



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**



**PROCESO DE ENFERMERIA A PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL
AGUDA**

**TRABAJO PARA OBTENCIÓN DEL TITULO EN LA LICENCIATURA DE
ENFERMERIA**

ALUMNA: FABIOLA ACEVEDO MENDOZA

ASESORA: MTRA. MARGARITA ACEVEDO PEÑA

FECHA: 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



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.

INDICE

CAPITULO 1

Introducción.....	5-6
Objetivos.....	7
Metodología.....	8
Etapa de valoración.....	9
Valoración de 14 necesidades.....	10-18

CAPITULO 2

PROCESO DE ENFERMERIA

Cuadro de necesidades alteradas.....	19
Cuadro de proceso.....	20-21

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Etapa de planeación.....	22-29
Etapa de ejecución.....	30-32
Etapa de evaluación.....	33

NECESIDAD DE OXIGENACION

Etapa de planeación.....	34
Etapa de ejecución.....	35-36
Etapa de evaluación.....	37

NECESIDAD DE OXIGENACION

Etapa de planeación.....	38-40
Etapa de ejecución.....	41-43

Etapa de evaluación.....44

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Etapa de planeación.....45-46

Etapa de ejecución.....47

Etapa de evaluación.....48

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Etapa de planeación.....49-50

Etapa de ejecución.....51-52

Etapa de evaluación.....53

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Etapa de planeación.....54-56

Etapa de ejecución.....57

Etapa de evaluación.....58

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Etapa de planeación.....59-61

Etapa de ejecución.....62-63

Etapa de evaluación.....64

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Etapa de planeación.....65-66

Etapa de ejecución.....67-68

Etapa de evaluación.....69

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Etapa de planeación.....	70-71
Etapa de ejecución.....	72-73
Etapa de evaluación.....	74

NECESIDAD DE USO DE VESTIR PRENDAS ADECUADAS

Etapa de planeación.....	75-76
Etapa de ejecución.....	77-78
Etapa de evaluación.....	79

NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD

Etapa de planeación.....	80-81
Etapa de ejecución.....	82
Etapa de evaluación.....	83

CAPITULO 3

MARCO TEORICO

Proceso de atención de enfermería.....	84-86
Modelo de Virginia Henderson.....	87-93
Sistema urinario.....	94-102

CAPITULO 4

Evaluación final.....	103
Conclusión.....	104
Bibliografía.....	105-106

INTRODUCCIÓN

El proceso de atención de enfermería es un método, racional sistemático de planificación y proporciona cuidados de enfermería con el propósito de identificar el estado de salud del paciente, sus problemas de salud reales y potenciales, para poder establecer planes que aborden las necesidades identificadas y aplicar las intervenciones.

El PE se realizó a una paciente de 48 años de edad que cursa un diagnóstico de Insuficiencia Renal Aguda, se realizó la valoración detectando alteraciones en las 14 necesidades de Virginia Henderson, con el cual se realizara un plan de cuidados jerarquizando las necesidades más afectadas, se realizó diagnósticos de enfermería, etapa de planeación donde se realizaron objetivos e intervenciones y se hizo una evaluación y dando así cuidados oportunos al paciente.

La Insuficiencia Renal Aguda se define como el descenso súbito de la función renal que produce una incapacidad para mantener el equilibrio de agua y electrolitos y excretar los residuos nitrogenados. Aumenta considerablemente la mortalidad y morbilidad hospitalarias

DATOS ESTADÍSTICOS

Según datos del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), la insuficiencia renal es actualmente la quinta causa de muerte general en México y la tercera a nivel hospitalaria. En este sentido, es fundamental generar acciones preventivas y de diagnóstico oportuno para fomentar el acceso a los mejores tratamientos disponibles y generar conciencia sobre la importancia de una cobertura universal que incluya un padecimiento que día a día tiene mayor incidencia en la población mexicana.

La insuficiencia renal, es la pérdida progresiva de la función renal que se caracteriza por anomalías en la estructura o función del riñón, por lo que el organismo pierde gradualmente la capacidad de filtrar las sustancias tóxicas de la sangre.

En México existen 10 millones de personas con algún grado de insuficiencia renal, de las cuales cerca de 129 mil se encuentran en etapas avanzadas con requerimientos de diálisis o hemodiálisis. Por ello, es importante que los programas de atención a la insuficiencia renal crónica hagan hincapié en la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de ésta y sus complicaciones, para retrasar la progresión a diálisis y poder acceder a trasplante de riñón de forma oportuna, con la consecuente mejoría en la calidad de vida del paciente.

Lamentablemente la razón principal de la salida de programas de diálisis en México es la muerte de las personas con insuficiencia renal, siendo las causas cardiovasculares en primer lugar.

El gasto que requiere un tratamiento y atención de la insuficiencia renal crónica en México es de 4 mil millones de pesos. Esta inversión representa más del 60% del gasto médico total; el gasto en medicinas representa en promedio el 27% y en ambulancias el 12%. Además, se estima que la enfermedad puede de alcanzar su incremento máximo en el número de pacientes para el año 2043 y representaría una inversión de 20.000 mil millones de pesos y a partir de ahí comenzará el descenso; mientras que estimando un escenario catastrófico, la enfermedad continuaría con un ascenso continuo y para el año 2050 los costos de inversión alcanzarían los 50.000 mil millones de pesos, cifras imposibles de costear.¹

Debido a esto es necesario contar con un programa que permita detectar de forma oportuna las enfermedades renales crónicas en el primer contacto, para poder desacelerar el número de pacientes en terapia sustitutiva.

¹ Septiembre 13 2013 <http://insuficienciarenal.com.mx>

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

- Aplicar un Proceso de enfermería a un paciente con Insuficiencia Renal Aguda utilizando el modelo de Virginia Henderson
- Lograr llevar a cabo mi proceso de titulación y obtener el Título de Licenciatura de enfermería

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Brindar el cuidado de enfermería específico a un paciente con Insuficiencia Renal Aguda a través del proceso de atención de enfermería , y modelo de Virginia Henderson

METODOLOGIA

Este proceso de enfermería se llevo a cabo en un hospital de segundo nivel en base a la transcendencia del problema en el servicio de urgencias a un paciente femenino de 48 años de edad.

Una vez que se selecciono el caso, en el hospital de segundo nivel, se procedió a realizar un Proceso de Atención de Enfermería, con el modelo de Virginia Henderson se realizo una jerarquización de las necesidades del paciente y se utilizo la taxonomía de NANDA debido a que es fundamental proporcionar un razonamiento crítico. Posteriormente se realizaron diagnósticos, intervenciones y se llevaron a la práctica y se ejecutaron y posteriormente se realiza la evaluación.

ETAPA DE VALORACIÓN

PRESENTACION DEL CASO:

Se trata de paciente femenino BGG de 48 años de edad con antecedente de EVC Hemorrágico occitoparietal derecho, que a merito vigilancia y cuidado en la terapia intensiva, antecedente de histerectomía por presencia de Cáncer cervicouterino, en dicho evento presento elevación de azoados, acude al servicio de urgencias por referir dolor lumbar bilateral 7/10, presenta edema generalizado ++.Con diagnostico Médico de Insuficiencia Renal Aguda



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÈXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERIA



VALORACIÓN DE ENFERMERIA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: BGG Edad: 48 Sexo: femenino Ocupación: ama de casa

Escolaridad: superior trunca Edo. Civil: casada Lugar de procedencia: domicilio

Religión: Católica

Diagnostico Médico: Insuficiencia Renal Aguda

VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES

1.- OXIGENACIÓN

Registro de signos vitales: Frecuencia respiratoria 22 min. Frecuencia cardiaca: 102min.
Presenta taquicardia T.A 180/100 presenta hipertensión Estado de conciencia:
desorientada en tiempo y espacio

Coloración de la piel: palidez de tegumentos, se observa inflamación gingival,, presenta
edema en ambos miembros de ++ y con llenado capilar de una duración de 2 segundos

2.- NUTRICIÒN E HIDRATACIÒN

Peso: 60 Talla: 1.63 turgencia de la piel: presenta equimosis en miembros superiores y edema generalizado ++

Membranas mucosas: semihidratadas de mucosas

Características de las uñas: presenta esmalte y largas se observan sucias

Cabello: es largo y presenta resequedad

Funcionamiento muscular y esquelético: presenta debilidad muscular y no presenta una coordinación motriz adecuada

Dieta: Hiposodica

Dentadura completa: si Aspecto de: dientes amarillentos, encías presenta gingivitis y placa blanquecina en lengua

Vomito: si, se observa de color biliar y refiere nauseas

Qué tipo de solución presenta:

Tipos de soluciones:

Sol. Salina 1000 a 10 cc por hora

Sol. Hartman 1000 a 20cc por hora

Presenta la solución en miembro superior derecho

Presenta dificultad para deglutir

3.- ELIMINACIÒN

Hábitos intestinales: estreñimiento: si Frecuencia: 1 vez al día o hasta cada tercer día

Hábitos urinarios: ¿orina normal? No Dolor: si coloración: turbia Frecuencia: de 3 a 5 veces presenta, disuria Cantidad: poca Olor : si

Observación

Eliminación fecal

Laxante si:

Se le indico un laxante debido a que empezaba con problemas de estreñimiento (lactulax), se observa con distensión abdominal y refiere dolor abdominal

Historia de hemorragias/ enfermedades renales presenta insuficiencia renal aguda, antecedentes de histerectomía por presencia de cáncer cervicouterino mas elevación de azoados, presenta ruidos intestinales

Sonda vesical: si días instalada: 1

4.- TERMORREGULACIÓN

Temperatura corporal: 37.8 a 38.2 presenta hipertermia

Características de la piel: palidez

Temperatura de miembros superiores tibios, inferiores fríos

Condiciones térmicas del entorno físico: bueno (semitemplado)

5.-MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Puede subir solo a la cama: no se levanta sola de la cama: no

Ayuda para la de ambulación: si

Dolor con el movimiento: en articulaciones: si en las piernas: si (dificultad para la movilidad física y se observa con astenia y debilidad muscular)

Fracturas: no

Várices: piernas no hemorroides: no

Tiene problemas cardiacos: no Presión arterial alta si: 180/100

6.- DESCANSO Y SUEÑO

El hecho de estar hospitalizados le ocasiona ansiedad, e insomnio,

¿Su hospitalización le causa problemas de tipo? Familiar

Estado mental: ansiosa

Ojeras: si se observa desorientada en tiempo y espacio

Respuesta a estímulos: si

7.- USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

¿Necesita usted usar vendajes? Si en miembros inferiores

Viste de acuerdo a su edad: si

Capacidad motora para vestirse y desvestirse: necesita ayuda ya que presenta debilidad en miembros pélvicos inferiores

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Frecuencia del aseo: baño: diario

Frecuencia del aseo dental: 1 vez al día

Aspecto general: malo

Halitosis: si

Estado del cuero cabelludo: reseco

Lesiones dérmicas: Presenta equimosis en miembros superiores e inferiores

Estado de los pies: buenos

NOTA: En la estancia hospitalaria se negaba al baño diario, se le tenía que asistir ya sea con familiar o la enfermera para el baño.

9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS (SEGURIDAD)

¿Es Ud. Alérgica a algún medicamento? No

¿Tomaba Ud. Medicamentos antes de su hospitalización? si

Nombre del medicamento	Dosis	Horario	Ultima dosis	Indicación	
				Médica	Automèdica
Fenitoina	1 tableta	Cada 8 horas		✓	

En hospitalización:

Nombre del medicamento	Dosis	Horario	Ultima dosis	Indicación	
				Médica	Automèdica
Pantoprazol	40mg	c/12 hrs		✓	
Amlodipino	5mg	c/12 hrs		✓	
Clorhidrato de prazosin (Antihipertensivo)	1 tableta	c/8hrs PRN		✓	
Trimebutina	1amp	c/8hrs		✓	
Ondasetròn	8mg	c/8hrs		✓	

(Antihemético)					
Ceftriaxona	1 gramo	c/8hrs		✓	
Lactulax (tratamiento del estreñimiento y encefalopatía)	30 ml	c/24 hrs		✓	
Furosemida	20mg	c/8hrs		✓	
paracetamol	1 gramo	c/8hrs PRN		✓	
hidrasec	100mg	c/8hrs		✓	

¿Trabaja usted? No

Deformidades congénitas: no

Condiciones de ambiente en el hogar: buenas

10.,NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD

Miembros que componen su familia:

Nombre	Edad	Parentesco	Escolaridad	Ocupación
Gabriel Ramírez	52	Esposo	Carrera. Técnica	Contador
Claudia R.G	23	Hija	Universidad	Estudiante
Roberto R.G	24	Hijo	Universidad	Estudiante

Estado civil: casada años de relación: 30

Rol en la estructura familiar: esposa- madre

¿Cómo se lleva con su pareja? Bien

Edad de inicio de vida sexual: 18 N° de Embarazos 2 N° de Partos: ninguno

N° de Cesárea: 2 N° de Abortos: ninguno

Capacidad verbal: lenguaje confuso

Expresión no verbal: mirada significativa si

¿Ve Ud. Bien? No ¿Lleva Ud. Lentes? Si (presenta miopía-astigmatismo)

¿Oye bien? Si ¿Lleva aparato auditivo? No

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS

Creencia religiosa: católica

Principales valores en su familia: respeto, humildad, honestidad, hermandad, etc.

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

¿Trabaja actualmente? No

Estado emocional: ansiosa

13.- NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Integridad neuromuscular

¿Su estado de ánimo es? Apático

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Nivel de educación: superior trunca

LABORATORIOS:

Al ingreso a urgencias

QUIMICA SANGUINEA

GLUCOSA: 125 mg/dl

UREA: 79mg/dl

CREATININA: 5.19 mg/dl

NITROGENO UREICO (BUN) : 36.92 mg/dl

BIOMETRIA HEMATICA:

LEUCOCITOS: 9.51

ERITROCITOS: 3.67 mg/dl

HEMOGLOBINA: 10.20 mg/dl

HEMATOCRITO: 31.20 mg/dl

PLAQUETAS: 385.00 mg/dl

TEMPOS DE COAGULACIÓN

Tiempo de protrombina 14.1
Fibrinógeno: 504 mg/dl

1 día de estancia hospitalaria

LABORATORIOS:

QUIMICA SANGUINEA DE 27 ELEMENTOS

GLUCOSA: 97mg/dl
UREA: 78mg/dl
CREATININA: 5.19 mg/dl
NITROGENO UREICO (BUN) : 36.45mg/dl

BIOMETRIA HEMATICA:

LEUCOCITOS: 7.06
ERITROCITOS: 3.38 mg/dl
HEMOGLOBINA: 9.40 mg/dl
HEMATOCRITO: 29.40 mg/dl
PLAQUETAS: 400mg/dl

TEMPOS DE COAGULACIÓN

Tiempo de protrombina 14.1
Fibrinógeno: 504 mg/dl

ES (3)

Sodio 165 mEq/L
Potasio 3.9 mEq/L
Cloro: 112.00 mEq/L

CUADRO DE NECESIDADES

NECESIDADES DEPENDIENTES	NECESIDADES INDEPENDIENTES
Necesidades dependientes	Necesidades independientes
<ul style="list-style-type: none"> -Oxigenación -Nutrición -Eliminación -Termorregulación -Moverse y mantener una buena postura -Descanso y sueño - Necesidad de uso de prendas de vestir adecuadas - Necesidad de comunicarse y sexualidad 	<ul style="list-style-type: none"> -Necesidad de higiene y protección de la piel -Necesidad de vivir sus creencias -Necesidad de trabajar y realizarse -Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas - Necesidad de aprendizaje -Necesidad de evitar peligros

PROCESO DE ENFERMERIA

Necesidad	Falta de fuerza	Datos de dependencia	Nivel de dependencia	Diagnostico de enfermería
OXIGENACIÓN	Falta de fuerza	<ul style="list-style-type: none"> ➤ FR 22 ➤ FC 102 ➤ Edema en ambos miembros 	3	PI-Hipertensión arterial Patrón respiratorio ineficaz R/C dolor M/P taquipnea
NUTRICION E HIDRATACION	Falta de fuerza	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Debilidad muscular ➤ Coordinación motriz inadecuada ➤ Dificultad para deglutir 	5	PI-Déficit de autocuidado
ELIMINACIÓN	Falta de fuerza	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disuria ➤ Sonda vesical 	3	PI-Deterioro de la eliminación urinaria PI-riesgo de infección urinaria
TERMORREGULACION	Falta de fuerza	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Temperatura corporal de 37.8 a 38.2 	3	PI- Hipertermia
MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA	Falta de fuerza	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ayuda para la deambulación ➤ Dolor al movimiento 	5	PI- Deterioro de la movilidad física

DESCANSO Y SUEÑO	Falta de fuerza	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desorientada en tiempo y espacio 	3	Deterioro de la memoria
USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS	Falta de fuerza	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Capacidad motora para vestirse y desvestirse (ayuda) ➤ Debilidad en miembros inferiores 	5	Deterioro de la habilidad para la traslación
COMUNICARSE Y SEXUALIDAD	Falta de fuerza	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lenguaje confuso 	3	Deterioro de la comunicación verbal

PLANEACIÓN

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

DX DE ENFERMERIA/ PI	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO
Hipertensión Arterial R/C trastorno de la función renal M/P cifras de tensión arterial elevada	Mantener presión arterial en niveles normales	Monitoreo de la presión arterial cada 15 min,	<p>Se realiza el monitoreo de la presión arterial ya que es la fuerza ejercida por la sangre circulante contra las paredes de los vasos arteriales que la contienen, el mecanismo está constituido por un sistema de barorreceptores, encargados de enviar impulsos nerviosos, que median la contricción vascular, adaptación cardiaca y secreción de catecolaminas</p> <p>Actúan sobre diversos mecanismos fisiopatológicos en el sistema nervioso y cardiocirculatorio e influyen en el funcionamiento renal y el equilibrio hidroelectrolítico. Los riñones realizan el trabajo más importante del sistema urinario, puesto que las otras partes son</p>

			<p>prácticamente vías de paso y aéreas de almacenamiento. Al filtrar la sangre y formar la orina, los riñones contribuyen a la homeostasis de varias maneras las funciones renales incluyen:</p> <p>Regulación de la presión arterial, además de regular el volumen de la sangre. Los riñones ayudan en los ajustes de la presión arterial de dos maneras: al secretar renina, enzima que activa a la renina-angiotensina y al modular la resistencia renal, o sea que se opone al flujo de sangre que pasa por los riñones, lo que a su vez afecta al resistencia vascular sistémica. El resultado de un aumento de renina o un incremento de la resistencia renal es la elevación de la presión arterial</p>
		Vigilar diuresis	Eliminación de orina. Cantidad de orina excretada en un tiempo determinado,

			<p>FUNCIÓN URINARIA NORMAL</p> <p>Un adulto promedio, suele eliminar entre 1000 y 1500 ml de orina en 24 horas.</p> <p>El patrón de micción o número de veces que una persona orina durante el día y la cantidad eliminada cada vez es individual de cada persona. Se podría establecer como patrón normal, de 5 ó más veces al día, sin necesidad de levantarse por la noche. La orina normal es transparente y de color paja o ámbar claro, con olor característico suave</p> <p>La falta de tono muscular puede provocar alteraciones en la contracción de los músculos de la vejiga y en el control del esfínter externo de la uretra, ocasionando una falta de control en la eliminación.</p>
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>Vigilar estado neurológico</p>	<p>Definimos la CONCIENCIA como un estado de la propia persona, el medio en que se encuentra y la adaptación a ese medio externo (respuesta personal). Cualquier alteración (disminución) a ese estado de conocimiento y respuesta es una reducción a la conciencia.</p> <p>Definimos el test de GLASGOW (también Escala de Coma de Glasgow) como la obtención del nivel de conciencia de un paciente basándonos en tipos de respuestas motoras, verbales, etc. La puntuación de 15 será aplicable a un individuo "normal" y la de 3 a un coma profundo.</p> <p>Definimos el COMA como un estado de sopor profundo con abolición del conocimiento, sensibilidad y movilidad, en el curso de ciertas enfermedades o después de un traumatismo grave</p> <p>El Sistema Nervioso se divide en 1/ Sistema Nervioso Central (SNC), que tiene como partes; el cerebro, los pares craneales y la médula espinal, y el Sistema Nervioso Periférico (SNP), que lo componen los nervios espinales. El SNP realiza la comunicación entre el SNC y el resto</p>
--	--	-----------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>del organismo.El SNC es la unidad central que controla todo el organismo, regulando todas las actividades del cuerpo. Anatómicamente, el encéfalo se divide en el cerebro, el cerebelo y tronco del encéfalo (mesencéfalo, puente de Varolio y médula). El cerebro (parte más grande del encéfalo) está compuesto de los hemisferios derecho e izquierdo. El cerebelo está localizado por debajo del cerebro. El puente de Varolio es un fascículo de fibras que enlaza a los hemisferios, creando la continuidad entre la médula y el cerebro. El encéfalo está recubierto por tres membranas, llamadas meninges (piamadre, aracnoides y duramadre); su función es la de proteger de los traumatismos y de los agentes infecciosos</p>
--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>INTERDEPENDIENTES</p> <p>Administrar antihipertensivos</p>	<p>Los sitios anatómicos de la presión arterial arteriolas, venas poscapilares, corazón y riñones. Los barorreflejos regulan la presión arterial en el cambio de postura, la estiracion se da por el estiramiento de los vasos sanguíneos por la presión arterial, la respuesta renal es el principal control de la presión arterial</p>

		Amlodipino	<p>Es un antagonista del calcio, relaja los vasos sanguíneos, de modo que la sangre pasa a través de ellos más fácilmente</p> <p>Contraindicaciones: Hipersensibilidad a amlodipino o a otras, hipotensión grave, shock, (incluyendo shock cardiogénico), insuf. cardíaca tras un IAM (durante los primeros 28 días), obstrucción del flujo de salida del ventrículo izdo. (estenosis aórtica severa), angina de pecho inestable.</p> <p>Reacciones adversas</p> <p>Cefalea, somnolencia, mareo, debilidad; palpitaciones; náuseas, dispepsia, dolor abdominal; edema de tobillos, rubor facial con sensación de calor.</p>
		Clorhidrato de prazosin	<p>Mecanismo de acción: Disminuye la resistencia vascular periférica. La acción antihipertensiva de la prazosina, a diferencia de los antagonistas de los receptores alfa-adrenérgicos no selectivos, normalmente no se acompaña de</p>

			<p>taquicardia compensadora refleja.</p> <p>Reacciones adversas: Depresión, nerviosismo; mareos, somnolencia, dolor de cabeza, síncope, pérdida de la consciencia; visión borrosa; vértigo; palpitaciones; disnea, congestión nasal; constipación, diarrea, náuseas, vómitos, sequedad bucal; erupciones; polaquiuria; edemas, astenia, debilidad, falta de energía</p>
		Controlar la pulsioximetría	<p>La pulsíometría sirve para evaluar el estado de la oxigenación, así como también miden en intervalos de tiempo las diferencias de absorción de luces rojas e infrarrojas, esta relación se vincula directamente con la oxihemoglobina. La absorción de la sangre arterial aumenta cada latido</p>

EJECUCIÓN

INTERVENCION	REGISTRO
<p>-Monitoreo de T/A cada 15min</p>	<p>Fecha 29/04/12 hora : 7:00 a 14:00</p> <p>La paciente se mantiene con T/A de 170/100, posteriormente fue 160/100 , 180 /90, 160/100 y finalmente se obtuvo 150/90</p> <p>30/04/12</p> <p>La paciente presentaba T/A de 160/100, 150/100,140/90</p> <p>01/04/12</p> <p>Los valores que tuvo este día fueron de 140/90, 140/90 , 140/80 , 130/80</p> <p>02/04/12</p> <p>La paciente tuvo 140/80, 130/80, 130/70</p>
<p>Vigilar diuresis</p>	<p>Fecha 29/04/12 hora : 7:00 a 14:00</p> <p>Se estuvo realizando control de líquidos durante el turno y se recolecto 200ml , presentando un olor fuerte y observándose de color turbio , avisándole a su médico tratante</p> <p>30/04/12</p> <p>Al control de líquidos durante el turno se logro observar hematuria y se obtuvo un volumen de 200 ml de</p>

	<p>uresis,</p> <p>01/05/12</p> <p>Se observo que presentaba una coloración amarillenta muy concentrada se hizo el control de 600ml de uresis durante el turno</p> <p>02/05/12</p> <p>La uresis fue mejorando ya que se observo amarillento ámbar y también mejoro en cuanto a la eliminación que se obtuvo fue de 700ml en el turno</p>
<p>Vigilar estado neurológico</p>	<p>Fecha 29/04/12 hora : 7:00 a 14:00</p> <p>Se realizo escala de valoración de gasglow con valores de 12/15 ya que se observo desorientada en tiempo y espacio, así como también presentaba hipertensión arterial</p> <p>30/04/12</p> <p>Se estuvo vigilando durante el turno el estado neurológico que no existiera alguna alteración , se realizo nuevamente la valoración y permanecía con 13/15 en la escala de gasglow</p> <p>01/05/12 – 02/05/12</p> <p>Se observo mas reactiva la paciente con mayor ubicación en tiempo y espacio gracias a l apoyo familiar también que se estaba brindando logrando una escala de gasglow dentro de los valores normales</p>

<p>INTERDEPENDIENTES</p> <p>-Administrar Antihipertensivos</p>	<p>29-30 -12</p> <p>Se le ministro medicamento para controlar la presión arterial , lo tenía indicado cada 8 horas, tenía alternado Amlodipino y clorhidrato de Prazosin ,notificándole los valores de la presión arterial a su médico tratante, posteriormente para modificar su tratamiento</p>
<p>-Controlar Pulsimetria</p>	<p>29/04/12 – 02/05/12</p> <p>Tenía monitorización para registrar presión arterial, se observaba cuanto tenía de saturación de oxígeno y frecuencia cardíaca durante el turno</p>

EVALUACIÓN

NECESIDAD	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	EVALUACION NIVEL DE DEPENDENCIA
Oxigenación	Hipertensión arterial	Mantener presión arterial en niveles normales	Se logro el objetivo ya que se mantuvo dentro de los parámetros normales hasta el cuarto día de estancia, ya que no se observo ninguna alteración en la presión, ni neurológicamente , gracias a que se observo cooperación de la paciente y se llevo a cabo las indicaciones medicas se pudo observar una recuperación favorable

PLANEACIÓN

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

DX DE ENFERMERIA/ PI	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO
Patrón respiratorio ineficaz R/C dolor M/P taquipnea	Lograr mantener la respiración dentro de los parámetros adecuados	Vigilar la frecuencia respiratoria ritmo y esfuerzo	Con la respiración normal, después de cada ciclo respiratorio, se produce un intervalo regular. Puede determinarse observando el pecho o el abdomen, respiración diafragmática en hombres y niños sanos, torácica en mujeres, la frecuencia se refiere al número de respiraciones que realiza por minuto
		Controlar la pulsioximetría	La pulsioximetría es la medición, no invasiva, del oxígeno transportado por la hemoglobina en el interior de los vasos sanguíneos.
		Observar si aumenta ansiedad, y dificultad para respirar	La ansiedad con excitación adicional puede producir una rápida descompensación La dificultad respiratoria, el dolor torácico, la tos, etc. determinan con alguna frecuencia que el paciente prefiera determinadas posiciones Los principales mecanismos de compensación son debidos al aumento del trabajo de los músculos respiratorios y a los ajustes hemodinámicos de la pequeña circulación

EJECUCIÓN

INTERVENCION	REGISTRO
<p>Vigilar la frecuencia, ritmo y esfuerzo de las respiraciones</p>	<p>29/04/12 HORA : 7:00 A 14:00</p> <p>Al ingresar la paciente se observo con taquipnea, sus respiraciones variaba en entre 20, 22,x durante el turno ,</p> <p>30/04/12 – 02/05/12</p> <p>Se estuvo vigilando durante los días posteriores y se observo que fue disminuyendo la respiración hasta alcanzar los valores normales</p>
<p>Controlar la pulsioximetría</p>	<p>29/04/12</p> <p>Se valora la saturación de oxígeno desde su ingreso y pulso para detectar si ocurría algún alteración ya que presentaba taquipneas al ingresar</p> <p>30/04/12- 02/05/12</p> <p>Se mantuvo en los parámetros normales posteriormente no bajo la saturación de oxígeno y no se observo aumento de la frecuencia respiratoria y cardiaca</p>

<p>Observar si aumenta ansiedad, y dificultada para respirar</p>	<p>29-30/12</p> <p>Se observo que presentaba ansiedad al estar hospitalizada sin embargo fue disminuyendo al explicarle su enfermedad</p> <p>01-02/12</p> <p>Se observo cooperadora para los procedimientos</p> <p>y se fue notado una mejoría en cuestión de su padecimiento</p>
------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

EVALUACIÓN

NECESIDAD	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	EVALUACION NIVEL DE DEPENDENCIA
Oxigenación	Patrón respiratorio ineficaz R/C dolor M/P taquipnea	Lograr mantener la respiración dentro de los parámetros adecuados	Se realizo el objetivo gracias a que se observo un apoyo del a paciente. se logro estabilizar las respiraciones durante los días posteriores a su estancia y ya no se observo alguna alteración

PLANEACIÓN

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

DX DE ENFERMERIA/ PI	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO
PI -EXCESO DE VOLUMEN DE LIQUIDOS R/C COMPROMISO DE LOS MECANISMOS REGULADORES DEL RIÑON M/P EDEMA EN MIEMBROS PELVICOS INFERIORES	Regular y prevenir complicaciones derivadas del exceso de volumen de líquidos , y lograr disminuir el edema	Observar si hay signos y síntomas de retención de líquidos	<p>La inflamación es la respuesta del sistema inmunológico de un organismo, causado a sus células y tejidos vascularizados por patógenos bacterianos o cualquier otro agresor de la naturaleza. Los receptores de la membrana de los macrófagos y los mastocitos reaccionan al estímulo, liberando una serie de mediadores de la inflamación. El edema se puede definir como un exceso de líquido en el espacio extracelular, también puede acumularse en el interior. La presión capilar elevada, es la fuerza hidrostática del capilar hacia el exterior del que es capaz de recoger el extremo venoso. El líquido sobrante aumentara el líquido intersticial que dará lugar al edema.</p> <p>INSUFICIENCIA RENAL</p> <p>Es la reducción o interrupción de la filtración glomerular. En la insuficiencia renal aguda los riñones cesan de manera abrupta su función (o casi por completo) la principal características de IRA es que el flujo de orina se suprime, lo que en</p>

		Control de líquidos	<p>general se nota por oliguria que es el flujo de la orina que suprime lo que en general se nota por oliguria, que es una excreción urinaria diaria menor de 250ml, o por anuria, excreción urinaria menor de 50ml, las causas son menor volumen de sangre</p> <p>Eliminación de orina. Cantidad de orina excretada en un tiempo determinado,</p> <p>FUNCIÓN URINARIA NORMAL</p> <p>Un adulto promedio, suele eliminar entre 1000 y 1500 ml de orina en 24 horas. El patrón de micción o número de veces que una persona orina durante el día y la cantidad eliminada cada vez es individual de cada persona. Se podría establecer como patrón normal, de 5 ó más veces al día, sin necesidad de levantarse por la noche.</p> <p>La orina normal es transparente y de color paja o ámbar claro, con olor característico suave.</p> <p>Componentes de la excreción: pérdidas insensibles son la orina, el sudor, las secreciones gastrointestinales.</p>
--	--	---------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			Las pérdidas sensibles: la renal es la principal vía de pérdidas hídricas, es la única que puede controlar los compartimientos corporales. El riñón a través de una serie de mecanismos es capaz de justar el volumen urinario y la excreción urinaria de electrolitos. El riñón si no funciona de manera adecuada, tiene dificultades para mantener el balance hídrico, el manejo de esta agua se maneja por medio de la filtración glomerular y función tubular .los riñones deben secretar cierta cantidad de orina para eliminar los desechos corporales
		Vigilar signos vitales	Son signos cuantificables que reflejan el estado fisiológico del paciente , la efectividad de las funciones endocrinas, respiratorias , corporales y nerviosas
		Vigilar el estado de hidratación	Mantener el equilibrio de líquidos previene complicaciones derivadas de los niveles de líquidos anormales
		INTERDEPENDIENTES Administrar diuréticos	Los diuréticos facilitan la eliminación del sodio y agua , además al aumenta la diuresis disminuye el volumen extravascular y con ello la presión hidrostática capilar, lo que permite el paso del liquido intersticial hacia el compartimiento vascular

EJECUCIÓN

INTERVENCION	REGISTRO
<p>-Observar si hay signos y síntomas de retención de líquidos</p>	<p>Fecha 29/04/12 HORA: 7:00 A 14:00</p> <p>La paciente presenta edema generalizado al ingresar al hospital</p> <p>30/04/12</p> <p>Se observo que disminuyo el edema en miembros superiores pero el de los miembros inferiores todavía lo presentaba ++</p> <p>01/04/12</p> <p>Se valora a la paciente se observo que disminuyo casi por completo el edema presentado +</p> <p>02/04/12</p> <p>La paciente se mantuvo con vendaje en miembros inferiores durante su estancia hospitalaria por lo cual se observo que se disminuyo el edema</p>

<p>Control de líquidos</p>	<p>Fecha 29/04/12 hora : 7:00 a 14:00</p> <p>Se estuvo realizando control de líquidos durante el turno y se recolecto 200ml , presentando un olor fuerte y observándose de color turbio , avisándole a su médico tratante</p> <p>30/04/12</p> <p>Al control de líquidos durante el turno se logro observar hematuria y se obtuvo un volumen de 200 ml de uresis,</p> <p>01/05/12</p> <p>Se observo que presentaba una coloración amarillenta muy concentrada se hizo el control de 600ml de uresis durante el turno</p> <p>02/05/12</p> <p>La uresis fue mejorando ya que se observo amarillento ámbar y también mejoro en cuanto a la eliminación que se obtuvo fue de 700ml en el turno</p>
<p>- Vigilar signos vitales</p>	<p>29704712</p> <p>Se estuvo vigilando los signos vitales, la frecuencia cardiaca normal , respiratoria, solo estuvo con alteraciones de la presión arterial</p> <p>29/04/12 Presento la presión en parámetros altos e hipertermia</p> <p>30(04/12</p> <p>La presión fue la que se seguía alterando los parámetros de presión arterial la temperatura se mantuvo en eutermia</p>

<p>- Vigilar el estado de hidratación</p>	<p>Durante la estancia hospitalaria se observó con mucosas orales deshidratadas, palidez de tegumentos , hasta</p> <p>03/04/12</p> <p>Se observó que tenía mucosas hidratadas y mejoró la palidez de tegumentos</p>
<p>INTERDEPENDIENTES</p> <p>-Administrar diuréticos</p>	<p>Se le estuvo ministrando diuréticos ya que lo tenía indicado cada 8 horas y posteriormente cada 12 hrs</p>

EVALUACIÓN

NECESIDAD	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	EVALUACIÓN NIVEL DE DEPENDENCIA
OXIGENACIÓN	PI -EXCESO DE VOLUMEN DE LIQUIDOS R/C COMPROMISO DE LOS MECANISMOS REGULADORES M/P EDEMA EN MIEMBROS PELVICOS INFERIORES	Regular y prevenir complicaciones derivadas del exceso de volumen de líquidos , lograr disminuir el edema	Durante la estancia hospitalaria , se observo a la paciente que presento un edema considerable++ , sin embargo se logro el objetivo ya que no hubo una mayor complicación y el edema disminuyo hasta el tercer día, sin embargo se estuvo en vigilancia continua

PLANEACIÓN

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

DX DE ENFERMERIA/ PI	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO
<p>P.I DEFICIF DE AUTOCUIDADO R/C DETERIORO COGNITIVO Y DEBILIDAD, M /P INCAPACIDAD PARA INGERIR ALIMENTOS SUFICIENTES</p>	<p>Ayudar a la paciente y mantener un buen estado nutricional, así mismo a realizar acciones de autocuidado para conservar la salud , aumentando la calidad de los cuidados</p>	<p>INTERDEPENDIENTE Identificar la dieta prescrita</p>	<p>El objetivo de la instrucción es que el paciente adquiera una serie de conocimientos y habilidades que le permitan llevar a cabo la dieta prescrita de la forma más correcta posible; para ello es necesario tener conocimiento sobre los nutrientes, la organización de las comidas</p>
		<p>Proporcionar ayuda física, si es necesario</p>	<p>Al ayudar al paciente de manera física le proporciona una mayor comodidad y le proporcionamos mayor comodidad y facilitar la adecuada alimentación</p>

		Asegurar la posición adecuada del paciente para facilitar la masticación y deglución	Deglutir es la acción necesaria para introducir alimentos en nuestro tracto digestivo , gracias a este proceso voluntario e involuntario, se hace avanzar el bolo alimenticio , liquido y saliva desde la boca hasta el estomago
		Controlar el estado de hidratación del paciente	El ser humano necesita materiales con los que construir o reparar su propio organismo, energía para hacerlo funcionar y reguladores que controlen ese proceso.

EJECUCIÒN

INTERVENCIÒN	REGISTRO
<p>INTERDEPENDIENTE</p> <p>Identificar la dieta prescrita</p>	<p>29/04/12- 02/05/12 HORA: 7:00 a 14:00</p> <p>Desde el ingreso al hospital de la paciente se estuvo verificando la dieta que tenia prescrita, así como también se estuvo observando durante su hospitalización cuanto toleraba los alimentos</p>
<p>Proporcionar ayuda física, si es necesario</p>	<p>29/04/12- 02/05/12</p> <p>Se observo en primera instancia que no tenía fuerza en miembros superiores, por lo que se estuvo e constante monitoreo en cuestión de alimentos tanto con los familiares como con la paciente para poder ingerir sus alimentos sin ningún problema, y se le ayuda si era necesario o se le explicaba</p>
<p>Asegurar la posición adecuada del paciente para facilitar la masticación y deglución</p>	<p>29/04/12- 02/05/12</p> <p>De preferencia se le notificaba a los familiares y a la paciente de la mejor manera para tener una posición correcta para la ingesta de los alimentos y facilitar la ingesta de ellos</p>
<p>Controlar el estado de hidratación del paciente</p>	<p>29/04/12- 02/05/12</p> <p>Al ingreso al hospital se observo a al paciente con mucosas orales semihidratadas, sin embargo durante su hospitalización y al ir tolerando la dieta se observo una mejoría en cuestión de mucosas.</p>

EVALUACIÒN

NECESIDAD	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	EVALUACION - NIVEL DE DEPENDENCIA
NUTRICIÒN E HIDRATACIÒN	P.I DEFICIF DE AUTOCUIDADO R/C DETERIORO COGNITIVO Y DEBILIDAD, M /P INCAPACIDAD PARA MANEJAR LOS UTENSILIOS	Ayudar a la paciente y mantener por si mismo acciones de autocuidado para conservar la salud , aumentando la calidad de los cuidados	Se logro el objetivo ya que se observo cooperaciòn de la paciente y de los familiares, se pudo observar que la paciente logro comer por si sola , así como también algunas necesidades sin ayuda

PLANEACIÓN

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

DX DE ENFERMERIA/ PI	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO
PI. DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA R/C OBSTRUCCION ANATOMICA M/P DISURIA Y HEMATURIA	Mejorar la función renal a través del tratamiento terapéutico	Controlar periódicamente la eliminación urinaria, frecuencia, consistencia, olor, volumen y color	<p>Hay que observar el color, olor y aspecto, recordando que: la orina normal y recién recogida es transparente (se vuelve turbia debido a la existencia de pus o por una concentración elevada de proteínas), el olor característico suave (cuando está en contacto con el aire se altera produciéndose un olor fuerte a amoniac)</p> <p>INSUFICIENCIA RENAL</p> <p>Es la reducción o interrupción de la filtración glomerular. En la insuficiencia renal aguda los riñones cesan de manera abrupta su función (o casi por completo) la principal características de IRA es que el flujo de orina se suprime, lo que en general se nota por oliguria que es el flujo de la orina que suprime lo que en general se nota por oliguria, que es una excreción urinaria diaria menor de 250ml, o por anuria, excreción urinaria menor de 50ml, las causas son menor volumen de sangre</p>
		Observar si hay signos de retención de líquidos	La retención urinaria puede ser completa e incompleta dependiendo de la cantidad de orina que no pueda ser evacuada de forma voluntaria

		Control de signos vitales cada 3 horas	Permite detectar alteraciones potenciales o reales en el equilibrio del individuo
		Observar si hay signos y síntomas de ascitis	Es la acumulación de líquido en el espacio que existe entre el revestimiento del abdomen y los órganos abdominales (la cavidad peritoneal). La ascitis resulta de la presión alta en los vasos sanguíneos del hígado (hipertensión portal) y niveles bajos de una proteína llamada albumina
		INTERDEPENDIENTE Mantener el nivel de líquido intravenoso prescrito	La administración de líquidos y electrolitos es de suma importancia para mantener las funciones vitales y la homeostasis.

EJECUCIÓN

INTERVENCIÓN	REGISTRO
Controlar periódicamente la eliminación urinaria, frecuencia, consistencia, olor , volumen y color	<p>30/04/12 HORA: 7:00 A 14:00</p> <p>Al control de líquidos durante el turno se logro observar hematuria y se obtuvo 200 ml de uresis</p> <p>01/05/12</p> <p>Se observo que presentaba una coloración amarillenta muy concentrada se hizo el control de 600,durante el turno</p> <p>02/05/12</p> <p>La uresis fue mejorando ya que se observo amarillento ámbar y la uresis también mejoro en cuanto a la eliminación la uresis que se obtuvo fue de 700ml en el turno</p>

<p>Observar si hay signos de retención de líquidos</p>	<p>El día 30 /04/12 si se observo retención de líquidos ya que presentaba edema generalizado ++ , sin embargo poco a poco se observo la mejoría, se le coloco vendaje en miembros inferiores y se estuvo en vigilancia continua durante el turno y la estancia hospitalaria, el día 03/05/12 se observo una gran disminución del edema</p>
<p>Control de signos vitales cada 3 horas</p>	<p>Se observo que al ingresar a hospitalización estuvo con parámetros alterados ya que se manejaba 29/04/12 170/100, 160/100, 150/100 se observo que fue mejorando de acuerdo a los días de estancia hospitalaria 30/04/12 160/100, 150/100, 140/90 y el día 02/05/12 130/90, 150/80, 120/80</p>
<p>Observar si hay signos y síntomas de ascitis</p>	<p>No presento signos de ascitis , sin embargo si se observo distensión abdominal el 30/04/12, se le notifica a su médico tratante</p> <p>01/05/12- 02/05/12</p> <p>Se le modifiko su tratamiento y se estuvo valorando su abdomen y disminuyo las distención</p>
<p>INTERDEPENDIENTE</p> <p>Mantener el nivel de liquido intravenoso prescrito</p>	<p>29/04/12- 02/05/12</p> <p>Desde la estancia hospitalaria se llevo a cabo las indicaciones prescitas, durante el turno</p>

EVALUACIÓN

NECESIDAD	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	EVALUACIÓN- NIVEL DE DEPENDENCIA
ELIMINACIÓN	PI. DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA R/C OBSTRUCCION ANATOMICA M/P DISURIA Y HEMATURIA	Mejorar la función renal a través del tratamiento terapéutico	El objetivo se logro ya que el tratamiento terapéutico si funciono, y se logro que la paciente obtuviera una recuperación favorable, así como también a los cuidados de calidad que se le brindaron

PLANEACIÓN

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

DX DE ENFERMERIA/ PI	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO
P.I RIESGO DE INFECCION URINARIA R/C PROCESO INVASIVO M/P SONDA TRANSURETRAL	Evitar proceso infeccioso durante el manejo de la sonda transuretral	Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado	Este método de drenaje urinario ha disminuido el riesgo de adquirir una infección asociada a la sonda vesical
		Control de líquidos	Eliminación de orina. Cantidad de orina excretada en un tiempo determinado, FUNCIÓN URINARIA NORMAL Un adulto promedio, suele eliminar entre 1000 y 1500 ml de orina en 24 horas. El patrón de micción o número de veces que una persona orina durante el día y la cantidad eliminada cada vez es individual de cada persona. Se podría establecer como patrón normal, de 5 ó más veces al día, sin necesidad de levantarse por la noche. La orina normal es transparente y de color paja o ámbar claro, con olor característico suave.

			<p>Componentes de la excreción: pérdidas insensibles son la orina, el sudor, las secreciones gastrointestinales.</p> <p>Las pérdidas sensibles: la renal es la principal vía de pérdidas hídricas, es la única que puede controlar los compartimientos corporales. El riñón a través de una serie de mecanismos es capaz de ajustar el volumen urinario y la excreción urinaria de electrolitos. El riñón si no funciona de manera adecuada, tiene dificultades para mantener el balance hídrico, el manejo de esta agua se maneja por medio de la filtración glomerular y función tubular .los riñones deben secretar cierta cantidad de orina para eliminar los desechos corporales</p>
		Mantener la permeabilidad del sistema del catéter urinario	El flujo de orina debe de mantenerse sin obstrucciones la bolsa y el tubo conector no debe torcerse
		Colocar al paciente y el sistema de drenaje urinario en la posición debida para favorecer el drenaje urinario	En posición de decúbito dorsal descansa sobre al espalda con la cabeza ligeramente elevados

		Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares	Con el fin de erradicar microorganismo que puedan proliferar y causar infección se realiza el aseo con yodopovidona
		Anotar las características del líquido drenado	Hay que observar el color, olor y aspecto, recordando que: la orina normal y recién recogida es transparente (se vuelve turbia debido a la existencia de pus o por una concentración elevada de proteínas), el olor característico suave (cuando está en contacto con el aire se altera produciéndose un olor fuerte a amoníaco) y que puede alterarse por: <ul style="list-style-type: none"> • La presencia de acetona, la acción bacteriana en las infecciones de orina dando un olor desagradable.

EJECUCIÓN

INTERVENCIÓN	REGISTRO
<p>Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado</p>	<p>30/04/12 – 02/05/12 HORA : 7:00 A 14:00</p> <p>Se estuvo realizando técnicas de sistema de drenaje urinario durante la estancia hospitalaria para cualquier procedimiento</p>
<p>Mantener la permeabilidad del sistema del catéter urinario</p>	<p>30/04/12 – 02/05/12</p> <p>Durante la revisión de la instalación de la sonda Foley, se estuvo verificando que estuviera permeable, así como también se tenía un estricto control líquidos</p>
<p>Colocar al paciente y el sistema de drenaje urinario en la posición debida para favorecer el drenaje urinario</p>	<p>30/04/12 – 02/05/12</p> <p>Por lo regular se estuvo verificando que el paciente este en posición decúbito supino, lateral y fowler y siempre la bolsa de recolección urinaria debajo de la vejiga</p>

Anotar las características del líquido drenado	30/04/12 – 02/05/12 Se realizaba diaria durante la estancia hospitalaria las características de la uresis recolectada durante el día, se observaba color,
------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

EVALUACIÒN

NECESIDAD	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	EVALUACIÒN- NIVEL DE DEPENDENCIA
ELIMINACIÒN	P.I RIESGO DE INFECCIÒN URINARIA R/C PROCESO INVASIVO M/P SONDA TRANSURETRAL	Evitar proceso infeccioso durante el manejo de la sonda transuretral	Se realizo el objetivo ya que durante la estancia hospitalaria no hubo una mayor complicaciòn en cuestiòn de la instalaciòn de la sonda Foley, sin embargo se fue observando la mejora en cuestiòn de la diuresis, hasta que se retiro la sonda Foley

PLANEACIÓN

NECESIDAD DE TERMOREGULACIÓN

DX DE ENFERMERIA/ PI	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO
PI- HIPERTERMIA, R/C ENFERMEDAD, M/P CALOR AL TACTO	Controlar los niveles de temperatura hasta lograrse en ambiente eutermico	Tomar la temperatura lo más frecuente que sea oportuno y monitorización cardiaca	<p>La temperatura corporal normal es de alrededor de 37°C. El aumento de la temperatura central una pocas décimas de grado por sobre lo normal produce transpiración y vasodilatación activa. El descenso de la temperatura central una décima por debajo de lo normal produce vasoconstricción.</p> <p>INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS</p> <p>Los riñones, que eliminan los desechos líquidos de la sangre en forma de orina, mantienen el balance de sales y otras sustancias en la sangre, y producen una hormona que ayuda a formar glóbulos rojos. También se encuentran los <i>uréteres</i>, delgados tubos que llevan la orina desde los riñones hasta la <i>vejiga</i>.</p> <p>La mayor parte de las infecciones es causada por una clase de bacterias, <i>Escherichia coli (E. coli)</i>, que habitan normalmente en el colon. En la mayor parte de los casos, las bacterias comienzan a crecer en la uretra y a menudo se desplazan a la vejiga, causando una infección de la vejiga o <i>cistitis</i>. Si la infección no se trata rápidamente, las bacterias pueden ascender a través de los uréteres e infectar los riñones. Esta grave afección se llama <i>pielonefritis</i> es un proceso infeccioso que afecta a la pelvis y a la parénquima</p>

			renal y que se refleja en un cuadro clínico de dolor lumbar, fiebre y bacterias presentes
		Observar el color de la piel	La piel impide la entrada de microorganismos, verificar si no cambia de coloración, o alguna pigmentación
		<p>INTERDEPENDIENTE</p> <p>Administrar medicación antipirética</p>	<p>Los antipiréticos actúan a nivel central reduciendo el punto de ajuste del centro regulador de hipotálamo. La mayoría de los antipiréticos inhibe los efectos de las prostaglandinas sobre los receptores del dolor</p>
		Ceftriaxona	<p>Es un antibiótico bactericida, de acción prolongada para uso parenteral, y que posee un amplio espectro de actividad contra organismos gram positivos y gram negativos como: S. pneumoniae, S. betaehaemolyticus, E. coli, P. mirabilis, K. pneumoniae, Enterobacter,</p> <p>Mecanismo de acción</p> <p>Bactericida de amplio espectro y acción prolongada. Inhibe la síntesis de pared celular bacteriana.</p>

			Indicaciones terapéuticas: Sepsis, meningitis, peritonitis, infección biliar; gastrointestinal; ósea; articular; de piel y tejido blando, de heridas, renal, urinaria, respiratoria, neumonía, de garganta, nariz
		Vigilar si hubiera pérdida de líquidos	La regulación de líquidos corporal, constituyente del líquido extracelular, el equilibrio ácido básico y el intercambio macroscópico

EJECUCIÓN

INTERVENCIÓN	REGISTRO
<p>Tomar la temperatura lo más frecuente que sea oportuno y monitorización cardíaca</p>	<p style="text-align: right;">HORA: 7:00 A 14:00</p> <p>Desde el ingreso al hospital la paciente presentaba hipertermia, por lo que se estuvo verificando cada 2 horas la temperatura, ya que ingreso con 37.8 hasta 38. 2 y se mantuvo con esa temperatura todo el día así como presentaba episodios de taquicardias 29/04/12 al día siguiente 30/04/12 estuvo todo el día eutermica lo máximo que se llevo a presentar fue de 37. 5 y la frecuencia cardíaca normal</p>
<p>Observar el color de la piel</p>	<p>El día 29/04/12 se observo con palidez de tegumentos, sin embargo ya que empezó a presentar episodios de hipertermia y empezó con coloración rosada en cara, se estuvo verificando durante el turno y se mantuvo con coloración rosada ya que tenia episodios de hipertermia, el día 30/05/12 se observaba con palidez de tegumentos</p>
<p>INTERDEPENDIENTE</p> <p>Administrar medicación antipirética</p>	<p>29/04/12- 02/05/12</p> <p>Se le ministraba el paracetamol durante los episodios que presentaba hipertermia y a la hora indicada ya que estaba prescrita por razón necesaria</p>
<p>Vigilar si hubiera perdida de líquidos</p>	<p>Durante el turno se observo el día 29/04/12 que presento las extremidades inferiores frías , sin embargo posteriormente se estuvo observando y aparentemente no presento ninguna dificultad</p>

Vigilar por si hubiera descenso de los niveles de conciencia	29/04/12- 02/05/12 Se estuvo al pendiente que no presentara perdida del estado de conciencia o presentara alguna convulsión , y no presento ningún episodio
--------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

EVALUACIÓN

NECESIDAD	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	NIVEL DE DEPENDENCIA O INDEPENDENCIA
TERMORREGULACION	PI- HIPERTERMIA, R/C ENFERMEDAD, M/P CALOR AL TACTO	Controlar los niveles de temperatura hasta lograrse en ambiente eutermico	Se logro el objetivo ya que la paciente presento hipertermia solo un día de su estancia hospitalaria y posteriormente se mantuvo eutermica, gracias que se llevo a cabo las indicaciones médicas y se estuvo verificando a la paciente para lograr una mejoría

PLANEACIÓN

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

DX DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO
<p>DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA R/C DISMINUCIÓN DE LA MASA MUSCULAR M/P LIMITACIÓN DE LA AMPLITUD DE MOVIMIENTOS</p>	<p>Mantener y aumentar la movilidad articular a través de ejercicios de flexibilidad</p>	<p>Actuación ante el dolor</p>	<p>Es un método para evaluar los atributos y emociones que acompañan la experiencia dolorosa, como la intensidad, duración y ubicación</p>
		<p>Mantenimiento de la posición corporal y ejercicios articulares</p>	<p>La postura corporal consiste en un juego de equilibrio de diferentes partes del cuerpo que tienen como objetivo el mantenimiento de la posición er-guida del ser humano,</p>
		<p>INTERDEPENDIENTE</p>	<p>La intervención nutricional temprana, contribuye a disminuir la velocidad de progresión de la enfermedad renal y evitar la desnutrición</p>

		Control de la nutrición	
		Vigilancia de la piel	La turgencia cutánea es un signo comúnmente utilizado para evaluar el grado de pérdida de líquidos o deshidratación
		Verificar función muscular	Se debe verificar ya que alteran a nivel hidroelectrolítico producen una debilidad muscular significativo

EJECUCIÒN

INTERVENCIÒN	REGISTRO
Actuaciòn ante el dolor	<p>29/04/12- 02/05/12 HORA: 7:00 A 14:00</p> <p>Se estuvo verificando si presentaba datos de dolor en alguna zona del cuerpo y se valorada diario durante la estancia hospitalaria cuanto presentaba de dolor de acuerdo a la escala de EVA</p>
Mantenimiento de la posiciòn corporal	<p>29/04/12- 02/05/12</p> <p>Se trataba de lograr que la paciente por lo regular quedara en posiciòn semifowler ya que favorecía a que disminuyera el dolor por la poca amplitud de movimientos</p>
<p>INTERDEPENDIENTE</p> <p>Control de la nutriciòn</p>	<p>29/04/12- 02/05/12</p> <p>Se estaba pendiente de la cantidad de ingesta que tenia durante el turno y la dieta prescrita diariamente</p>
Vigilancia de la piel	<p>29/04/12- 02/05/12</p> <p>Se valoraba la piel, la pigmentaciòn , hidrataciòn que presentaba durante el turno</p>

Verificar función muscular	29/04/12- 02/05/12 Se verificaba diario la función muscular sino presentaba astenia o edema
----------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------

EVALUACIÓN

NECESIDAD	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	EVALUACIÓN - NIVEL DE DEPENDENCIA
MOVERSE Y MANTENERSE UNA BUENA POSTURA	DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA R/C DISMINUCIÓN DE LA MASA MUSCULAR M/P LIMITACIÓN DE LA AMPLITUD DE MOVIMIENTOS	Mantener y aumentar la movilidad articular a través de ejercicios de flexibilidad	Se logro el objetivo parcialmente ya que la movilidad de los miembros superiores se fue logrando el movimiento por si sola poco a poco , sin embargo el de miembros inferiores si costo más trabajo seguía con un poco de debilidad pero se lograron los movimientos de flexión

PLANEACIÓN

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

DX DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO
<p>DETRIORO DE LA MEMORIA R/ C ANEMIA Y TRASTORNOS NEUROLOGICOS M/P INCAPACIDAD PARA RECORDAR ACONTECIMIENTOS, E INCAPACIDAD PARA RETENER NUEVA INFORMACION</p>	<p>Mejorar el rendimiento cognitivo y evitar pérdidas de sus capaces cognitivas</p>	<p>Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado por el paciente</p>	<p>La recuperación de la memoria es la ejercitación de la atención básica y sostenida. Una vez conseguido un nivel óptimo de atención y colaboración, nos centraremos en la ejercitación o rehabilitación de la memoria.</p>
		<p>Llevar a cabo técnicas de memoria adecuada, como imaginación</p>	<p>La memoria es un sistema de procesamiento que cambia en forma continua al exponerse a estímulos internos o externos.</p>

		visual	
		Proporcionar entrenamiento de orientación (practicar información y fechas personales)	Se le ha de enseñar a la persona que padece déficit de memoria una serie de estrategias internas para favorecer los procesos de codificación consolidación y evocación de la información
		Identificar y corregir con el paciente errores de orientación	La cantidad de repeticiones refuerzan la huella si se efectúan de una manera activa.

EJECUCIÓN

INTERVENCIÓN	REGISTRO
Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado por el paciente	29/04/12- 02/05/12 HORA: 7:00 A 14:00 Se valoro a la paciente al ingreso al hospital mediante la escala de Glasgow ya que no se ubicaba en tiempo y espacio, sin embargo posteriormente se fue mantuvo en observación continua y se le realizaba estímulos mediante repeticiones del lugar donde se encontraba, lo que había hecho la ultima vez etc.
Llevar a cabo técnicas de memoria adecuada, como imaginación visual	29/04/12- 02/05/12 Se le realizaba énfasis en las imágenes, se le recordaba, nombres casi diario en las mañanas durante su estancia hospitalaria.

<p>Proporcionar entrenamiento de orientación (practicar información y fechas personales)</p>	<p>29/04/12- 02/05/12</p> <p>Con ayuda de familiares se realizaron técnicas se colocaban fechas, día, hora en la que se encontraba , fechas importantes de cumpleaños y se le pedía que repitiera y leyera para poder recordarlo</p>
<p>Identificar y corregir con el paciente errores de orientación</p>	<p>29/04/12- 02/05/12</p> <p>Por lo regular en las mañanas al valorar a la paciente se le mencionaban en qué lugar se encontraba y se confirmaba con la repetición de dicha cosas por parte de la paciente</p>

EVALUACIÓN

NECESIDAD	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	EVALUACIÓN- NIVEL DE DEPENDENCIA
DESCANSO Y SUEÑO	<p>DETRIORO DE LA MEMORIA R/ C ANEMIA Y TRASTORNOS NEUROLOGICOS M/P INCAPACIDAD PARA RECORDAR ACONTECIMIENTOS, E INCAPACIDAD PARA RETENER NUEVA INFORMACION</p>	<p>Mejorar el rendimiento cognitivo y evitar pérdidas de sus capaces cognitivas</p>	<p>Se logro el objetivo ya que la paciente pudo logara identificar poco a poco el tiempo y espacio, gracias también a la colaboración de los familiares, que realizaban técnicas de enseñanza con la paciente</p>

PLANEACIÓN

NECESIDAD DE USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

DX DE ENFERMERIA/ PI	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO
DETERIORO DE LA HABILIDAD PARA LA TRASLACIÓN R/C DETERIORO COGNITIVO ,FUERZA MUSCULAR INSUFICIENTE M/P INCAPACIDAD PARA LEVANTARSE DE LA CAMA	Mejorar el funcionamiento de las funciones cognitivas y rehabilitar y recuperar las funciones que han sufrido algún déficit	Realizar una valoración de la circulación periférica	La función básica de la circulación es el suministro de oxígeno y nutrientes esenciales a los tejidos periféricos y la eliminación de desechos metabólicos de esos tejidos. El riego de cualquier órgano se basa en la presión arterial sistémica (fuerza que impulsa a través de los órganos)
		Controlar la capacidad sensorial y cognitiva	Las actividades cognitivas permiten reconocer las personas que nos rodean, razonamiento, percepción, memoria y lenguaje
		Utilizar mecánica corporal adecuada durante los	Es el esfuerzo coordinado de los sistemas musculoesquelético y nervioso para mantener el equilibrio entre las fuerzas interiores y exteriores

		movimientos	
		<p>INTERDEPENDIENTES</p> <p>Administrar analgésicos si es necesario</p>	<p>Los analgésicos son Inhibidores de las prostaglandinas ya que alivian el dolor</p>
		<p>Proporcionar apoyo emocional al paciente y a la familia</p>	<p>La participación de la familia en el tratamiento de este tipo de pacientes es esencial para su recuperación, ya que los servicios de Fisioterapia se realizan en un momento o varios del día, pero la mayor parte del tiempo el paciente se encuentra en su hogar y es allí donde se requiere del mayor apoyo físico, emocional y psicológico.</p>

EJECUCIÒN

INTERVENCIÒN	REGISTRO
Realizar una valoración de la circulación periférica	<p>29/04/12- 02/05/12 HORA: 7:00 A 14:00</p> <p>Se valoro la circulación periférica desde su ingreso ya que refería debilidad en miembros inferiores, se observo si tenía presencia de edema, equimosis , etc.</p>
Controlar la capacidad sensorial y cognitiva	<p>29/04/12- 02/05/12</p> <p>Se verificaba si estaba orientada en tiempo y espacio ya que al momento de su ingreso a hospitalización se encontraba desorientada en tiempo y espacio, sin embargo se estuvo verificando durante su estancia hospitalaria hasta lograr una mejoría</p>
Utilizar mecánica corporal adecuada durante los movimientos	<p>29/04/12- 02/05/12</p> <p>Se manejo mecánica corporal ya que al hacer movimientos debe de existir una adecuada flexión del cuerpo</p>

<p>INTERDEPENDIENTES</p> <p>Administrar analgésicos si es necesario</p>	<p>29/04/12- 02/05/12</p> <p>Tenía prescripción médica paracetamol por razón necesaria , solamente , se valoraba cuando la escala el dolor fuera muy intenso</p>
<p>Proporcionar apoyo emocional al paciente y a la familia</p>	<p>29/04/12- 02/05/12</p> <p>Se brindaba apoyo los familiares tratando de resolver dudas y enseñándoles a movilizar a la paciente ya que se observaban con disposición</p>

EVALUACIÓN

NECESIDAD	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	EVOLUCIÓN- NIVEL DE DEPENDENCIA
NECESIDAD DE USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS	<p>DETERIORO DE LA HABILIDAD PARA LA TRASLACIÓN R/C DETERIORO COGNITIVO ,FUERZA MUSCULAR INSUFICIENTE M/P INCAPACIDAD PARA LEVANTARSE DE LA CAMA</p>	<p>Mejorar el funcionamiento de las funciones cognitivas y rehabilitar y recuperar las funciones que han sufrido algún déficit</p>	<p>El objetivo casi se logra al 100% sin embargo se observaba que todavía presentaba debilidad al momento de translación por ella misma, lo que si pudo lograr fue los movimientos de los miembros superiores</p>

PLANEACIÓN

NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD

DX DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO
<p>DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL R/C CONDICIONES EMOCIONALES M/P DESORIENTACION EN TIEMPO Y ESPACIO Y DIFICULTAD PARA FORMAR PALABRAS</p>	<p>Evadir el trastorno emocional mediante terapia psicológica y estimular el lenguaje articulado mediante ejercicios</p>	<p>Solicitar la ayuda de la familia en la comprensión del lenguaje, del paciente</p>	<p>El apoyo familiar facilita el trabajo hacia el paciente por lo que es básico en un ambiente hospitalario tener un grupo de apoyo</p>
		<p>Dar una orden simple, utilizando palabras simples y cortas</p>	<p>El realizar frases cortas se observara una mayor agilidad en el proceso cognitivo y mejorar la memoria</p>

		Realizar terapias de lenguaje. Habla prescritas durante los contactos informales con el paciente	La articulación de los fonemas está desarrollada con el desarrollo motor, por eso se ejercita la motricidad fina
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

EJECUCIÓN

INTERVENCIÓN	REGISTRO
Solicitar la ayuda de la familia en la comprensión del lenguaje, del paciente	<p>29/04/12- 02/05/12 HORA: 7:00 A 14:00</p> <p>Durante la estancia hospitalaria se pidió a los familiares los dos primeros días ayuda para descifrar lo que quería la paciente ya que tenía dislalia al momento del habla</p>
Dar una orden simple, utilizando palabras simples y cortas	<p>29/04/12- 02/05/12</p> <p>Se estuvo trabajando tanto con la paciente y así como también con los familiares par enseñar frases cortas y verificar cuanto podía retener las cosas</p>
Realizar terapias de lenguaje. Habla prescritas durante los contactos informales con el paciente	<p>29/04/12- 02/05/12</p> <p>Se enseñó a la paciente a ser gesticulaciones con la boca, a trabajar con respiraciones profundas, a decir frases breves , para que trabajara su desarrollo motor</p>

EVALUACIÓN

NECESIDAD	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	EVALUACIÓN-NIVEL DE DEPENDENCIA
NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD	DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL R/C CONDICIONES EMOCIONALES M/P DESORIENTACION EN TIEMPO Y ESPACIO Y DIFICULTAD PARA FORMAR PALABRAS	Evadir el trastorno emocional mediante terapia psicológica y estimular el lenguaje articulado mediante ejercicios	El objetivo no se logro un cien por ciento sin embargo fue disminuyendo el problema de dislalia y se logro entender lo que solicitaba la paciente , así como también , se observo una mayor agilidad en cuestión de memoria

MARCO TEORICO

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

Es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados de enfermeros, promueve cuidados humanísticos, centrados en objetivos (resultados) y eficaces.

SISTEMATICO: Como método de solución de problema, consta de cinco pasos en los que se lleva a cabo una serie de acciones liberadas para tener eficiencia y obtener buenos resultados.

Dinámico: adquiere experiencia, podrá moverse hacia distintos pasos del proceso.

HUMANISTICO: se basa en las creencias en que a medida que planificamos y brindamos los cuidados debemos considerar intereses, valores y deseos específicos del usuario (Persona, familia o comunidad)

CENTRADO EN LOS OBJETIVOS (RESULTADOS): Los pasos del proceso están diseñados para centrar la atención en la persona que demanda los cuidados de salud obteniendo los mejores resultados

PASOS DEL PROCESO ENFERMERO

1.- VALORACIÓN: recoger y examinar la información sobre el estado de salud buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que pueden generar problemas de salud

2.- DIAGNOSTICO (IDENTIFICACION DEL PROBLEMA): Analizar e identificar los problemas reales y potenciales, que constituyen la base del plan de cuidados

3.- PLANIFICACION:

Determinar las prioridades inmediatas: ¿Qué problemas requieren una atención inmediata? ¿Cuáles pueden esperar?, ¿en que debe centrarse la enfermera?, ¿cuales requieren un enfoque multidisciplinario?

Fijar los objetivos (resultados) esperados:¿Cómo se beneficiara la persona de los cuidados enfermeros(que podrá hacer el usuario y cuando)

Determinar las intervenciones: ¿Qué intervenciones(acciones enfermeras, prescribe para prevenir o tratar los problemas y logra objetivos.

Anotar o individualizar el plan de cuidados:¿ escribirá su propio plan o adaptara u plan estándar, para responder la situación específica del usuario

4.- **Ejecución:** pensar y reflexionar sobre lo que se está realizando

Valorar el estado de la persona antes de actuar

Llevar a cabo las intervenciones y volver a valorar para determinar la respuesta inicial

Informar y registrar

5.- **Evaluación:** ¿La persona ha logrado los resultados esperados?

¿Cuál es el estado de salud y la capacidad funcional de la persona en comparación con los resultados esperados?

Si ha logrado los objetivos, ¿la persona está preparada para cuidar de si mismo?

¿Qué beneficios se derivan del uso del proceso enfermero?

El proceso complementa a otras disciplinas al centrarse no solo en cuestiones medicas sino en respuestas humanas, como responde la persona a los problemas médicos, al tratamiento y al cambio en las actividades de la vida diaria²

El proceso de cuidar requiere de un soporte metodológico que permite mantener un orden entre dichas acciones, garantizando la meta u objetivo que nos proponemos en dicho proceso.

El ejercicio profesional de la enfermería requiere de un instrumento metodológico que nos ayude a llevar a cabo el proceso de cuidar, ordenando y cohesionando las acciones que dicho proceso comporta a la vez que nos permita dejar constancia de las acciones realizadas posibilitando su evaluación y permitiendo que el fin pueda ser alcanzado.

El proceso se refiere a la sucesión de acciones, acciones de pensar y acciones de ejecutar.

El pensamiento enfermero es la acción de pensar y reflejan la capacidad del ser humano para imaginar, considerar o discutir, se trata de un pensamiento que se va desarrollando a partir de cuatro conceptos o ideas básicas, con metaparadigma enfermero.

² Lefevre- Alfaro Rosalinda. Aplicación del cuidado enfermero. 5º Edición. Masson; 2000. P.4- 10.

El pensamiento crítico es la clave para la resolución de problemas, de manera que si la enfermera no piensa críticamente no podrá llegar a resolver el problema. Esta afirmación establece el vínculo entre el pensamiento enfermero y el pensamiento crítico de enfermería³

El proceso enfermero es un instrumento que parece tener una utilización limitada al sujeto como individuo y, por tanto podría desprenderse que se trata de un instrumento no útil en todas las situaciones de cuidados a las que la enfermera debe dar respuesta. Por ejemplo, parece que en la definición propuesta por J.M Deiminger se nos muestra un proceso enfermero útil tan solo en los cuidados que vayan dirigidos hacia un individuo y parecen quedar excluidas aquellas situaciones de cuidados que desarrollamos las enfermeras cuando el usuario de nuestros servicios es una familia, un grupo o la comunidad.

Según M.T . Fehlau: “Es el método sistemático de solución de problemas para planificar la asistencia. Es un proceso de planificación de las atenciones centrado en el paciente de forma lógica y sistemática a través de la valoración, la planificación, la intervención y la evaluación de una necesidad alterada”

Por otra parte para J. kneedler el proceso enfermero representa: “una serie sistemática de acciones que conducen a un resultado específico. Es la aplicación de solución a los problemas de enfermería y del paciente, la planificación y al ejecución sistemática de la atención de enfermería.

La definición de A. Griffin, el proceso enfermero es “una trayectoria progresiva” que contiene tres dimensiones: “propósito, organización y flexibilidad:

El **propósito** es dotar a la enfermera de una estructura para poder prestar atención identificando las respuestas del sujeto

La **organización** es la estructura que tiene el proceso enfermero en la podemos ver un orden y secuencia en etapas que a su vez tienen una organización interna en fases

La **Flexibilidad** para que el proceso pueda ser utilizado en cualquier situación de atención de enfermería, es decir, permite ser utilizado cuando el sujeto de los cuidados es una persona o es una comunidad, siéndolos útil para la prestación de cuidados en todos los niveles de salud⁴

³ Garcès Beravent, Amparo. Fundamentos de enfermería. Ed. Dae; 2001. p. 219,-220

⁴ Ibid, pp.219-220.

MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

BREVE RESEÑA BIOGRÁFICA

Virginia Henderson nace en 1897, en el seno de una familia numerosa, en Kansas City, Missouri, EEUU. Murió en marzo de 1996. Fue en 1921, cuando se gradúa como enfermera en la escuela del ejército. Al año siguiente inició su trayectoria profesional en el campo de la docencia que completa con la investigación. Su primera publicación fue la revisión del Textbook of the Principles and practices of nursing, original de otra enfermera Bertha Harmer, y en que ella incorpora algunas ideas propias. En el texto The Nature of Nursing (La naturaleza de la enfermería)

DEFINICIÓN DE LOS CONCEPTOS METAPARARAGMATICOS DEL MODELO:

PERSONA

Es el ser constituido por unos componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales que trata de mantenerse en equilibrio. Estos componentes son indivisibles y por tanto la persona se dice que es una persona integral

SALUD:

La salud la define en términos de independencia de la persona en la satisfacción de las catorce necesidades fundamentales

ENTORNO:

Se trata de factores externos, que tienen un efecto positivo o negativo sobre la persona. El entorno es de naturaleza dinámica

CUIDADO:

El proceso de cuidar está dirigido a suplir los déficits de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales

INDEPENDENCIA:

El nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con la edad, el sexo o la etapa de desarrollo normal y la salud.

DEPENDENCIA:

Desarrollo insuficiente o inadecuado del potencial de que dispone la persona para satisfacer las necesidades básicas

Su modelo queda resumido en la definición de la función de la enfermería:

“La única función de la enfermería es asistir al individuo, sano, enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por el mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o la voluntad necesaria. Todo esto que le ayude a ganar independencia d la forma más rápida posible”⁵

El modelo se puede concretar a través de las afirmaciones teóricas:

Durante el proceso de cuidar, la enfermera establece una relación con el paciente. Esta relación puede darse en tres niveles: nivel de sustitución, la enfermera sustituye totalmente al paciente, nivel de ayuda, la enfermera lleva a cabo solo aquellas acciones que el paciente no puede realizar, nivel de acompañamiento, la enfermera persona permanece al lado del paciente desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando así el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía

La relación de la enfermera mantiene con los miembros de los equipos de salud es una relación de respeto.

El equipo de atención incluye al paciente y a su familia puesto que ambos participan en el proceso de cuidar modificando su participación en función de las condiciones que se

⁵ Ibid, pp.167-70

den en cada momento en concreto. Ahora bien se tratara de que ambos, paciente y familia, alcancen el máximo nivel de dependencia en el menor tiempo posible

VIRGINIA HERNDERSON

Consideraba al paciente como un individuo que precisaba ayuda para conseguir independencia e integridad total de mente y cuerpo. Pensaba que la práctica de la enfermería era independiente de la práctica médica y reconoció su interpretación de la función de la enfermera como una síntesis de numerosas influencias. Su filosofía se basa en el trabajo de: a) Thordike(psicólogo estadounidense), b) sus experiencias de estudiante con la Henry House Visiting Nurse Agency,

c) su experiencia enfermería de rehabilitación y d) la conceptualización de la acción propia de la enfermería de Orlando (Henderson, 1964: Orlando 1961

Henderson puso de relieve el arte de la enfermería y propuso las 14 necesidades humanas básicas en las que se basa la atención de enfermería

Sus contribuciones incluyen la definición de la enfermería, la determinación de las funciones autónomas de la enfermera, la puesta de relieve de los objetos de interdependencia para el paciente y la creación de los conceptos de independencia influyeron en el trabajo de Abdallah y Adam.

Henderson hizo extraordinarias contribuciones a la enfermería durante sus 60 años como enfermera, profesora, escritora e investigadora y fue autora a lo largo de esos años. Su principal contribución en la investigación de enfermería, el nursing studies index Project patrocinado por la universidad de yale, 11 años de duración, dio lugar a un índice anotado de cuatro volúmenes

Sobre biografía, a analítica e histórica de la enfermería de 1900 a 1959.

En 1958, el comité de servicios de enfermería del international council of nurses (ICN) le pidió que expusiera su definición de enfermería, fue publicada en 1961 por el ICN:

La función específica de la enfermera es ayudar a la persona, enferma o sana a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, y a hacerlo de tal manera que le ayude a ganar la independencia lo más

rápidamente posible. La definición de enfermería de Henderson fue adoptada posteriormente por el ICN. Esta identificó las 14 necesidades en que se basa la atención de enfermería. Además identificó tres niveles de relaciones enfermera-paciente en los que la enfermera actúa como sigue: a) sustituta del paciente, b) colaboradora para el paciente y c) compañera del paciente. A través del proceso interpersonal y desarrollando la empatía, la enfermera debe meterse en la piel de cada uno de los pacientes a fin de conocer que ayuda necesitan. Henderson afirmaba que la enfermera trabaja en interdependencia con otros profesionales sanitarios y con el paciente.⁶

⁶ Alligood Raile, Martha Modelos y teorías. Ed. Elsevier; 2011. pp. 55-56

Las 14 necesidades de Henderson

- 1.- Respirar normalmente
- 2.- Comer y beber adecuadamente
- 3.- Eliminar los desechos corporales
- 4.- Moverse y mantener posturas deseables
- 5.- Dormir y descansar
- 6.- Seleccionar ropas adecuadas: vestirse y desvestirse
- 7.- Mantener la temperatura corporal en un intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno
- 8.- Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger a piel
- 9.- Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros
- 10.- Comunicarse con los demás para expresar las propias emociones, necesidades, miedos y opiniones
- 11.- Rendir culto según la propia fe
- 12.- Trabajar de tal manera que se experimente una sensación de logro
- 13.- Jugar o participar en diversas formas de ocio
- 14.- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo y salud normales, y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles

Los modelos teóricos son una herramienta útil para el razonamiento, el pensamiento crítico y la toma de decisiones, y además apoyan a los profesionales en el control de la información necesaria y a la organización de las actividades

Una forma de aplicar los modelos teóricos a la práctica asistencial es en el proceso de enfermería; ya que, proporciona un método lógico y racional a través del cual enfermería enfermeros puede organizar la información, considerando la importancia de otorgar una atención adecuada, eficiente y eficaz

La teoría de Henderson es considerada una filosofía de enfermería. Para ella, todas las personas tienen capacidades y recursos para lograr la independencia y la satisfacción de las 14 necesidades básicas, a fin de mantener su salud. Sin embargo, cuando dichas capacidades y recursos disminuyen parcial o totalmente, aparece una dependencia que se relaciona con tres causas de dificultad: falta de fuerza, falta de conocimiento o falta de voluntad, las cuales deben ser valoradas para la planificación de intervenciones durante la hospitalización.

CONTINIUM DE INDEPENDENCIA- DEPENDENCIA

INDEPENDENCIA	DEPENDENCIA
<p>1.- Responde por si mismo sus necesidades de forma aceptable, lo que permite asegurar su homeostasis física y psicológica</p> <p>2, Utiliza sin ayuda y de forma adecuada un aparato o dispositivo de sostén o prótesis</p>	<p>3.- Debe recurrir a otra persona para que le enseñe lo que debe de hacer, y para controlar si lo hace bien, debe ser asistido aunque sea ligeramente</p> <p>4.- Necesita asistencia , para utilizar un aparato de sostén o una prótesis</p> <p>5.-Debe contar con otro para hacer lo necesario, para cubrir su necesidades pero puede colaborar de algún modo</p> <p>6.- Debe confiarse enteramente a otro para poder satisfacer sus necesidades</p>

SISTEMA URINARIO

El sistema urinario consta de dos riñones, dos uréteres, una vejiga urinaria y una uretra, la sangre se filtra a través de los riñones pero casi toda el agua y gran parte de los solutos retornan al torrente sanguíneo; el agua y los solutos restantes constituyen la orina. Esta se excreta de cada riñón por el uréter correspondiente y se almacena en la vejiga urinaria hasta salir del cuerpo, expulsada a través de la uretra.⁷

Los riñones realizan el trabajo más importante del sistema urinario, puesto que las otras partes son prácticamente vías de paso y aéreas de almacenamiento. Al filtrar la sangre y formar la orina, los riñones contribuyen a la homeostasis de varias maneras las funciones renales incluyen:

Regulación de la composición iónica de la sangre. Los riñones ayudan a regular la concentración de distintos iones en la sangre principalmente los iones de sodio (Na⁺), Potasio(K⁺), calcio (Ca), cloruro (Cl⁻), cloruro (Cl⁻) y fosfato (HPO)

Mantenimiento de la osmolaridad de la sangre. Regulando por separado la pérdida de agua y la de solutos en la orina, los riñones mantienen una osmolaridad relativamente constante en la sangre cercana a 290 miliosmoles por litro (mosm/litro)

Regulación del volumen de la sangre: al conservar o eliminar el agua, los riñones regulan el volumen de la sangre y por consiguiente el del líquido intersticial. Además, un incremento en el volumen sanguíneo eleva la presión arterial, en tanto que una disminución de dicho volumen la disminuye.

Regulación de la presión arterial, además de regular el volumen de la sangre. Los riñones ayudan en los ajustes de la presión arterial de dos maneras: al secretar renina, enzima que activa a la renina-angiotensina y al modular la resistencia renal, o sea que se opone al flujo de sangre que pasa por los riñones, lo que a su vez afecta al resistencia vascular

⁷ Tortora J. Gerard, Grabowsk Reynolds, Sandra. Anatomía y Fisiología. Ed Oxford; 2005. P.923-924.

sistémica. El resultado de un aumento de renina o un incremento de la resistencia renal es la elevación de la presión arterial

Regulación del pH sanguíneo. Los riñones excretan una cantidad variable de H^+ en la orina y retiene iones bicarbonato (HCO), un importante amortiguador de H^+ . Estas son dos actividades que contribuyen a regular el pH sanguíneo.

Liberación de hormonas. Los riñones liberan dos hormonas. Los riñones liberan dos hormonas: calcitriol, la forma activa de la vitamina D que ayuda a regular la homeostasis de calcio y la eritropoyetina que estimula la producción de eritrocitos

Regulación de la concentración de glucosa en sangre. Los riñones pueden desaminar el aminoácido glutamina, emplearlo para la glucogénesis (síntesis de nuevas moléculas de glucosa) y liberar glucosa en sangre.

Excreción de desperdicios y sustancias extrañas. Mediante la formación de orina los riñones ayudan a eliminar desperdicios, sustancias sin función útil alguna en el cuerpo. Parte de los desperdicios excretados en la orina los riñones ayudan a eliminar desperdicios, sustancias sin función alguna en el cuerpo

ANATOMIA DE LOS RIÑONES

Los riñones son órganos pares rojizos, en forma de frijol. Localizados justo arriba de la cintura entre el peritoneo y la pared posterior del abdomen. Debido a su posición por detrás del peritoneo en la cavidad se dice que son órganos retroperitoneales. Los uréteres y las glándulas suprarrenales, los riñones se localizan entre la última vértebra torácica y la tercera vértebra lumbar, posición en la cual están protegidos en parte por los pares de costillas undécimo y duodécimo. El riñón derecho está un poco más abajo que el izquierdo debido a que el hígado ocupa un espacio considerable arriba del riñón derecho

ANATOMIA EXTERNA DEL RIÑÓN

En el adulto un riñón normal mide 10-12 cm de largo, de 5 a 7 cm de ancho y 3cm de espesor. El borde medial cóncavo de cada riñón está enfrente de la columna vertebral. Cerca del borde cóncavo se encuentra una fisura vertical profunda llama hilio renal a través del cual sale el uréter del riñón, así como los vasos sanguíneos y linfáticos y los nervios.

Cada riñón está rodeado por tres capas de tejido. La capa profunda, la cápsula renal, es una membrana lisa, transparente y fibrosa que es continuación de la cubierta externa del uréter. Sirve como barrera contra traumatismos y ayuda a mantener la forma del riñón. La capa intermedia, la cápsula adiposa, es una masa de tejido graso que rodea a la cápsula renal. También protege al riñón de traumatismos y lo sostiene firmemente en su sitio en la cavidad abdominal. La capa superficial, la aponeurosis renal, es una delgada capa de tejido conectivo denso e irregular que fija el riñón a las estructuras circundantes y pared abdominal.

ANATOMIA INTERNA DEL RIÑÓN

Un corte frontal a través del riñón revela dos regiones distintas: un área superficial de color rojizo y textura lisa llamada corteza renal y una región profunda de color marrón llamada médula renal. La médula consta de ocho a 18 pirámides renales cónicas. la base de cada pirámide (extremo más ancho) está frente a la corteza renal y su ápex, llamado papila renal (extremo más estrecho), apunta hacia el centro del riñón. Las porciones de la corteza renal que se extienden entre las pirámides renales se denominan columnas renales. En conjunto, corteza renal y pirámides de la médula renal constituyen la porción funcional o parénquima del riñón (cerca de un millón de estructuras microscópicas llamadas nefronas), la orina que estas forman drena al interior de gruesos conductos papilares que se extienden a través de la papila renal de las pirámides. Los conductos papilares desembocan en estructuras en forma de copa llamadas cálices menores y mayores. Cada riñón tiene ocho a 18 cálices menores y mayores. los primeros reciben la orina de los conductos papilares de una papila renal y la llevan un cáliz mayor. De los segundos, la orina pasa a una cavidad grande llamada pelvis renal y luego sale a través del uréter hacia la vejiga urinaria.

El hilio se amplía formando una cavidad dentro del riñón llamada seno renal, que contiene parte de la pelvis renal, los cálices y las ramas vasculares sanguíneas y nerviosas del riñón. El tejido adiposo ayuda a estabilizar la posición de estructuras en el seno renal.⁸

LA NEFRONA

Las nefronas constituyen la unidad funcional del riñón se encargan de tres procesos básicos: filtrar sangre, retornar a la sangre las sustancias útiles para que no se pierdan del cuerpo y retirar de la sangre sustancias que no son necesarias para el cuerpo. Como resultado de estos, procesos, las nefronas mantienen la homeostasis de la sangre y producen orinan.

Partes de la nefrona

Cada nefrona está formada por dos partes: el corpúsculo renal, donde se filtra el plasma, y el túbulo renal, al cual pasa el líquido filtrado. Cada corpúsculo posee dos elementos: el glomérulo y la capsula (de Bowman) glomerular, una bicapa epitelial en forma de copa que rodea al glomérulo. De la capsula glomerular, el líquido filtrado del plasma pasa al interior del túbulo renal, el cual posee tres secciones principales. Siguiendo la dirección del líquido que pasa por el túbulo renal se pueden distinguir tres partes en este: 1) túbulo contorneado proximal, 2) asa de henle (asa de la nefrona) y 3) túbulo contorneado distal. El término proximal se refiere a la porción del túbulo unidad a la capsula glomerular y distal. Los túbulos contorneados distales de varias nefronas desembocan en un solo conducto colector. Los conductos convergen y se unen a conductos papilares, que drenan en los cálices menores. Dichos conductos se prolongan desde la corteza, atraviesan la médula y llegan a la pelvis renal. Aunque el riñón tiene cerca de un millón de nefronas, el número de conductos colectores es mucho menor y hay aún menos conductos papilares

⁸Ibid, pp. 924-928

INSUFICIENCIA RENAL

Es la reducción o interrupción de la filtración glomerular. En la insuficiencia renal aguda los riñones cesan de manera abrupta su función (o casi por completo) la principal características de IRA es que el flujo de orina se suprime, lo que en general se nota por oliguria que es el flujo de la orina que suprime lo que en general se nota por oliguria, que es una excreción urinaria diaria menor de 250ml, o por anuria, excreción urinaria menor de 50ml, las causas son menor volumen de sangre(por ejemplo, a causa de hemorragia) disminución del gasto cardiaco, daño a los túbulos renales, cálculos renales, colorantes empleados para visualizar vasos sanguíneos en la angiografía, fármacos antiinflamatorios no esteroides y algunos antibióticos. La insuficiencia renal ocasiona edema debido a la retención de sal y agua; acidosis por la incapacidad de los riñones para excretar sustancias ácidas: incremento en la concentración de urea debido a la excreción renal deficiente de productos metabólicos de desecho; concentración elevada de potasio que puede conducir a paro cardiaco; anemia, puesto que los riñones ya no producen suficiente eritropoyetina para la producción adecuada de eritrocitos; y debido a que los riñones han perdido su capacidad de convertir la vitamina D en calcitriol, necesario para la absorción adecuada de calcio del intestino delgado.⁹

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

CONSIDERACIONES GENERALES

A un 5% de los ingresos al hospital y un 30% de los ingresos a la unidad de cuidados intensivos se les asigna el diagnóstico de insuficiencia renal aguda la cual se desarrolla a un 25% de los pacientes hospitalizados. La insuficiencia renal aguda se define como el descenso súbito de la función renal que produce una incapacidad para mantener el equilibrio de agua y electrolitos y excretar los residuos nitrogenados. La creatinina sérica es un marcador conveniente. En ausencia de los riñones funcionales, la concentración sérica de creatinina suele aumentar en 1 a 1.5mg/100ml al día aunque a ciertas situaciones puede elevarse en menos tiempo, la insuficiencia renal aguda también se denomina lesión renal aguda, ya que puede ser un término descriptivo más apropiado.

⁹ Ibid, pp. 950-960

MANIFESTACIONES CLINICAS

Signos y Síntomas

El ambiente urémico de la insuficiencia renal aguda puede inducir síntomas inespecíficos. Cuando están presentes muchas veces se deben a hiperazoemia o a la causa subyacente. La hiperazoemia puede producir náusea, vómito, malestar y alteración del sensorio, es raro que haya hipertensión pero con frecuencia se altera la homeostasis del agua, la hipovolemia puede ocasionar enfermedad prerrenal, en tanto que la hipervolemia produce enfermedad intrínseca o posrenal.

La insuficiencia renal aguda puede ocasionar dolor abdominal difuso inespecífico e íleo, así como disminución plaquetaria; por lo tanto la hemorragia es más frecuente en estos pacientes. La valoración neurológica revela cambios encefalopáticos con asterixis y confusión; es posible que haya convulsiones¹⁰

DATOS DE LABORATORIO

Hay elevación de BUN y creatinina, aunque estos incrementos no distinguen por sí mismos la insuficiencia renal aguda de la crónica. A menudo hay hiperpotasiemia por la excreción renal anormal del potasio, con frecuencia se identifica acidosis metabólica con desequilibrio aniónico (debido a la menor eliminación de ácidos orgánicos). Se produce Hiperfosfatemia cuando no se puede secretarse el fósforo por daño tubular, con o sin aumento del catabolismo celular. La hipocalcemia con depósito metastásico de fosfato de calcio puede observarse cuando el producto del calcio y el fósforo es mayor de 70mg/100ml. Puede haber anemia como resultado del descenso de la producción de eritropoyetina a lo largo de semanas es típica la disfunción plaquetaria relacionaría.

¹⁰ Ibiid, pp. 961-962

CLASIFICACIÓN Y ETIOLOGIA

La Insuficiencia renal aguda puede dividirse en tres categorías: hiperazoemia prerrenal, enfermedad renal intrínseca e hiperazoemia posrenal. La identificación de la causa es el primer paso para establecer el tratamiento del paciente

HIPERAZOEMIA PERRENAL

La hiperazoemia perrenal es la causa más frecuente de insuficiencia renal aguda y representa de 40 a 80% de los casos, según sea la población estudiada. Es consecuencia de la hipoperfusión renal y representa un cambio fisiológico apropiado. Si puede revertirse de inmediato con restablecimiento de flujo sanguíneo renal, no se produce daño a la parénquima renal. Si la hipoperfusión persiste, puede provocar isquemia que produce insuficiencia renal intrínseca.

El descenso de la perfusión renal tiene lugar en una de tres formas: disminución del volumen intravascular, cambio de la resistencia vascular o gasto cardíaco bajo, las causas de deficiencia de volumen incluyen hemorragia, pérdidas gastrointestinales, deshidratación, diuresis excesiva, traumatismos y peritonitis.

Puede haber cambios sistémicos en la resistencia vascular por septicemia, etc

El tratamiento de la hiperazoemia prerrenal depende por completo de su causa, pero las bases son el mantenimiento del volumen normal, atención al potasio sérico y eliminación de fármacos nefrotóxicos.

HIPERAZOEMIA POSRENAL

La hiperazoemia posrenal es la causa menos frecuente de insuficiencia renal aguda (representa cerca de un 5 a 10% de los casos), ocurre cuando se obstruye el flujo urinario de ambos riñones o de un riñón funcional único. Cada nefrona experimenta elevación de la presión, lo que reduce el índice de filtración glomerular. Las causas incluyen obstrucción uretral, disfunción u obstrucción vesical y obstrucción de ambos uréteres o pelvis renales. En pacientes con un solo riñón funcional, la obstrucción del único uréter puede provocar hiperazoemia posrenal. Es posible que haya anuria, o poliuria y dolor en la porción inferior del abdomen. La obstrucción puede ser constante o intermitente, parcial o completo. Algunas veces, los estudios de laboratorio revelan al principio osmolaridad urinaria elevada y disminución de del sodio urinario índice BUN:

Creatinina y FE baja. Estos índices son similares a los del cuadro perrenal porque aún no hay daño renal intrínseco extenso. Después de varios días, el sodio urinario aumenta los riñones fallan y son incapaces de concentrar la orina, por lo que se desarrolla isostenuria. El sedimento urinario casi siempre es benigno. Las personas con insuficiencia renal y sospecha de hiperazoemia posrenal deben someterse a una ecografía y cateterismo vesicales si hay hidroureter e hidronefrosis junto con la vejiga distendida. Estos pacientes por lo regular presentan a menudo diuresis posterior a la obstrucción y hay que tener cuidado para evitar la deshidratación

TRATAMIENTO

El tratamiento se dirige a acelerar la recuperación y evitar complicaciones. Deben tomarse medidas preventivas para evitar la sobrecarga de volumen y la hiperpotasemia. Se han usado diuréticos de asa en grandes dosis, para inducir la diuresis adecuada lo cual puede ayudar a convertir la insuficiencia renal oligúrica en no oligúrica. El apoyo nutricional debe mantener el consumo adecuado al tiempo que previene el catabolismo excesivo, la restricción de la proteína dietética ayuda a prevenir la acidosis metabólica. La hipocalcemia y la hiperfosfatemia se mejoran con la dieta y agentes para la unión con fosfato, como hidróxido de aluminio, en corto plazo carbonato de calcio. La dosis de los fármacos que se elimina por vía renal se ajusta de acuerdo con el grado previsto del daño renal ¹¹

¹¹ Ibid, pp.961-962

EVALUACION FINAL

DEPENDENCIA DE LAS NECESIDADES

NECESIDADES DEPENDIENTES	ND	NECESIDADES INDEPENDIENTES	NI
-Oxigenación	3	Oxigenación	1
-Nutrición	5	-Nutrición	1
-Eliminación	3	-Eliminación	1
-Termorregulación	3	-Termorregulación	1
-Moverse y mantener una buena postura	5	-Moverse y mantener una buena postura	2
-Descanso y sueño	3	-Descanso y sueño	1
- Necesidad de uso de prendas de vestir adecuadas	5	- Necesidad de uso de prendas de vestir adecuadas	2
- Necesidad de comunicarse y sexualidad	3	- Necesidad de comunicarse y sexualidad	2

CONCLUSION

La paciente se mantuvo hemodinámicamente estable se lograron mantener los signos vitales dentro de los parámetros normales. Se retira sonda transuretral y no presento datos de infección durante su estancia hospitalaria, presentando mejoría del drenaje urinario, tolera vía oral y se logro un aumento de la fuerza muscular, logrando la movilidad por sí mismo, se observo mejoría en cuanto al deterioro de la memoria y el lenguaje. Se egresa terapéuticamente a los seis días de estancia.

La aplicación del proceso de enfermería es esencial para poder proporcionar cuidados de enfermería oportunos y eficaces de acuerdo a la respuesta de la persona, planeadas con logros significativos involucrando el conocimiento adquirido, se creó un ambiente de armonía, el cual favoreció el estado favorable del paciente y la confianza tanto de su familia como de la misma paciente, consiguiendo el apoyo total en las actividades realizadas. Proporcionando siempre un cuidado holístico de calidad y alto humanismo

Se lograron alcanzar los objetivos con satisfacción en la etapa del proceso de enfermería. La experiencia personal que obtuve al realizar dicho proceso fue satisfactorio ya que se fue observando la recuperación temprana de la paciente, y se lograron evitar complicaciones, gracias también a la colaboración de su familia.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Lefevre- Alfaro Rosalinda. Aplicación del Cuidado Enfermero. 5º Edición. MASSON; 2000. p.4- 10.
- 2.- Garcés Beravent, Amparo. Fundamentos de Enfermería. Ed. DAE; 2001. p.p 167-170.219-220
- 3.- Alligood Raile, Martha. Modelos y Teorías. Ed. Elsevier; 2011. p. 55-56
- 4.- Tortora J. Gerard, Grabowsk Reynolds, Sandra. Anatomía y Fisiología. Ed Oxford; 2005. p.p 923-924,950-962
- 5.-Herdman, Heather T, Diagnósticos Enfermeros. Ed. Elsevier; 2010.p.p 85, 91,122,127,138,171,176,340.

BIBLIOGRAFIA ELECTRONICA

- 1.-Lledó E. Retención Urinaria. Capitulo XVII, pag.196-211. (Sede internet). (Fecha de acceso 18 de septiembre de 2013).

Disponible en:<http://www.slideshare.net/underwear69/uropatia-obstructiva-presentation>

- 2.-Runyon BA; AASLD Practice Guidelines Committee. Management of adult patients with ascites due to cirrhosis: an update. Hepatology. (Sede internet).2009. (Fecha de acceso 18 de septiembre de 2013).

Disponible en <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000286.htm>

3.- Centro Nacional de Información Médica de la Mujer. (Sede internet). (Fecha de acceso el 20 de septiembre de 2013). Disponible en: <http://www.geosalud.com/Urinario/ivu.htm>

4.- Nancy Yomayusa, MD. Coordinadora de Nefrología. Guías para manejo de Urgencias. CAPÍTULO X. Pielonefritis aguda. (Sede internet). (Fecha de acceso el 20 de septiembre de 2013).

Disponible en:

http://www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/.../Pielonefritis_aguda.pdf

5.- Paquier Macano Rigoberto. El laboratorio en la práctica clínica. (Sede Internet) Lovine-Selva Tercera Edición. 1985. (fecha de acceso el 20 de septiembre de 2013). Disponible en <http://www.medicinapreventiva.com.ve/laboratorio/bun.htm>

6.- Esparza N. Nefrología. Farmacología de los Diuréticos. Aspectos básicos de los diuréticos. Vol. X. Suplemento. (Sede internet). 1990. (Fecha de acceso el 21 de septiembre de 2013). Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/revistas/ANTIGUO/1990>

7.- López Esther. Estimulación Cognitiva. (Sede Internet).2012. (Fecha de acceso el 21 de septiembre de 2013). Disponible en: <http://www.estimulacion-cognitiva.com/2012/05/29>

8.- Insuficiencia Renal. (Sede internet), Abril 2013. (Fecha de acceso el 21 de septiembre de 2013). Disponible en: <http://insuficienciarenal.com.mx/2013/04/la-insuficiencia-renal-en-mexico/>

9.- Equilibrio Hidroelectrolítico. (Sede internet). (Fecha de acceso el 12 de octubre de 2013).

Disponible en:

http://www.grupocto.es/web/editorial/pdf/ANEXO_OPN/Anexo_EQUILIBRIO_HIDROELECTROLITICO.PDF

