cantidad los alimentos indicados.

## EVALUACIÓN:

EL Sr. Bernardo, acepta la importancia la dieta para mejorar su nutrición, colabora en el desarrollo del plan dietético y lo respeta, lo cual ha ayudado a favorecer su estado de salud. No se pudo volver a tener acceso a datos de laboratorio para revalorar hemoglobina y hematocrito.

## ELIMINACIÓN:

- Dx de Enf: Deterioro de la eliminación urinaria r/c defecto de la función renal m/p oliguria.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:** En la IRC la función de los riñones se vuelve más lenta con el tiempo. La principal función de estos órganos es eliminar los desechos y el exceso de agua del cuerpo. Este padecimiento afecta a la mayoría de las funciones y de los sistemas corporales, como: El control de la presión arterial, La producción de glóbulos rojos, La vitamina D y la salud de los huesos.

Cuando los riñones ya no tienen la capacidad de eliminar suficientes desechos y el exceso de líquido del cuerpo, se recurre a un tratamiento que sustituye la función renal.

La hemodiálisis es una sustitución renal, consiste en extraer la sangre del organismo y traspasarla a un dializador de doble compartimiento, uno por el cual traspasa 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 cuando los riñones son incapaces de esto (es decir cuando hay un fallo renal). La hemodiálisis es un procedimiento, que se les realiza a los pacientes cuando se va deteriorando la función renal. Para llevar a cabo dicho tratamiento de sustitución renal es necesario, que el paciente cuente con un acceso vascular, al inicio el médico le coloca un catéter temporal, ya sea Mahurkar o Niagara, éste tipo de catéter como su nombre lo dice dura unos meses, posteriormente se programa al paciente para la instalación de un acceso permanente, ya sea otro catéter que es de un material de silicón más resistente, dentro de los cuales podemos citar catéter

hemoglide, permacat, palindrome, entre otros o la colocación de una FAVI (fistula arteriovenosa interna) que duran varios años para la realización de los tratamientos posteriores del paciente.

**OBJETIVOS:**

- Procurar la excreción urinaria a los límites usuales del Sr. Bernardo.
- Vigilar y detectar los signos de sobre carga hídrica.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
Colaborar en el tratamiento de hemodiálisis.	La hemodiálisis es una sustitución renal, consiste en extraer la sangre del organismo y traspasarla a un dializador de doble compartimiento, uno por el cual traspasa la sangre y otro el líquido de diálisis, separados por una membrana semipermeable.
Registrar peso y talla del Sr. Bernardo. (Presenta un peso de 53 kg y una talla de 1.70 cm).	Son medidas antropométricas que permiten tener un conteo exacto de los ingresos y egresos de líquidos ante el tratamiento de hemodiálisis.
Administración de líquidos parenterales (fisiológica 500cc p/12hr [40 cc por hora]).	Como los riñones no pueden excretar orina concentrada, los pacientes no deben ingerir mayor cantidad de agua de lo prescrito, para poder manejar la carga usual de solutos urinarios.
Vigilar los signos vitales en especial la presión arterial y la frecuencia cardíaca.	Los signos vitales nos indican el estado hemodinámico del paciente. La I.R.C provoca hipertensión debido al exceso de sodio y



<p>Controlar, cuantificar y registrar la cantidad de líquidos que ingresan y egresan del paciente, para contribuir al mantenimiento hidroelectrolítico a través de la sonda vesical - Diuresis.</p>	<p>agua, la sobrecarga de líquidos es porque el riñón no es capaz de excretarlos.</p> <p>Las alteraciones en la concentración de electrolitos provocan cambios en el volumen de los líquidos corporales, y a su vez los cambios en el volumen de los líquidos corporales causan alteraciones en la concentración de electrolitos. Por tal motivo se deben estar monitoreando la concentración de electrolitos plasmáticos, y de existir alteraciones, se realizará la reposición de los mismos por vía intravenosa.</p>
<p>Vigilar el estado de hidratación (membranas, mucosas húmedas, pulso adecuado) según sea el caso</p>	<p>Se pueden registrar todas las observaciones en relación con el estado de hidratación de la paciente.</p>
<p>Ministración de diuréticos según indicación médica (furosemide 40mg, V.O cada 24 hrs).</p>	<p>Los diuréticos son agentes que aumentan el índice o rapidez de la excreción de orina. Casi todos disminuyen la reabsorción de sodio y agua en la zona proximal del túbulo renal.</p>
<p>Vigilancia de hallazgos que puedan indicar la existencia de complicaciones sistémicas.</p>	<p>La retención de líquidos puede manifestarse por oliguria o anuria o aparición de edema, sobre todo en pies y alrededor de los ojos.</p>

#### EJECUCIÓN:

Se administraron líquidos parenterales de acuerdo a las necesidades del paciente, se mantuvo una vigilancia estrecha en toma y registro de los signos vitales para detectar cualquier alteración, así como la medición y control de líquidos, ministración de los medicamentos prescritos.

#### EVALUACIÓN:

El apoyo en cuanto al tratamiento de hemodiálisis no se pudo llevar a cabo debido que tal procedimiento se realiza en el servicio exclusivo de nefrología El Sr. Bernardo conservo su peso corporal, la presión arterial no disminuyo, continuo T/A: 133/90. No presento datos de sobrecarga hídrica, los flujos urinarios se mantuvieron bajos.

#### ELIMINACIÓN:

- Dx de Enf: Riesgo de estreñimiento r/c actividad física insuficiente, disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal, aporte insuficiente de líquidos, malos hábitos alimentarios.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA. La eliminación intestinal está controlada fundamentalmente por la actividad muscular y neurológica. Los alimentos no digeridos o las heces recorren el intestino grueso impulsados por la actividad del músculo liso de la pared intestinal. Al mismo tiempo se reabsorbe el agua que fue necesaria para la digestión. Las heces discurren a través del colón sigmoideo, que desemboca en el recto. En un punto determinado, las heces acumuladas en el recto estimulan el reflejo de defecación que provoca la relajación del esfínter anal, produciéndose la defecación.

El estreñimiento es el resultado de un retraso en el tránsito de los residuos alimenticios en el intestino por factores que la enfermera puede tratar.

#### OBJETIVO

- El Sr Bernardo mejorará su patrón intestinal.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
Auscultar ruidos peristálticos	La verificación de los ruidos peristálticos intestinales permite que se valore correctamente la necesidad de adoptar alguna medida.
Proporcionar la cantidad de líquido adecuada para el paciente(500cc)	La ingesta de líquidos es un factor importante que determina la cantidad y el tipo de eliminación intestinal.
Vigilar el suministro de dietas a base de fibra (alimentos sugeridos para un paciente nefrópata). Ver anexo 4.	La Organización Mundial de la Salud establece que 25 gramos es la cantidad mínima de fibra que cada persona debe consumir a diario. Los alimentos ricos en fibra tienen una serie de propiedades imprescindibles para el correcto funcionamiento del organismo, como mejorar la hidratación, regular el tránsito intestinal o quemar el exceso de grasas
Registrar y valorar color y consistencia de las evacuaciones.	Una valoración exhaustiva permitirá el registro exacto del patrón intestinal
Estimular al Sr. Bernardo a realizar ejercicios; como volverse de lado y cambiar de posición en la cama. Flexión y extensión de las extremidades pélvicas	La actividad, aunque sea mínima, incrementa el peristaltismo, aporta el suficiente oxígeno a todos los órganos para mantenerse saludables.
Se le proporcionará	La eliminación intestinal constituye un acto muy

<p>intimidad jalando las cortinas para que no se encuentre expuesta a los demás. O si es el caso, se acompañará hasta el retrete disponible, se cerrará la puerta, sin abandonar el lugar hasta que termine.</p>	<p>privado, y la carencia de intimidad puede conducir al estreñimiento.</p> <p>Un medio confortable facilita la eliminación intestinal</p>
--	--

#### EJECUCIÓN:

Se llevaron a cabo las estrategias de intervención mencionadas. El paciente tuvo mayor movilización lo cual ayudo de forma considerable, se realizó el registro de características de las evacuaciones, proporciono intimidad a la hora de la defecación.

#### EVALUACIÓN:

El paciente acudió en compañía de su familiar al baño a realizar sus necesidades fisiológicas. No presento dificultad para evacuar.

#### DESCANSO Y SUEÑO:

- Dx de Enf: Trastorno del patrón de sueño r/c factores ambientales del hospital, ruidos e interrupciones (toma de signos vitales) m/p quejas de no sentirse bien descansado y ojeras

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA. El sueño es un proceso de restauración y recuperación que facilita la proliferación celular y la reparación de los tejidos dañados o envejecidos. Durante el sueño NREM, el índice metabólico y las frecuencias cardiaca y respiratoria disminuyen hasta los valores basales y la tensión arterial desciende. Se producen una relajación muscular profunda y una actividad mitótica en la médula ósea, y se acelera la reparación de los tejidos y

la síntesis de proteínas. Durante el sueño REM, el sistema nervioso simpático se acelera, con aumentos erráticos en el gasto cardíaco y en las frecuencias cardíaca y respiratoria. La perfusión de la materia gris se duplica y la información cognitiva y emocional se almacena, se filtra y se organiza.

La incapacidad para descansar y dormir se ha descrito “como una de las causas y uno de los acompañamientos de la enfermedad”. Los trastornos del sueño pueden ser el resultado de alteraciones o problemas fisiológicos, psicológicos, sociales, ambientales y de maduración. En el caso de la insuficiencia renal crónica algunos pacientes experimentan trastornos del sueño como son: el insomnio (es la dificultad para quedarse o permanecer dormido) ó apnea obstructiva del sueño (Es una afección en la cual el flujo de aire se pausa o disminuye durante la respiración mientras usted está dormido, debido a que la vía respiratoria se ha tornado estrecha, bloqueada o flexible).

**OBJETIVO:**

- Favorecer el descanso y mejorar la calidad del sueño del paciente.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
Identificar la presencia de los factores internos y externos que pueden contribuir a la estimulación del estado de alerta	algunas enfermedades que contribuyen son: ansiedad dolor crónico, depresión, enfermedades metabólicas como la diabetes mellitus, empleo de fármacos
Evitar alimentos y bebidas que interfieran en el sueño	Café descafeinado. En 2007, un estudio de ConsumerReports encontró que la cantidad de cafeína en las bebidas descafeinadas en los establecimientos que venden café, variaban entre menos de 5 miligramos a niveles lo suficientemente altos como para interferir con el

	<p>sueño.</p> <p>Verduras y hortalizas crudas. El brécol crudo, el coliflor y las zanahorias hacen que se sienta lleno rápidamente</p> <p>Carnes. La tocineta, el pepperoni, y las salchichas, contienen altos niveles de tiramina, un aminoácido que aumenta la secreción del estimulante cerebral norepinefrina.</p> <p>Chocolate. Sabemos que el chocolate contiene cafeína, pero algunos de los chocolates más oscuros pueden tener tanto como 80 miligramos: la misma cantidad que se encuentra en una lata de Red Bull. Como regla general, mientras más oscuro el chocolate, mayor el estimulante.</p>
<p>Proporcionar un ambiente tranquilo y establecer medidas de confort.</p> <p>Revisar con el paciente las recomendaciones del médico sobre el empleo de tranquilizantes que no contengan supresores de la fase REM.</p> <p>Investigar el empleo de ayudas para eliminar la luz, el ruido como, por ejemplo, máscaras para dormir, cortinas, tapones para los</p>	<p>Es medida de comodidad, la disposición de un ambiente en óptimas condiciones de limpieza y físicas que ayude al paciente al descanso y sueño.</p> <p>Los tranquilizantes provocan sueño, lo cual su toma durante el día, desencadena trastornos para conciliar el sueño durante la noche.</p> <p>El empleo de métodos terapéuticos como masajes, gafas, tapones para los oídos, contacto afectuoso etc. favorecen el sueño, ya que entre menos ruido y luz vea la persona descansara mejor.</p>

<p>oídos.</p> <p>Platicar con el demás personal para valorar la necesidad de tomar signos vitales en la noche si este se mantiene estable.</p>	<p>El registro de signos vitales nos permite saber el estado hemodinámico del paciente.</p>
<p>Recomendar al paciente y comentar a la familia la participación de técnicas de relajación y/o un programa regular de ejercicios durante el día para ayudar a controlar el estrés/ liberar la energía</p>	<p>Actividades en el transcurso del día facilitan la inducción del sueño. Pero los ejercicios a la hora de acostarse pueden estimular al paciente en vez de relajarlo.</p> <p>Ver anexo 3 técnicas de relajación.</p>
<p>Evitar que tome siestas por la tarde</p>	<p>Las siestas por la tarde, interrumpen la conciliación del sueño cuando llega la noche.</p>
<p>Evitar cualquier estímulo de tensión para el bienestar el paciente.</p>	<p>El nivel de tensión puede aumentar las necesidades de sueño, cuando se reducen los estímulos del exterior, deprimen el sistema activador reticular y se produce el sueño</p>

**EJECUCIÓN:**

Se empleó la identificación de los factores causantes de la alteración a esta necesidad, así como también, se le proporciono un ambiente tranquilo con medidas de confort ; taponos auditivos de algodón, y la eliminación de luz. Se adentró a la familia del paciente a participar en la realización de técnicas favorecedoras de relajación, sueño y descanso.

### EVALUACIÓN:

El sr. Bernardo denotó una mejoría en cuanto a la satisfacción de ésta necesidad. La participación de la familia, proporciono un ambiente tranquilo. Las técnicas de relajación y los tapones auditivos, ayudaron a favorecer el sueño y descanso del Sr. Bernardo, se refirió por parte de su hija que el evitar las siestas por las tardes ayudo considerablemente.

### HIGIÉNE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL:

- Dx de Enf: Déficit de autocuidado: baño-higiene r/c ansiedad, debilidad, falta de motivación m/p incapacidad para acceder al cuarto de baño, lavar totalmente su cuerpo.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA: La higiene es una de las formas más sencillas de conservar la salud física y proporcionar bienestar. La piel está formada por tres capas principales: epidermis, dermis e hipodermis, una función muy importante es que, constituye una eficaz barrera contra las agresiones del ambiente, protege contra el frio intenso, etc.

### OBJETIVO:

- El paciente disminuirá su deterioro de la habilidad para realizar las actividades de baño e higiene, logrando una adaptación eficiente.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
Motivar y proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidado.	El baño tiene una serie de funciones como eliminar la secreción sebácea, la transpiración, células muertas y algunas bacterias que se han acumulado. También estimula la circulación: un baño caliente o templado dilata los vasos superficiales, trayendo más sangre y más nutrientes a la piel. El masaje



<p>Explicar la importancia del baño</p>	<p>vigoroso tiene el mismo efecto. Frotar con fricciones largas y suaves desde las partes dístales a las proximales de las extremidades es particularmente eficaz para facilitar el flujo venoso.</p> <p>El baño también provoca un sentido de bienestar en las personas. Es refrescante y relajante. El procedimiento del baño nos da la oportunidad de valorar al paciente, tanto desde el punto de vista físico, condiciones de la piel, erupciones, edema sacro, como desde el punto de vista mental y/o emocional, P. ej.: orientación en el tiempo, estado anímico etc.</p>
<p>Proporcionarle los objetos de aseo personal deseados. (Desodorante, cepillo de dientes, jabón de baño).</p>	<p>Básicamente, cumplir con los hábitos de higiene es imprescindible para prevenir infecciones y enfermedades. Pero sin olvidar otra cosa importante: nuestra apariencia.</p>
<p>Facilitar que el paciente se cepille los dientes</p>	<p>La importancia de la higiene bucal está en que nos permite mantener a nuestras encías sanas, con lo que nuestros dientes se mantendrán saludables y podrán cumplir su función. Además podremos evitar otras enfermedades y complicaciones, como las siguientes:</p> <p>Según la Academia de Odontología General, existe una relación entre la enfermedad de las encías (periodontal) y complicaciones de salud como un accidente cerebrovascular y enfermedad cardíaca.</p>

#### EJECUCIÓN:

Se le motivo y explicó la importancia del aseo personal, ayudándolo hasta recuperar y asumir totalmente el autocuidado, pidiéndole el apoyo a la familia con tener sus objetos de aseo personal. Se le facilito el cepillado de dientes.

#### EVALUACIÓN:

Se logró reincorporar al Sr. Bernardo al baño, aseo personal hasta que ya no requirió del oxígeno. Se muestra aseado y cómodo.

#### HIGIÉNE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL:

- Dx de Enf: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c hidratación, cambios en el tensor de la piel, estado de desequilibrio nutricional, deterioro del estado metabólico y actividad física insuficiente.

#### OBJETIVO:

- Se protegerá la integridad de la piel, previniendo el deterioro y lesiones

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
Valorar el estado de la piel: Color Textura Temperatura hidratación	La piel es el mayor órgano del cuerpo humano. Cubre todo el cuerpo y actúa como barrera protectora aislando al organismo del medio que lo rodea. De esta forma le protege, le ayuda a mantener la integridad de su estructura y le conecta con el entorno.  Los factores que contribuyen a la destrucción tisular pueden ser intrínsecos (enfermedades sistémicas) o extrínsecos(mecánicos o químicos),
Evaluar el riesgo de úlceras por presión. Utilizando la escala de	Los principios de la prevención de las úlceras por presión incluyen reducción o rotación de la presión sobre el tejido blando. Si la presión en el tejido blando

<p>BRADEN</p> <p>Bajo si el resultado está entre 23 -20 puntos.</p> <p>Medio entre 19 -16 puntos.</p> <p>Alto entre 15 -11 puntos.</p> <p>Muy alto entre 10 -6 puntos</p>	<p>supera a la presión capilar (aproximadamente 32mmhg), la obstrucción capilar y la hipoxia resultante producen lesión tisular.</p> <p>La escala de BRADEN nos sirve para poder hacer una correcta valoración del riesgo de úlceras por presión y tomar las medidas necesarias para planificar y llevar a cabo un tratamiento.</p> <p>Según la suma de los puntos el riesgo de úlcera por presión será: de acuerdo a los rangos establecidos.</p> <p>Valoración de 19</p>
<p>Fomentar la realización de ejercicios de amplitud de movimiento y evitar zonas de presión y fricción.</p> <p>Promover las acciones que mejoren el flujo arterial.</p>	<p>El ejercicio y el movimiento aumentan el flujo sanguíneo a todas las áreas.</p> <p>El movimiento regula alivia la presión constante en las prominencias óseas, a mantener la piel ventilada e hidratada. Los cambios posturales mínimos facilitan la perfusión de las áreas comprimidas. Al mayor tiempo de movilidad mejorar su estado de salud, físico-emocional.</p>

<p>Proporcionar la cantidad de líquido adecuada para el paciente.</p>	<p>Los líquidos proporcionan hidratación a la piel. El edema inhibe el flujo sanguíneo hacia los tejidos dando como resultado una pobre nutrición celular.</p>
<p>Valorar, vigilar, detectar y registrar los signos de sobre carga hídrica.</p>	<p>La tumefacción debida a acumulación de fluido se manifiesta inicialmente en las extremidades.</p>
<p>Hidratar la piel con cremas corporales</p>	<p>Casi siempre y por diversos factores a los que estamos expuestos diariamente, el mecanismo natural no es suficiente y debemos aportar una ayuda extra que evite la sequedad de la piel, las grietas, la descamación o la tirantez. Y es que el cuidado de la piel y su hidratación. Usar productos hidratantes acorde con las necesidades de cada uno es una cuestión básica.</p>
<p>Vendaje de miembros inferiores</p>	<p>El vendaje de miembros inferiores estimula el retorno venoso, pero no debe ser muy compresivo, porque puede ocasionar lesiones.</p>

#### EJECUCIÓN:

Se empleó la valoración del estado de piel, Fomentar la actividad física, se pidió a la familia crema corporal para el cuidado y protección de su piel.

#### EVALUACIÓN:

Denotó una mejoría en cuanto a la satisfacción de ésta necesidad con la aplicación de crema mejorando la turgencia de la piel, poniendo especial

atención a los pliegues cutáneos y prominencias óseas. No presenta lesiones cutáneas, ni datos de sobre carga hídrica, las mucosas se mantuvieron hidratadas.

#### HIGIÉNE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL:

- Riesgo de infección r/c presencia de invasivos: catéter central, y sonda vesical, insuficientes conocimientos para evitar la exposición a los agentes patógenos.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA. La resistencia a la infección depende de la respuesta inmunitaria del huésped (sensibilidad), de la dosis del microorganismo y de su virulencia. Los factores que influyen en la respuesta inmunitaria del huésped son: barreras anatómicas, tratamientos, factores del desarrollo y hereditarios, factores hormonales, edad, nutrición, fiebre, secreciones, entre otras.

Todas las personas son vulnerables a la infección; la contención de las secreciones, el control ambiental y el lavado de las manos antes y después de atender a la persona enferma pueden reducir el riesgo de transmisión de microorganismos.

#### OBJETIVO:

- Se brindará cuidados y conocimientos para que el Sr. Bernardo permanezca libre de signos y síntomas de infección.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
El profesional de la salud realizará todas las técnicas estériles en relación con los procedimientos del paciente, sin olvidar las técnicas de asepsia	Se requieren precauciones meticulosas para el control de la infección para prevenir infecciones relacionadas con la atención sanitaria, con especial atención a la higiene de manos y a las precauciones universales.

<p>personales. Esto con el objetivo de tener un mayor impacto en prevención de infecciones y contaminación.</p>	
<p>Se inspeccionará la piel, especialmente la zona del catéter central en busca de signos de infección como enrojecimiento, calor, drenaje e incremento de la temperatura corporal. En caso de encontrar algún signo comunicarlo de inmediato.</p> <p>Se registrará la temperatura corporal de la paciente en cada turno. En caso de presentar cualquier alteración relacionada con hipertermia avisar de inmediato al médico y registrar la temperatura cada 2 horas, debido a que este puede ser un signo precoz de infección.</p>	<p>La detección oportuna de cualquiera de estos signos, ayuda a prevenir complicaciones posteriores</p> <p>La hipertermia puede ser un signo precoz de infección debido a que la elevación de la temperatura corporal es ocasionada por las toxinas y pirógenos producidos por las bacterias.</p>
<p>Cubrir el catéter durante el baño, para evitar mojarlo.</p> <p>Se lavará y secará cuidadosamente la piel de alrededor, incluyendo las áreas con pliegues cutáneos. Posterior a esto se hidratará, incluyendo las superficies de riesgo.</p> <p>Se realizara la curación en el</p>	<p>El mantenimiento de la higiene evita la proliferación de microorganismos patógenos.</p> <p>Los pacientes con hemodiálisis</p>

<p>sitio de inserción del catéter con principios de asepsia y antisepsia. (En caso de mojar el parche).</p>	<p>frecuentemente presentan problemas con el catéter por, obstrucción, infección del sitio de salida debido al mal manejo del catéter.</p>
<p>Se valorará en cada turno el color, la humedad, la textura y la turgencia de la piel. Dando especial importancia a la zona del catéter central.</p> <p>Se llevan a cabo las medidas de seguridad de prevención de infecciones urinarias en el paciente con sonda vesical.</p>	<p>La piel intacta es la primera línea de defensa en la naturaleza con los microorganismos que entran en el cuerpo.</p> <p>Fecha de instalación de la sonda vesical Fijación correcta: cara anterior del muslo (hombres).</p> <p>La bolsa colectora de orina deberá estar 15cm por arriba de la superficie del suelo.</p>
<p>Se seguirán las precauciones estándares y se llevarán guantes durante el contacto con sangre, membranas mucosas, piel no intacta o cualquier sustancia corporal excepto el sudor.</p>	<p>La transmisión de los patógenos de transmisión sanguínea tiene lugar por vía parenteral, membranas, mucosas, o la exposición de la piel no intacta a sangre u otras sustancias del organismo.</p>
<p>Se explicará la importancia de llevar cabo un aseo minucioso de su persona, incluyendo baño, ase bucal, lavado de manos, corte de uñas, entre otros. De esta manera se dejara claro que es muy necesario para evitar complicaciones. Se pedirá a la paciente una breve explicación demostración de lo</p>	<p>La piel es una de las barreras de defensa del organismo, la pérdida de su continuidad puede ser entrada de microorganismos. La piel limpia y seca previene la formación de úlceras por decúbito y la proliferación de bacterias. Una cama con las sábanas bien estiradas produce bienestar al paciente y evita complicaciones.</p>

aprendido en la sesión.	
-------------------------	--

#### EJECUCIÓN:

Se llevaron a cabo todas las técnicas asépticas en relación al cuidado del Sr. Bernardo. Se inspeccionó la piel en busca de signos evidentes de infección, sin encontrar datos. Se realizó la curación del catéter.

#### EVALUACIÓN:

Permaneció libre de signos y síntomas de infección. Demostró interés y entendimiento en la información proporcionada verbalmente sobre los cuidados en el sitio de inserción del catéter.

#### CREENCIAS Y VALORES:

- Dx Enf: Ansiedad r/c el cambio del estado de salud m/p sequedad bucal, sofocaciones, aumento de la tensión arterial, dificultad respiratoria, debilidad, y trastornos del sueño.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:** En las últimas décadas se ha producido un gran avance médico en la optimización de las técnicas de hemodiálisis. Pero, aun así, la enfermedad renal crónica y los tratamientos dialíticos siguen ocasionando en los pacientes cambios a nivel físico, psicológico y social.

La calidad de vida relacionada con la salud del paciente se ve afectada ya que la ansiedad es una consecuencia del gran estrés de la vida actual. Este puede generar tensión, inquietud, insomnio, miedo, pánico, temblores, impotencia, y muchos otros malestares. Estos efectos alteran algunos elementos del organismo llamados neurotransmisores, en realidad la ansiedad, como todas las emociones, tiene una función importante en el organismo, todas las emociones están relacionadas con la supervivencia y la adaptación del individuo. Sin embargo, la ansiedad se vuelve algo patológico o fuera de la armonía natural del cuerpo cuando comienza a resultar una respuesta crónica, destructiva y no



adaptativa para el individuo, es decir, cuando la ansiedad empieza a convertirse en algo fuera de control en una persona.

**OBJETIVO:**

- Ayudar al paciente a disminuir el nivel de ansiedad eficazmente, conociendo a expresar y manejar sus sentimientos.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Crear un ambiente de facilite la confianza y seguridad.</p>	<p>Un ambiente cómodo y tranquilo facilita que el paciente encuentre su equilibrio psicológico para expresar de manera directa sus sentimientos y emociones.</p>
<p>Explicar todos los procedimientos, incluyendo las sensaciones que experimentar.</p>	<p>Todo procedimiento medico genera incertidumbre en el paciente respecto a las sensaciones que experimentará, sin embargo es nuestra obligación explicar al paciente todo procedimiento y las posibles sensaciones. Todo acercamiento debe ser considerado una oportunidad de brindarle instrucciones y enseñanza.</p>
<p>Animar al paciente a expresar sus sentimientos, preocupaciones y miedos</p>	<p>La preocupación, ansiedad y temor son emociones que influyen en la comunicación y aceptación.</p> <p>La persona con ansiedad sufre y esta incomoda, tiene dificultad para dar o recibir información en cuanto a su salud, entiende poco y exagera o descompone lo que oye.</p>

<p>Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.</p>	<p>Las actividades recreativas ayudan a liberar el acumulo de tensión en los músculos. Incluso el platicar con la persona ayuda a que los músculos de la cara se relajen cuando permitimos que este exprese sentimientos y emociones.</p>
<p>Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.</p>	<p>La utilización de terapias de relajación ayuda al paciente a lograr la paz, serenidad y aceptación. Ver anexo 3.</p>
<p>Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación.</p>	<p>Evaluar la terapia es de fundamental importancia, si el paciente no nota mejoría se opta por otra.</p>
<p>Corregir todo error e información incorrecta que pueda expresar la paciente</p>	<p>Los cuidados de enfermería eficaces dependen en gran parte de la habilidad y los conocimientos para el uso de la comunicación de la enfermera. Un factor que contribuye habitualmente al miedo y a la ansiedad es la información incompleta o incorrecta.</p>

#### EJECUCIÓN:

Se apoyó al paciente emocionalmente, promoviendo la verbalización y escuchando con interés sus temores. También se desarrolló con el Sr. Bernardo la técnica de relajación de visualización para ayudarlo a reducir sus niveles de ansiedad.

## EVALUACIÓN:

Todo esto se logró ya que el paciente aprendió a conocer, expresar y controlar sus miedos y refiere ya no sentirse tan ansioso, sobre todo con la técnica se siente mejor.

## APRENDIZAJE

- Dx de Enf: Disposición para mejorar el autocuidado r/c interés en la orientación del cuidado con la enfermedad, deseos de aumentar su independencia.

## FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:

El autocuidado comprende todas las acciones y decisiones que toma una persona para prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad, todas las actividades individuales dirigidas a mantener y mejorar la salud, y las decisiones de utilizar tanto los sistemas de apoyo formales de salud como los informales. Desde esta perspectiva, son actividades de autocuidado, entre otras el control de temperatura, presión arterial, realizar actividad física con regularidad, ingestión de alimentos, toma de medicamentos, cumplimiento de la dieta especial.

Virginia H.; El concepto de cuidado es ante todo un acto de vida en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permite que esta se continúe y reproduzca.

## OBJETIVO:

- potenciar la independencia, la autonomía y la autorresponsabilidad sobre su salud.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>Sensibilizar al paciente sobre la importancia de una alimentación equilibrada con respecto a su estado de salud.</p> <p>Motivar, adoptar y mantener prácticas y estilos de vidas saludables para alcanzar y mantener un peso adecuado.</p> <p>capacitar a la persona para la adquisición de nuevos conocimientos (saber) habilidades (saber hacer), actitudes (saber ser) de forma gradual (a lo largo del tiempo), dinámica y continua</p> <p>Anotar el impacto de la incapacidad/ enfermedad en el estilo de vida del paciente. Comparar con el nivel de actividad anterior a la enfermedad.</p>	<p>La prevención de la salud se encargan de promover comportamientos y estilos de vida saludables que ayuden a las personas a prevenir enfermedades y contribuirá su curación, y enseñan estrategias para motivarles a hacer esos cambios en sus vidas.</p> <p>Ayudándole a construir un estilo de vida diferente, pero igual de satisfactorio, o incluso más, al aportar el beneficio adicional de empezar a estar más sano</p> <p>Es importante saber las actividades preferidas, aficiones, etc. Para lograr una mejor intervención.</p>
<p>Desarrollar un programa de terapia física/ ejercicios, de acuerdo con el paciente y otros miembros del equipo ejemplo; terapias físicas y/u ocupacionales, monitores de ejercicios físicos).</p> <p>Ver anexo 2 y 3.</p>	<p>Los programas de ejercicios terapéuticos para los pacientes, fomentan a una mayor evolución y recuperación de los mismos.</p>
<p>Promover la mezcla de actividades/</p>	<p>Los estímulos, forman parte de la</p>

estímulos ejemplo música, programas de noticias, programas educativos, tv, grabaciones.

terapia de relajación ya que esta es una de las mejores formas de disminuir la ansiedad y la tensión

#### EJECUCIÓN:

Se ha despertado el interés y una alta participación llevo a cabo el desarrollo de un programa de terapia física/ ejercicios, de acuerdo con el paciente y otros miembros del equipo ejemplo terapias físicas y/u ocupacionales, monitores de ejercicios físicos). Los cuales se incluyeron en el plan de alta u/o anexos.

#### EVALUACIÓN:

Se denotó considerable mejoría en cuanto a la satisfacción de ésta necesidad, ya que los ejercicios y terapia física que se le impartió como el escuchar música, la ejercitación con una pelota de esponja dieron resultados satisfactorios, mejorando la movilidad muscular, disminuyendo la ansiedad y la tensión.

## 9. PLAN DE ALTA

El plan de alta se realiza con la finalidad de que el paciente se integre en la mejor toma posible a su ambiente familiar y social al egreso de su estancia hospitalaria, tratando de llevar una vida normal dentro de lo posible, sin descuidar la continuidad de su tratamiento a fin de que se disminuya el riesgo de complicaciones.

Se dan instrucciones u orientación precisas al paciente y a la familia de manera verbal y por escrito de los cuidados que deberá tener para una estabilidad en el hogar y mejor calidad de vida al momento del egreso.

### OBJETIVO:

- Enseñar al paciente y familiares que contribuyen en su tratamiento, las bases de la terapéutica así como la identificación de los signos de alarma.

### DIETA

La dieta forma parte de un tratamiento integral que contempla medicamentos, manejo médico y un programa de actividad física.

### NUTRICIÓN EN LAS PERSONAS CON IRC

Las personas con IRC deben consumir pocos líquidos y balancear adecuadamente el consumo de carbohidratos (azúcares), grasas y proteínas; se deben cubrir las necesidades de vitaminas y minerales, y evitar la sobrecarga de elementos que pueden ocasionar complicaciones.

Deben cubrir sus necesidades nutricionales mediante una combinación adecuada de carbohidratos (60%), grasas (30%), y proteínas (10%).

### Objetivos de la dieta:

- Evitar el aumento de peso excesivo entre una hemodiálisis y otra.
- Evitar las complicaciones por el aumento del potasio en la sangre.
- Reponer los nutrientes que se pierden a través de la hemodiálisis
- Evitar las complicaciones metabólicas y óseas
- Prevenir la aparición de algunas enfermedades crónicas asociadas a la insuficiencia renal.

### LA DIETA DEBERÁ SER:

- ✚ BAJA EN SODIO: exceso de agua Falta de aire y sensación de ahogo por acumulación Aumento de la presión arterial, aumento del trabajo del corazón e insuficiencia cardiaca congestiva.
- ✚ BAJA EN POTASIO: Potasio en sangre produce síntomas como sensación de hormigueo, adormecimiento, dolor muscular.
- ✚ BAJA EN FOSFORO; se pierde la capacidad del riñón para eliminar el fósforo, por lo que éste tiende a acumularse en la sangre, esto provoca trastornos metabólicos y de los huesos.
- ✚ HIPERPROTEICA (alta en carbohidratos): diálisis se eliminan de la sangre, no solo sustancias de desecho (toxinas) sino también algunos nutrientes como proteínas y vitaminas.

ALIMENTOS NO PERMITIDOS:	
Alimentos altos en Potasio	Verduras: Espinacas, Aguacate Frutas: Plátano, Melón, Kiwi, Naranjas, mandarinas.
No se deben comer nunca	Frutas desecadas: ciruelas, manzana, etc. Frutos secos: almendras Polvos c/chocolate. Salsas de tomate de cualquier tipo, pasta de tomate en conserva.

	- Polvos con chocolate:
Alimentos Muy Altos en Fósforo	Lácteos y derivados: leche, yogurt. Cereales integrales y derivados: pan integral, arroz Legumbres y leguminosas: habas, maíz

#### RACIONES DIARIAS RECOMENDADAS PARA LA DIETA

ALIMENTO	CANTIDAD	CONTENIDO APROXIMADO DE GRASA EN GRAMOS
Leche descremada	1 tazas	0
Carne magra, pescados, aves de corral	6 onzas o equivalentes	18
Huevos enteros o yemas	3 por semana	2
Verduras	3 raciones o más; como mínimo una o más verduras verdes oscuras o amarillas	0
Frutas	3 raciones o más, o cuando menos un cítrico	0
Intercambios de grasa	4 o 5 intercambios al día	20 – 25



## FÁRMACOS

### ***Ácido fólico***

El ácido fólico es una vitamina B. Ayuda al organismo a crear células nuevas, prevenir la anemia. También es útil en la deficiencia de folatos debida a diversa causas:

- a) aporte alimentario deficiente
- b) aumento en los requerimientos como el embarazo, la lactancia, la primera infancia.
- c) defectos de la absorción intestinal.

INDICACIONES: Vía: oral, Dosis: 5 mg al día. Se debe tomar con los alimentos (para evitar una posible irritación gástrica). Se recomienda tomar todos los días en una hora similar. No doblar la dosis en caso de olvido en una toma.

PRECAUCIONES: Demasiado ácido fólico por lo general no causa daño, ya que esta vitamina es eliminada regularmente del cuerpo a través de la orina. Pero en el caso de pacientes renales una sobredosis producirá muy altas concentraciones en la orina.

### ***Fumarato ferroso***

El hierro es un mineral. La mayor parte del hierro en el organismo se encuentra en la hemoglobina de los glóbulos rojos y en la mioglobina de las células musculares. Este le ayuda a prevenir y tratar los bajos niveles de hierro (deficiencia de hierro) y la consiguiente anemia por deficiencia de hierro. En las personas con anemia por deficiencia de hierro, los glóbulos rojos no pueden transportar suficiente oxígeno al cuerpo, porque no tienen suficiente hierro, es por ello que las personas con este trastorno a menudo se sienten muy cansadas.

INDICACIONES: Vía: oral dosis: 1 a 2 tabletas, tres veces al día. Se recomienda su administración junto con los alimentos para evitar una irritación gástrica.

PRECAUCIONES: Si se olvidara tomar una dosis a su hora, tomarla posteriormente si no sobrepasa el tiempo de dos horas. En caso contrario, esperar la siguiente dosis (no doblar la dosis).

### ***Enalapril.***

Es un Antihipertensivo

INDICACIONES: Vía oral 10mg

Le ayuda a disminuir la presión arterial. También retrasa la progresión de la insuficiencia cardiaca.

EFFECTOS SECUNDARIOS: Cefalea, depresión; visión borrosa; mareos, hipotensión, síncope, dolor torácico, trastornos del ritmo cardíaco, angina de pecho, taquicardia; tos, disnea; náuseas, diarrea, dolor abdominal, alteración del gusto; erupción cutánea, astenia, fatiga.

PRECAUCIONES: Cuando existe una sobredosificación por error o accidental, puede presentarse hipotensión (baja la presión arterial) y colapso circulatorio en los casos graves. El tratamiento irá encaminado a recuperar la presión arterial normal.

### ***Furosemida***

Es un diurético

INDICACIONES: Vía oral, 40mg. Se recomienda tomar las tabletas de furosemida en ayunas. Deben ingerirse sin masticar con una cantidad suficiente de líquido. Esta indicada en: retención de líquidos asociada a insuficiencia cardiaca congestiva crónica, retención de líquidos asociada a insuficiencia renal crónica e Hipertensión.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:

Produce un aumento en la excreción de agua lo que puede provocar o contribuir a una hipovolemia y deshidratación. La furosemida puede causar una baja de la presión arterial, signos y síntomas como deterioro de la concentración y la reacción, delirio, sensación de presión en la cabeza, cefalea, vértigo, somnolencia, debilidad, trastornos de la visión, boca seca.

PRECAUCIONES GENERALES: si se administra en cantidades excesivas, puede producir diuresis profunda. En los pacientes con diabetes mellitus puede aumentar los niveles de glucosa en sangre y, por tanto, afectar las pruebas de glucosa en orina. La piel de algunos pacientes puede ser más sensible a los efectos de la luz solar mientras están tomando furosemida.

## ✚ SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE IMPLICAN ASISTENCIA INMEDIATA

- presión arterial descontrolada
- Zumbido de oídos
- Visión de lucecitas
- Baja de la audición
- Sudoración excesiva y fría
- Palidez
- Piel fría( checar la temperatura )
- Perdida de la conciencia.

## ✚ SIGNOS DE INFECCIÓN EN CUANTO AL CATÉTER CENTRAL

- Presencia de sangrado
- Fiebre
- Olor fétido o salida de pus
- Enrojecimiento
- Hinchazón de la zona

## 10. CONCLUSIONES:

Los profesionales de enfermería tenemos el deber fundamental de promover la salud, prevenir enfermedades, restaurar la salud, aliviar el sufrimiento enfatizando en el trato digno y humanitario, es decir brindar un cuidado holístico. Tenemos un gran compromiso de estar a la vanguardia según las necesidades y demandas de la población

Y el proceso de atención de enfermería es un método sistemático que brinda cuidados con calidad, centrados en el logro de objetivos dirigidos a la prevención, promoción o recuperación de la salud. En el caso de la persona la aplicación del proceso me ayudó a determinar las necesidades biológicas, psicológicas, sociales y culturales que están alteradas en el Sr. Bernardo que cursa con insuficiencia renal ya que esta enfermedad se ha convertido en un grave problema de salud pública en todo el mundo, presenta un incremento progresivo en su frecuencia y la incidencia se ha triplicado en los países desarrollados durante los últimos 15 años. Dicho incremento está relacionado directamente con otras enfermedades que se conocen como las principales causantes de dicha enfermedad.

En vista de lo descrito, mediante el presente trabajo se llegó a la conclusión de que el PAE logra el objetivo principal de enfermería: brindar a la persona cuidados con calidad y calidez, sustentados en principios científicos, con el único objetivo de proporcionar independencia de salud a las personas involucradas en el proceso

El PAE es un método que propone grandes beneficios a la persona, desde los tres niveles de atención de salud. Ya que al ser un método sistemático y organizado permite a la enfermera, otorgar cuidados que contribuyen a identificar y resolver las demandas de cuidado y fomentando la participación activa en la toma de decisiones informadas y al logro del reconocimiento de la posición que merece ocupar la enfermera en el equipo multidisciplinario de salud.

## 11. GLOSARIO DE TÉRMINOS

1. Adinamia: es la ausencia de movimiento o reacción, lo que puede llevar a un estado de postración
2. Acidosis: ruptura del equilibrio ácido básico del plasma en el sentido de una mayor acidez y más exactamente por disminución de la alcalinidad, el ph es inferior a 7.4
3. Ansiedad: sentimiento de peligro inminente o indeterminado, que se acompaña de un estado de malestar, agitación, desconcierto y anonadamiento ante este peligro.
4. Alcalosis: aumento del ph, puede ser superior a 7.40, esto puede obedecer a disminución del co<sub>2</sub> disuelto del plasma o al aumento de los bicarbonatos.
5. Antihipertensivo: cualquier agente o toxico que reduce la presión arterial
6. Astenia: sensación generalizada de cansancio, fatiga y debilidad física y psíquica.
7. Asepsia: conjunto de medidas para prevenir las infecciones. Limpieza en una cura o intervención quirúrgica.
8. Carbohidrato: del griego σάκχαρον que significa "azúcar") son moléculas orgánicas compuestas por carbono, hidrógeno y oxígeno
9. Caloría. Unidad de energía calorífica equivalente a la cantidad de calor necesario para elevar 1<sup>a</sup> C la temperatura de 1 kg de agua.
10. Deshidratación: es la pérdida excesiva de agua y sales minerales de un cuerpo.
11. Disnea. Dificultad respiratoria o dolorosa.
12. Estertores: Los estertores son ruidos chasqueantes, burbujeantes o estrepitosos en el pulmón. Se cree que ocurren cuando el aire abre los espacios aéreos cerrados. Los estertores se pueden describir más ampliamente como húmedos, secos, finos o roncós.
13. Edema: es la acumulación de líquido en el espacio tisular intercelular o intersticial, además de en las cavidades del organismo.
14. Estreñimiento: es una defecación infrecuente o con esfuerzo, generalmente de heces escasas y duras
15. Eritema. Enrojecimiento asociado a diversas erupciones.

16. Estertor. Respiración ronca o ruidosa que suele deberse a la obstrucción parcial de las vías respiratorias.
17. Hipotermia: (del griego hipo que significa debajo y terme que significa calor) es el descenso involuntario de la temperatura corporal por debajo de 35° C medida con termómetro.
18. Hemodiálisis: es un proceso mediante el cual se extraen las toxinas que el riñón no elimina ya sea que no funcionen por una infección o por algún otro factor
  
19. Hipoacusia: es la pérdida parcial de la capacidad auditiva.
20. Incontinencia urinaria. Incapacidad temporal o permanente de los esfínteres externos para controlar el flujo de orina en la vejiga.
21. Mucosa: membrana que reviste las cavidades inferiores del cuerpo y segrega una especie de moco.
22. Peristaltismo. Movimientos de tipo onda producidos por las fibras musculares circulares y longitudinales de las paredes intestinales.
23. Secreción: al proceso por el que una célula o un ser vivo vierte al exterior sustancias de cualquier clase.
24. Sublingual: está situada en el piso de la boca.
25. Tono. Frecuencia o número de vibraciones percibidas durante la auscultación.
26. Uremia: conjunto de agentes tóxicos provocados por acumulación en la sangre de los tóxicos que el riñón elimina en estado normal y que se hallan retenidos a consecuencia del trastorno renal.
27. Úlceras o llaga; del latín ulcus, es toda lesión abierta de la piel o membrana mucosa con forma crateriforme (con forma de un cráter, al perderse parte del tejido) y con escasa o nula tendencia a la cicatrización espontánea

## 12. BIBLIOGRAFÍA

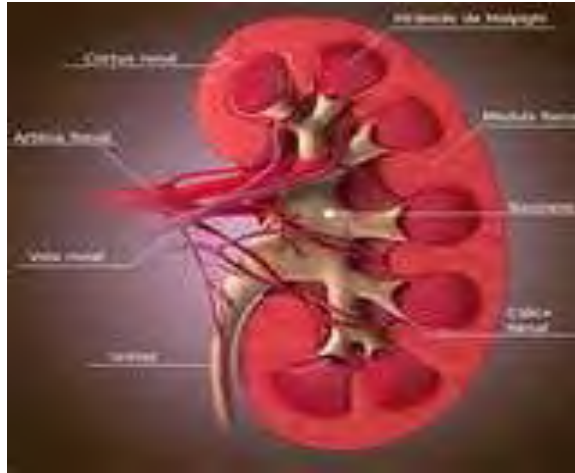
- Alfaro Rosalinda. Aplicación Del Proceso Enfermero Fomentar El Cuidado En Colaboración. 5ta Edición. Ed.Masson. Barcelona, 2003.
- Capernito, LyndaJuall. Diagnósticos De Enfermería. Aplicaciones A La Práctica Clínica. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. 2003. España.
- Castells,Silvia–Hernández Margarita. Farmacología En Enfermería. Editorial Harcourt. 2001. Madrid, España.
- Diccionario De Especialidades Médicas PLM 2009
- Luis Ma. T 1996 Aplicación Del Proceso De Enfermería. Guía Práctica. 3ª Edición.Madrid, España. Editorial Mosby/Doyma.
- Luis R. Ma. T; Fernández F. C, Navarro Ma. V 2000 De La Teoría A La Práctica. El Pensamiento De Virginia Henderson En El Siglo Xxi 2ª Edición. Madrid, España Editorial Masson.
- Lawdig, Gail – Ackley, Betty. Manual De Diagnósticos De Enfermería. 7ª Edición. Editorial Elsevier. 2007.
- Mahan, L. Kathleen. Escott, Silvia. Nutrición Y Dieto terapia De Krause. Editorial Mc Graw Hill. 1998. México, D.F.
- Marylenn E. Doenges, Mary Francés Moorhouse- Guía De Bolsillo De Dx Y Actuaciones De Enfermería-1999 Ed Doyma Enfermería.
- Marriner A 1989 Modelos Y Teorías De Enfermería 1ª Edición Barcelona, España,Ediciones Rol.
- Nanda, Internacional. Diagnósticos Enfermeros “Definiciones Y Clasificación 2005 2006”. Editorial Mosby/Doyma Libros. 2006. Madrid España.
- Perez De Gallo Ana Bertha, Maruan Leticia. “Manual De Dietas, Normales Y Terapéuticas. Ed: La Prensa Medica Mexicana 1999.
- Rosales, Barrera Susana – Reyes Gómez Eva. Fundamentos De Enfermería. 3ª Edición. Editorial Manual Moderno. 2004. México.
- Riopelle L; Et Al. Cuidados De Enfermería, Un Proceso Centrado En Las Necesidades De La Persona. Ed.
- Kozier, Fundamentos De Enfermería, Concepto, Procesos Y Práctica 7ª 2005.Edición Madrid, España Editorial Mcgraw-Hill Interamericana.

**AMENOS**



## Anexo 1

### **INSUFICIENCIA RENAL CRONICA**



Es la pérdida lenta de la función de los riñones con el tiempo. La principal función de estos órganos es eliminar los desechos y el exceso de agua del cuerpo.

#### **CAUSAS**

La enfermedad renal crónica (ERC) empeora lentamente con el tiempo. En las etapas iniciales, puede que no haya ningún síntoma. La pérdida de la función por lo regular tarda meses o años en suceder y puede ser tan lenta que los síntomas no ocurren hasta que el funcionamiento del riñón es menor a una décima parte de lo normal.

La etapa final de la enfermedad renal crónica se denomina enfermedad renal terminal (ERT). Los riñones ya no funcionan y el paciente necesita diálisis o un trasplante de riñón. La diabetes y la hipertensión arterial son las dos causas más comunes y son responsables de la mayoría de los casos.

La enfermedad renal crónica lleva a una acumulación de líquido y productos de desecho en el cuerpo. Esta enfermedad afecta a la mayoría de funciones y sistemas corporales, incluyendo la producción de glóbulos rojos, el control de la presión arterial, la vitamina D y la salud de los huesos.

#### **SINTOMAS**

Los síntomas pueden abarcar:

- Sensación de malestar general y fatiga

- Picazón generalizada (prurito)
- Dolor de cabeza
- Pérdida de peso sin tratar de hacerlo
- Inapetencia
- Náuseas
- Piel anormalmente oscura o clara
- Dolor óseo
- Síntomas del sistema nervioso y del cerebro:
  - somnolencia y confusión
  - problemas para concentrarse o pensar
  - entumecimiento en las manos, los pies u otras áreas
  - fasciculaciones musculares o calambres
- Mal aliento
- Susceptibilidad a hematomas o sangrado o sangre en las heces
- Sed excesiva.

## **DIAGNÓSTICO**

La hipertensión arterial casi siempre está presente durante todas las etapas de la enfermedad renal crónica. Un análisis de orina puede revelar proteína u otros cambios. Estos cambios pueden surgir desde 6 meses hasta 10 años o más antes de que aparezcan los síntomas.

Los exámenes para verificar qué tan bien están funcionando los riñones comprenden:

- Niveles de creatinina
- Depuración de creatinina

Las causas de la enfermedad renal crónica se pueden observar en:

- Tomografía computarizada del abdomen
- Resonancia magnética del abdomen
- Ecografía abdominal
- Gammagrafía renal.

## **TRATAMIENTO**

Controlar la presión arterial es la clave para retrasar el daño mayor al riñón.

- Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y los bloqueadores de los receptores de angiotensina (BRA) se emplean con mayor frecuencia.
- El objetivo es mantener la presión arterial en o por debajo de 130/80 mmHg
- No fumar
- Consumir comidas bajas en grasa y colesterol
- Hacer ejercicio regular (hable con el médico o enfermera antes de empezar).

Cuando la pérdida de la función renal se vuelva más severa, usted necesitará prepararse para diálisis o un trasplante de riñón.

#### **COMPLICACIONES:**

- Anemia
- Sangrado del estómago o los intestinos
- Dolor óseo, articular o muscular
- Cambios en el azúcar de la sangre
- Daño a los nervios de las piernas y los brazos (neuropatía periférica)
- Demencia
- Acumulación de líquido alrededor de los pulmones (derrame pleural)
- Complicaciones cardiovasculares
  - insuficiencia cardíaca congestiva
- Convulsiones
- Debilitamiento de los huesos y aumento del riesgo de fracturas.

**PREVENCIÓN:** El tratamiento de la afección que está causando el problema puede ayudar a prevenir o retardar la enfermedad renal crónica. Los diabéticos deben controlar sus niveles de azúcar en la sangre y presión arterial, al igual que abstenerse de fumar.

## Anexo 2

### **EJERCICIOS**

Los objetivos fisioterapéuticos en la fisioterapia del sistema nervioso serán objetivos generales como aliviar el dolor, estimular la circulación para disminuir la incidencia de trastornos tróficos y la readaptación funcional para actividades de las vidas diarias y laborales.

Los objetivos articulares serán mantener la movilidad articular para prevenir rigideces y anquilosis, prevenir y corregir deformaciones articulares mediante posiciones funcionales, movilizaciones pasivas y posiciones progresivas de corrección.

Los Objetivos musculares se orientaran a proteger los músculos paralizados y la piel anestesiada de lesiones, protegerlos de distensiones o acortamientos que se producen por fuerzas sin oposición, presiones y tensiones que pueden actuar desde fuera, mantener el tropismo en músculos dañados mediante el masaje, aplicación de calor y corrientes excito-motoras y facilitar el inicio de la contracción muscular, recuperar progresivamente la fuerza muscular.

:

- ✚ Colocar una pelota de esponja; lograr que la oprima



- ✚ Ponerle música relajante o que sea de su agrado

- Flexión y extensión de piernas y brazos: los ejercicios de flexibilidad ayudan a que los músculos se estiren, permiten que las articulaciones tengan un mayor alcance de movimientos.



## Anexo 3

### © RUTINA DE EJERCICIOS DE VISUALIZACIÓN PARA RELAJARSE



- ✓ Una vez que hayas relajado tu cuerpo, busca un lugar cómodo donde puedas acostarte o sentarte.
- ✓ Si estas sentado, necesitas poner atención en no encorvarte, pues cada vez que te encorvas tus vertebras se comprimen entre si y no permiten que la energía circule libremente.
- ✓ También debes pegar bien tus pies al suelo y colocar tus manos encima de tus muslos.
- ✓ Tu cuello no debe agacharse. Si esta acostado, debes sentirte cómodo y colocar tus manos a los costados, y evitar moverte durante la meditación.

Esta técnica es muy sencilla y no requiere sino de tu intensión y de un lugar cómodo y no ruidoso o con posible interrupción. Por eso se recomienda hacer antes de dormirte.



1. Cierra tus ojos y respira hondamente y despacio, y cuando exhales, imagina que sale la tensión y presión de tu cuerpo.
2. Ahora, concéntrate en tus pies, imagina que ahí hay una esfera del color que más te guste, que brilla y su luz se siente muy bien, da paz, da tranquilidad,

imagina que esta esfera de luz que envuelve tus pies es sanadora, es reconfortante y regenerativa. mete los pies en un agua exquisita. Una vez que sientas la sensación de bienestar en tus pies, y sientas el calor dulce de la luz, imagina que la luz empieza a recorrer tus piernas, detente en tus piernas, no lo hagas aprisa, siente como la luz llega hasta los huesos y enciende cada una de las células de tus piernas. Si tienes algún dolor de huesos o músculos en esta zona, concentra ahí la luz curativa y enfoca la sensación de bienestar unos minutos en esta zona, hasta que logres sentir como el músculo se relaja y se siente sano.

3. Una vez que has sentido esta sensación en tus piernas, rodillas, tobillos, muslos, etc., sube hasta tu estómago y haz lo mismo, recuerda y más despacio e imagina como la luz llena tus intestinos, órganos sexuales, glúteos, etc.

4. Ve subiendo esta luz por todas las partes de tu cuerpo, ve sintiendo cada órgano e imagina como las células se nutren de esta luz relajante y curativa. No olvides de pasar por tus huesos, por los órganos que se ubican en cada zona e incluso atiende y enfoca la luz en tus dientes y lengua, cuello, cuero cabelludo, etc.

5. Una vez que has terminado, imagina que esta luz se queda en tu sistema circulatorio, y que se mantendrá contigo el resto del día o la noche.

Realiza este ejercicio de visualización cada vez que quieras, no necesitas esperar un momento ideal, puedes hacerlo

Si estás muy tenso, se recomienda tomar té de pasiflora, manzanilla, anís o hierbabuena para relajar un poco. Este ejercicio es excelente para relajar a los niños o para personas con problemas de nerviosismo o ansiedad.



## ¿QUÉ SÍ?

PUEDES COMER COMO PACIENTE CON IRC



Estos alimentos puedes **consumirlos diariamente**, ya que son **BAJOS** en sodio, potasio o fósforo

## ¿QUÉ A VECES?

PUEDES COMER COMO PACIENTE CON IRC



Estos alimentos puedes **consumirlos sólo de 2-3 veces por semana**, ya que contienen cantidades **IMPORTANTES** de sodio, potasio o fósforo.

## ¿QUÉ NO?

PUEDES COMER COMO PACIENTE CON IRC



Estos alimentos **debes evitarlos**, ya que son **RICOS** en sodio, potasio o fósforo.

### LECHE Y DERIVADOS

### ELIJA

### LECHE Y DERIVADOS

### MODERE

### LECHE Y DERIVADOS

### EVITE

#### ALIMENTO

#### MEDIDA CASERA

Requesón promedio 2 cdas

#### ALIMENTO

#### MEDIDA CASERA

Queso fresco/panela \* (Ca) 40 gr

Activia natural \* (Ca) 1 pza (150 gr)

#### ALIMENTO

Cheez whiz®

Crema, crema batida

Helado de leche/yogurt

Jocoque seco

Leche de vaca líquida o en polvo

Leche evaporada

Queso amarillo/blue cheese/cheddar (normal, bajo en

grasa)/chihuahua/cottage (normal, bajo en grasa, cremoso)/

asadero/cabra (todos tipos)/ feta/gouda/menonita/

monterrey/mozarella/parmesano/provolone/ricotta/

roquefort.

Queso crema normal/light

Yogurth natural/bajo en grasa/light/fruta

### ACEITES Y GRASAS

### ELIJA

### ACEITES Y GRASAS

### MODERE

### ACEITES Y GRASAS

### EVITE

#### ALIMENTO

#### MEDIDA CASERA

Aceite de canola/cártamo/

girasol/maíz/oliva 1 cdita

Ajonjolí tostado 5 cdas

Almendra 10 pzas

Margarina sin sal 1 cdita

Nuez tostada 8 pzas

Piñón 1 cda

#### ALIMENTO

#### MEDIDA CASERA

Manteca vegetal 1 cdita

Pasta de almendras\* 4 cditas

Pistache\* 18 pzas

#### ALIMENTO

Aceituna verde

Aderezo (blue cheese, César, francés, mil islas, ranch)

aderezos bajos en grasas y/o calorías

Cacahuete (acaramelado, enchilado, japonés, salado)

Dip preparado con crema

Guacamole

Manteca de cerdo

Mantequilla con/sin sal

Mantequilla de mani

Margarina con sal

Mayonesa normal/light

Nuez Garapiñada/salada

Salsas (bechamel, blanca, pesto)

Vinagretas comerciales

Estos alimentos deben consumirse con moderación si padeces **Diabetes Mellitus**

#### CLAVES:

(F) Alimento rico en fibra

(Ca) Alimento rico en Calcio

\* No exceder 1 ración o porción por comida

### AZÚCARES

### ELIJA

#### ALIMENTO

#### MEDIDA CASERA

Gelatina 1/3 tza

Gomitas 4 pzas

Mermelada 1 1/2 cditas

Miel 2 cditas

Nieve de frutas 40 gr

Paleta de caramelo 2 pzas

Paleta helada de agua 1 pza

Refresco lima-limón 1/4 lata (89 ml)

#### Bibliografía

1.- Pérez A, Palacios B. Sistema de alimentos equivalentes para pacientes renales 1a. edición, Fomento de Nutrición y Salud, México 2009.

2.- National Kidney Disease Education Program (NKDEP). Nutrition tips for people with CKD. [www.nkdep.nih.gov/ckd\\_nutrition](http://www.nkdep.nih.gov/ckd_nutrition). Recuperado: Enero 2011.

3.- All the facts about phosphorus. Material de corporativo.

4.- A guide to healthier eating for dialysis patients: High protein foods. Material de corporativo.

### AZÚCARES

### EVITE

#### ALIMENTO

Bebidas energéticas

Cerveza/Alcohol

Chocolate (dulce, bebida, jarabe)

Cocoa

Flan de leche/natillas

Refrescos de cola

Té helado preparado/embotellado



# ¿QUÉ SÍ?

PUEDES COMER COMO PACIENTE CON IRC



# ¿QUÉ A VECES?

PUEDES COMER COMO PACIENTE CON IRC



# ¿QUÉ NO?

PUEDES COMER COMO PACIENTE CON IRC



Estos alimentos puedes **consumirlos diariamente**, ya que son **BAJOS** en sodio, potasio o fósforo

Estos alimentos puedes consumirlos **sólo de 2-3 veces por semana**, ya que contienen cantidades **IMPORTANTES** de sodio, potasio o fósforo.

Estos alimentos **debes evitarlos**, ya que son **RICOS** en sodio, potasio o fósforo.

## VERDURAS

### ELIJA



ALIMENTO	MEDIDA CASERA
Brócoli crudo*	1 tza
Cebolla cocida	1/4 tza
Chayote cocido picado	1/2 tza
Chile poblano	2/3 pza (43 gr)
Col cocida picada	1/2 tza
Coliflor cocida	3/4 tza
Flor de calabaza cocida	1 tza
Germen de alfalfa crudo	3 tzas
Huitlacoche cocido	1/3 tza
Jícama picada (F)	1/2 tza
Pimiento cocido	1/2 tza
Zanahoria miniatura cruda	3 pzas

## VERDURAS

### MODERE

ALIMENTO	MEDIDA CASERA
Aguacate Hass*	1/3 pza (31gr)
Berenjena picada cocida	3/4 tza
Calabaza italiana cocida*	1/2 tza
Chile jalapeño	6 pzas
Huazontle	1/2 tza
Pepino rebanado	1 1/4 tza
Setas cocidas	1/2 tza
Tomate verde	5 pzas
Xoconostle	3 pzas
Zanahoria rallada cruda	1/2 tza

## VERDURAS

### EVITE

ALIMENTO
Acelga
Apio
Brócoli cocido
Calabaza de castilla
Champiñones frescos
Espinacas
Jitomate/tomate, jugo de tomate o puré de tomate
Lechuga
Nopal cocido
Romeritos

## FRUTAS

### ELIJA



ALIMENTO	MEDIDA CASERA
Arándano fresco (F)	125 gr
Blueberries (F)	3/4 tza
Chicozapote (F)	1/2 pza
Dátil seco	2 pzas
Guanábana (F)	1 pza chica (238 gr)
Higo deshidratado	1 pza (19 gr)
Manzana cocida sin azúcar*	1/2 tza
Manzana roja (F)*	3/4 pza
Manzana verde*	1/2 pza
Pera (F)	1/2 pza
Perón	1 pza (105 gr)
Piña picada	3/4 tza

## FRUTAS

### MODERE

ALIMENTO	MEDIDA CASERA
Cereza	20 pzas
Frambuesa (F)	1 tza
Granada china (F)	2 pzas (67 gr)
Granada roja	1 pza (87 gr)
Higo	2 pzas
Lichis	12 pzas
Lima	3 pzas
Mamey (F)*	1/3 pza (85 gr)
Mango petacón*	1/2 pza (110 gr)
Maracuyá (F)	3 pzas (53 gr)
Membrillo	1 pza (98 gr)
Moras (F)	3/4 tza
Pasitas	10 pzas
Persimo	2 pzas
Sandía picada*	1 tza
Uva*	18 pzas
Zapote*	1/4 pza (86 gr)

## FRUTAS

### EVITE

ALIMENTO
Agua de coco, coco rallado
Carambolo
Chabacano
Ciruela pasa, roja o amarilla
Durazno
Fresa
Guayaba
Kiwi
Mandarina
Mango manila
Melón
Naranja dulce, agria
Papaya
Plátano tabasco/macho/manzano
Tamarindo
Toronja
Tuna
Zarzamora

#### CLAVES:

(F) Alimento rico en fibra

(Ca) Alimento rico en Calcio

\* No exceder 1 ración o porción por comida