



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A UN PACIENTE CON
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA BASADO EN
EL MODELO DE DOROTHEA OREM
REALIZADO EN EL HOSPITAL GENERAL DE
MÉXICO
“DR. EDUARDO LICEAGA”

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
**LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**

P R E S E N T A

BAUTISTA RAMÍREZ TANIA IVONNE
No. DE CUENTA: 308061156

DIRECTOR ACADÉMICO



MTRA. EVA OLIVIA SALAS MARTÍNEZ

MÉXICO D.F.

2015



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.

I N D I C E

I.	INTRODUCCIÓN	
II.	OBJETIVOS.....	1
	2.1 General	
	2.2 Especifico	
III.	MARCO TEÓRICO	2
	3.1 Proceso atención de enfermería.....	2
	3.2 Modelo Teórico del Autocuidado.....	3
	3.3 Teoría del Autocuidado.....	3
	3.4 Teoría del Déficit del Autocuidado.....	4
	3.5 Teoría de los Sistemas de Enfermería.....	5
	3.6 Patología: Enfermedad Renal Crónica.....	6
IV.	METODOLOGIA.....	12
V.	VALORACION INICIAL.....	14
	5.1 Hoja de Diagnósticos de Enfermería Inicial.....	22
	5.2 Plan de Atención Inicial.....	24
VI.	VALORACION FOCALIZADA 1.....	36
	6.1 Valoración de enfermería por requisitos universales.....	36
	6.2 Plan de Cuidados correspondiente.....	40
VII.	VALORACION FOCALIZADA 2.....	60
	7.1 Valoración de enfermería por requisitos universales.....	60
	7.2 Plan de Atención correspondiente.....	63
	7.3 Plan de alta hospitalario.....	67
VIII.	VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL.....	69
	8.1 Valoración de enfermería.....	69
IX.	CONCLUSIONES.....	72
X.	SUGERENCIAS.....	73

XI.	BIBLIOGRAFIA.....	74
XII.	ANEXOS.....	82
11.1	Consentimiento informado de la visita domiciliaria.....	83
11.2	Cronograma de la visita domiciliaria.....	86
11.3	Material y equipo utilizados en la visita	87
11.4	Instrumento de valoración basado en Dorothea Orem.....	88
11.5	Escalas utilizadas.....	93
11.6	Trípticos.....	98
11.7	Estudios de laboratorio.....	102
11.8	Glosario.....	105

I. Introducción

La enfermería como profesión se inició con Florence Nightingale y se ha ido conformando a través de los años, a raíz de ello y con el paso del tiempo surgieron diversas teorías y modelos conceptuales enfocados a la enfermería provenientes de diversos autores como es Dorothea Orem; modelo que se abordara en el presente trabajo.

En la actualidad la enfermería es considerada una profesión, donde el profesional proporciona atención integral al paciente sano, enfermo y a su familia. La práctica enfermera consiste en proporcionar cuidados sustentados en fundamentaciones científicas con la intención de mejorar la salud de las personas, tomando como eje en todas las instituciones hospitalarias el Proceso Atención de Enfermería (PAE). Sin embargo se ha visto que las labores de enfermería no son únicamente el cuidar de las personas, ya que se necesita elementos teóricos, para otorgar el cuidado desarrollando actividades docentes, administrativas y de investigación.

El presente Proceso Atención de Enfermería se elaboró en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, aplicado a un paciente masculino de 52 años, con enfermedad renal crónica estadio 5.

Como primer punto, se aborda el marco teórico del trabajo, donde se desglosa el Proceso Atención de Enfermería, la importancia del modelo de Dorothea Orem, y la patología que presenta el paciente.

En un segundo punto se aborda el Proceso Atención de Enfermería donde se plasman las diferentes etapas; se realiza la valoración partiendo de lo general a lo particular, se elaboran diagnósticos enfermeros, planeando las acciones a realizar, se ponen en práctica las mismas y se evalúa la efectividad de cada una. Para la culminación del PAE se realizó una visita domiciliaria integral con el consentimiento informado del paciente y la familia donde se realizan actividades de enfermería encaminadas a la orientación y consejería de acuerdo con las necesidades del paciente encontrados en la valoración.

En un tercer apartado se redactan las conclusiones y sugerencias, y se anexan los instrumentos utilizados.

II. Objetivos

Objetivo General

Elaborar un estudio de caso tomando como eje la metodología del Proceso Atención de Enfermería y el modelo de Dorothea Orem integrando un marco de conocimientos que permitan identificar alteraciones en el estado de salud, con el propósito de desarrollar un criterio clínico que proporcione intervenciones de enfermería al paciente y lo apoyen a mejorar su calidad de vida.

Objetivos Específicos

- Colaborar con el paciente y la familia al aprendizaje y la adaptación de nuevos estilos de vida que lo ayuden a retomar su autocuidado en la medida de lo posible.
- Realizar cada una de las etapas del proceso enfermero mediante el uso del método científico.
- Establecer un plan de cuidados integral con acciones que permitan eliminar, reducir y/o prevenir alteraciones de salud.

III. Marco teórico

Para una mayor comprensión del presente estudio de caso es necesario abordar el Proceso Atención de Enfermería (PAE) caracterizado por ser un método sistemático cuya finalidad consiste en la resolución de problemas sanitarios, basados en el método científico. Es una herramienta de trabajo esencial en la profesión de enfermería que permite identificar y tratar las respuestas humanas ante los problemas de salud reales y potenciales, para posteriormente planificar y ejecutar acciones centradas en el paciente encaminadas a mejorar, eliminar y/o prevenir las desviaciones de salud en la persona. Para la realización del PAE, es fundamental la participación del profesional de enfermería, el paciente y los familiares de manera conjunta. Es primordial que el profesional de enfermería tenga capacidades y habilidades necesarias para satisfacer las demandas de autocuidado.^{1,2} El proceso es cíclico, es decir las etapas que lo componen siguen una secuencia lógica sin embargo se correlacionan entre sí, dicho proceso consta de 5 etapas:

La primera etapa del proceso constituye la valoración, ésta consiste en recopilar y organizar los datos objetivos y subjetivos del paciente. Para obtener dicha datos es necesario llevar a cabo técnicas tales como: exploración física e interrogatorio directo o indirecto cuando el paciente se encuentre incapacitado o desconozca la información.² Debido a la importancia que representa esta etapa es fundamental su correcta realización, ya que gran parte del éxito del Proceso Atención de Enfermería depende de la información obtenida.

El diagnóstico corresponde a la segunda etapa del proceso y comprende la elaboración de juicios clínicos, sirviendo como base la recopilación de los datos obtenidos en la etapa anterior. Los diagnósticos de enfermería se forman a partir de alteraciones en el estado de salud, estos deben ser enunciados claros y concisos basados en el razonamiento analítico.²

Una vez realizada la elaboración y jerarquización de los diagnósticos se lleva a cabo la planificación, durante esta etapa el profesional de enfermería organiza,

establece prioridades, plantea objetivos deseados, así como intervenciones basadas en los diagnósticos obtenidos anteriormente; los cuidados enfermeros se establecen de manera holística e individual tomando como punto de partida aquellos déficits de autocuidado presentes en el paciente, a fin de que lleve a cabo de manera independiente sus acciones de autocuidado lo más pronto posible.^{1,2}

Cuando se ha establecido la planificación de las actividades se procede a la ejecución de las mismas poniendo en práctica el plan establecido con sus respectivas intervenciones, al mismo tiempo que se continúan recopilando datos del paciente acerca de los cambios que se han presentado, o bien validando los que ya están presentes.

Finalmente se realiza una evaluación de los resultados obtenidos, además se determina el grado en el que los objetivos planteados han sido alcanzados. Es momento para valorar la efectividad del plan establecido, y determinar si este debe permanecer de la forma planeada, o modificarse.²

El presente Proceso Atención de Enfermería está sustentado en el modelo de Dorothea Orem, ya que en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, se trabaja con dicho modelo, el cual se encuentra plasmado en los formatos de registros clínicos de enfermería presentes en cada servicio. El modelo de Orem resulta ser de gran utilidad al momento de llevar a cabo el Proceso Atención de Enfermería, ya que permite organizar los elementos esenciales en cada una de las etapas al mismo tiempo que propicia el desarrollo de conocimientos y habilidades del profesional de enfermería; sin embargo para la elaboración de este trabajo solo se retomaron algunos elementos del modelo de esta teórica.

Parte importante del modelo de Orem es el concepto de autocuidado, que Orem define en el año 1991 como “La práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud, y el bienestar”¹, es decir todos los individuos tenemos la capacidad de cuidar de nosotros mismos a través de actividades de la vida diaria, que se aprenden con el tiempo necesarias para poder vivir satisfactoriamente, dichas acciones dependen

de diversos factores como son edad, maduración y cultura. Un componente principal del modelo de Orem son los ocho requisitos de autocuidado universal; que cada persona debe satisfacer independientemente de su estado de salud, edad y entorno social, para lograr así el autocuidado. Dichos requisitos se retoman debido a que cada uno de ellos se abordó al momento de realizar la valoración; mantenimiento de un aporte suficiente de aire, mantenimiento de un aporte suficiente de agua, mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos, provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal, mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo, mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social, prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar humano, normalidad.¹ Los requisitos universales son un pilar fundamental para el adecuado funcionamiento humano por lo que es indispensable cubrir estas demandas de autocuidado; una persona sana no tendría mayor dificultad para satisfacerlas, por el contrario cuando se presenta una alteración en el estado de salud, Orem hace referencia a los requisitos de autocuidado en la desviación de salud. Una vez presentada tal situación se espera que el individuo busque ayuda de terceras personas para satisfacer las demandas de autocuidado ya que él se encuentra incapacitado, por lo mencionado anteriormente se puede dar el caso que la demanda que se le hace al individuo sea mayor a su capacidad para hacer frente a ella, lo que Orem denomina déficit de autocuidado, que se produce “Cuando las habilidades del individuo para ejercer el autocuidado requerido son menores que las que se necesitan para satisfacer una demanda de autocuidado conocida”.³ La ayuda que el individuo busque puede provenir de diversos sectores como son amigos, familiares, incluyendo el profesional de la salud, de ahí que radique la importancia de la persona o personas que se ocuparan de proporcionar los cuidados, para lo que Orem utiliza la palabra “agente” para hacer referencia a dichas personas. Las agencias de cuidado son; agencia de autocuidado cuando el paciente muestra su capacidad e interés para cuidar de sí mismo, agencia de cuidado dependiente, ya que los familiares le ayudan a satisfacer ciertas necesidades que él no puede cubrir totalmente, agencia de enfermería porque el paciente requiere de cuidados

especializados del profesional de enfermería que ni él ni sus familiares pueden satisfacer. Para que la persona sea considerado como paciente Orem propone tres condiciones; debe existir alguna demanda de autocuidado; que el individuo no sea capaz de satisfacer por sí solo, además debe existir el deseo de cuidar de sí mismo por parte del individuo con el fin de adquirir ciertas conductas que le ayuden a cubrir sus demandas de autocuidado, y por ultimo debe haber un déficit de autocuidado, donde el individuo no pueda cubrir todas sus necesidades y requiera la ayuda del personal de enfermería.

El trabajo del personal de enfermería es de suma importancia en los individuos que presentan desviaciones en el estado de salud. Para Orem el objetivo de la enfermería radica en: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad"², es decir la labor de la enfermera es lograr que el paciente adopte nuevas conductas de autocuidado en beneficio a su salud así como tener la capacidad de hacer frente a las desviaciones de salud que se llegasen a presentar, para que esto pueda ser posible debe haber una interacción entre enfermera – paciente lo que Orem ha denominado sistema de enfermería, cuyos elementos básicos son "la enfermera, el paciente o grupo de personas, los acontecimientos ocurridos, entre ellos y la interacción con familiares y amigos"¹, cada elemento mencionado es de gran importancia ya que se necesita de cada uno para poder llevar a cabo el Proceso Atención de Enfermería en sus diferentes etapas. Asimismo Orem contempla tres tipos de sistemas de enfermería que son necesarios para poder ejecutar cuidados enfermeros; totalmente compensatorio que se da cuando la enfermera suplente al individuo completamente para satisfacer sus demandas de autocuidado debido a que el paciente se encuentra imposibilitado para realizarlo, la enfermera deberá hacerse cargo hasta que el paciente pueda reincorporarse a su propio cuidado o hasta que haya aprendido a adaptarse a una nueva situación. Parcialmente compensatorio que se da cuando trabajan en conjunto la enfermera y el paciente para cubrir las demandas de salud, por ultimo está el sistema de apoyo educación,

este sistema es utilizado cuando la enfermera enseña, dirige y supervisa al paciente en las acciones de autocuidado que han sido aprendidas.

Es importante abordar las alteraciones de salud presentes en este estudio de caso. Como se ha mencionado anteriormente el paciente seleccionado manifiesta diversas patologías siendo la enfermedad renal crónica el motivo por el cual se encuentra hospitalizado. De ahí que radique la importancia de retomar dicha patología.

En un artículo publicado; la sociedad chilena de nefrología discierne que en la nomenclatura actual el vocablo insuficiencia renal crónica ha sido sustituido por enfermedad renal crónica (ERC), término al que se hará referencia.⁴ Para la K-DOQUI (*Kidney Disease Outcomes Quality Initiative*) en sus actualizaciones más recientes ha definido a la ERC como; la presencia de daño renal con una duración mayor o igual a 3 meses independientemente de la causa, en la que ocurren anormalidades estructurales y/o funcionales del riñón, lo que a su vez puede provocar un descenso de la filtración glomerular, o bien la presencia de filtrado glomerular inferior a 60 ml/min/1,73 m².^{4,5,6}

Es importante mencionar que, la enfermedad renal crónica es de carácter, progresivo e irreversible en la que los riñones han perdido la capacidad para realizar sus funciones, por lo que es necesario un tratamiento adecuado y preciso.

La ERC, es considerada un problema grave de salud pública en el país y a nivel mundial, comúnmente evoluciona de manera asintomática y no se detecta en los primeros estadios de la enfermedad sino hasta una etapa avanzada, razón por la cual incrementa la incidencia de ERC. Desafortunadamente México no cuenta con cifras exactas de personas con dicha patología, sin embargo “Se estima una incidencia de pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) de 377 casos por millón de habitantes y la prevalencia de 1,142; cuenta con alrededor de 52.000 pacientes en terapias sustitutivas”.⁷ Asimismo la universidad veracruzana reporta los siguientes datos “En México la insuficiencia renal es una de las principales causas de atención hospitalaria ocupando el 4º lugar en hombres con 55,033

casos y el 10º lugar en mujeres con 50,924 casos. Con una tasa de 115.0 y 101.5 por 100,000 habitantes en hombres y mujeres respectivamente”.⁸

Analizando estas cifras puedo decir que el número de personas con enfermedad renal crónica va en aumento, ocasionando cada vez más muertes en el país, eso sin tomar en cuenta las defunciones que ocurren como complicaciones de la enfermedad.

Existen diversos factores de riesgo que inciden directa o indirectamente en el curso de la enfermedad. Diversos autores han establecido una división para cada una de las fases de la ERC; factores iniciadores que inician directamente el daño renal, siendo las de mayor prevalencia la diabetes mellitus y la hipertensión arterial sistémica, seguidas de daño o lesiones al riñón, infecciones de vías urinarias recurrentes, enfermedades autoinmunes y uso de medicamentos nefrotóxicos como son el grupo de los AINES, factores de riesgo susceptibles como son; edad avanzada, antecedentes heredo familiares, bajo peso al nacer y raza negra, los cuales incrementan la posibilidad de presentar la enfermedad, factores de riesgo de progresión que declinan y aceleran el deterioro funcional renal y son hipertensión arterial sistémica y diabetes mal controladas, proteinuria persistente, anemia, dislipidemias, tabaquismo y alcoholismo.^{4,6,9}

“La principal causa de la ERC es la diabetes mellitus (DM) que en México ocupa el segundo lugar de mortalidad con un total de 75,572 casos y una tasa de 70.8 personas por cada cien mil habitantes en el año 2008. Entre otras entidades patológicas causales de ERC se encuentra también; glomerulonefritis crónica, hipertensión arterial sistémica y enfermedad renal poliquística”.¹⁰

Dado lo anterior, es de suma importancia tener un control de los niveles de glucosa en sangre y cifras de presión arterial dentro de los límites normales, con la finalidad de prevenir y no desencadenar daño renal. Un ejemplo evidente de los datos estadísticos antes mencionados se presenta en este estudio de caso ya que el paciente cursa con diabetes mellitus tipo 2 desde los 25 años de edad, siendo la

etiología principal de su enfermedad renal crónica, patología que a su vez desencadena hipertensión arterial sistémica secundaria.

La ERC es el resultado de una pérdida progresiva de la estructura y función renal con descenso del filtrado glomerular, se entiende por filtrado glomerular a la “Unidad de volumen de líquido que pasa por el glomérulo por la unidad de tiempo”.⁸ La tasa de filtrado glomerular (TFG) puede disminuir por; pérdida del número de nefronas por daño al tejido renal, disminución de la TFG de cada nefrona sin descenso del número total de nefronas, o bien por un proceso en el que se combinan la pérdida del número y una disminución de la función de las nefronas. La pérdida funcional y estructural tiene como consecuencia una hipertrofia compensatoria de las nefronas existentes que intentan mantener la tasa de filtrado glomerular (TFG) dentro de los límites normales, lográndose así la depuración de toxinas por corto plazo, sin embargo a medida que pasa el tiempo desencadenara en una ERC. Es por ello que en los primeros estadios de la enfermedad los niveles de urea y creatinina se mantienen normales, hasta que hay una pérdida de más del 50 % de la función renal, que se ven incrementados niveles de urea y creatinina en sangre⁷, por esta razón la mayoría de las veces que se hace el diagnóstico de ERC, se encuentra ya en un estadio avanzado con un daño renal mayor. Al existir una pérdida de la función renal, se origina el síndrome urémico que es producto de la acumulación de productos de desecho en el organismo, además de presentarse niveles altos de azoados.

Para las guías de NKF/KDOQUI (*National Kidney Foundation- Kidney Disease Outcomes Quality Initiative*) clasifican el deterioro renal en 5 estadios, tomando en cuenta el daño renal producido y la tasa de filtración glomerular:

Estadio 1: presencia de daño renal, con una TFG normal o aumentada es decir mayor o igual a 90 ml/min/1,73 m². Por lo general se presenta de manera asintomática

Estadio 2: presencia de daño renal, y ligera disminución de la TFG entre 60 y 89 ml/min/1,73 m². Por lo general se presenta de manera asintomática

Estadio 3: presencia de daño renal y una disminución moderada de TFG entre 30 y 59 ml/min/1,73m². Comienzan a presentarse signos y síntomas como uremia, hipertensión arterial sistémica, fatiga y somnolencia como consecuencia de la anemia edema por la retención de agua,

Estadio 4: presencia de daño renal avanzado con una disminución grave de TFG entre el 15 y 30 ml/min/1,73 m². Los pacientes presentan síndrome urémico, además de nauseas, sabor metálico, aliento urémico, anemia, fatiga, y probables complicaciones cardiovasculares.

Estadio 5: es la culminación de la función renal, donde ya existe la ERC, la TFG desciende por debajo de 15 ml/min/1,73 m², por lo que se necesita de una terapia de remplazo renal para poder sobrevivir. ^{4, 5,11}

Actualizaciones más recientes, de las guías de UK Renal Association, NICE, SIGN, nos muestran una pequeña diferencia al hacer una sub clasificación en el estadio 3, quedando de la siguiente manera:

Estadio 3A: disminución moderada de la TFG entre el 45-59 ml/min/1,73 m², con o sin evidencia de daño renal

Estadio 3B: disminución moderada a gravemente disminuido de la TFG entre el 30-44 ml/min/1,73 m².^{11,12}

Para realizar el diagnóstico de la ERC, es fundamental calcular el Filtrado Glomerular, ya que es considerado la mejor herramienta para evaluar la función renal. “Actualmente distintas guías como las KDOQI, las KDIGO o las Guías de la Sociedad Española de Nefrología y la Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular recomiendan la estimación del TFG mediante ecuaciones obtenidas a partir de la medida de la concentración de creatinina sérica, la edad, el sexo y la etnia” ⁶, sin embargo aún se sigue trabajando en el desarrollo de nuevas fórmulas, que den un diagnóstico más preciso. No obstante no es el único dato que muestra la presencia de daño renal, “La presencia de concentraciones elevadas de proteína o albúmina en la orina, de forma persistente, es un signo no

sólo de lesión renal sino que muchas veces es signo de daño sistémico, más allá del riñón”.⁶ Una revista publicada por la sociedad española de nefrología, hace referencia a lo siguiente “En condiciones normales, un individuo sano elimina por la orina entre 40-80 mg de proteína/día, de los cuales aproximadamente 10-15 mg corresponden a albúmina”.¹¹

Por lo anterior podemos decir que el diagnóstico tiene que ver con el daño renal producido, la TFG y la presencia de proteínas o albuminuria en orina, sin embargo existen ciertos estudios que ayudaran a corroborar el mismo, como son; química sanguínea que incluya electrolíticos séricos en busca de niveles altos de urea, creatinina y BUN, biometría hemática para evaluar niveles de hemoglobina y hematocrito, examen general de orina para evaluar presencia de proteínas, hematuria, microalbuminuria, depuración de creatinina en orina de 24 horas, medición de proteinuria en orina de 24 horas, gasometría arterial en busca de posible acidosis metabólica, imágenes radiológicas en busca de anomalías estructurales que indiquen daño renal.^{4,11}

En los primeros estadios de la ERC, el paciente suele estar asintomático. Cuando el TFG se encuentra por debajo de 30 ml/min/1,73m² (estadio 3), puede presentarse astenia y adinamia, conforme disminuye la función renal, comienzan a presentarse manifestaciones clínicas como son; anemia, retención de líquidos que se presenta en forma de edema, hipertensión arterial sistémica, proteinuria en la orina, náuseas y vómitos. En estadios avanzados; aliento urémico, por el desdoblamiento de amonio en la saliva, el cual se asocia a sabor metálico, coloración grisácea de tegumentos, neuropatía periférica, escarcha urémica, disminución del volumen urinario, hiperazoemia (niveles altos de urea, creatinina, BUN), hiperpotasemia y en ocasiones acidosis metabólica.^{5,8}

El tratamiento de la enfermedad renal crónica varía según el grado de severidad del daño renal. Para fines prácticos del trabajo se abordará únicamente el tratamiento de la terapia de reemplazo renal para pacientes que cursan con ERC en fase terminal, esta se puede dar de tres maneras; hemodiálisis, diálisis peritoneal en sus diferentes modalidades o trasplante renal.

La hemodiálisis sustituye una parte de la función renal, consta de un dializador o filtro, un sistema de transporte, y la composición del líquido de la diálisis, es necesario contar con un acceso vascular que permita la entrada y salida de sangre, la sangre se extrae del cuerpo del paciente para eliminar sustancias tóxicas y exceso de agua, una vez limpia la sangre regresa al organismo del paciente.⁵

La diálisis peritoneal, utiliza uno de los filtros naturales del cuerpo la membrana peritoneal, para eliminar desechos y exceso de líquido del organismo. Para la realización de dicho procedimiento es necesario contar con un catéter situado en la membrana peritoneal a través del cual se introduce la solución dializante que permanecerá un tiempo en la cavidad peritoneal para posteriormente ser drenada, consiguiendo con esto la salida de sustancias tóxicas, y líquidos de la sangre.

El trasplante renal consiste en extraer un riñón sano de un donador, para posteriormente trasplantarlo a un receptor (paciente renal).

Además de lo anterior es de suma importancia, controlar la HAS, la diabetes mellitus y la anemia, evitar en la medida de lo posible medicamentos nefrotóxicos, como es el grupo de los AINES, modificar hábitos dietéticos haciendo énfasis en la restricción de proteínas, sodio, fósforo y potasio, con la finalidad disminuir la evolución de la enfermedad. Si no se lleva a cabo un tratamiento adecuado, se pueden presentar diversas complicaciones, entre las cuales están: hipertensión arterial sistémica, enfermedades cardiovasculares, acidosis metabólica, anemia normocítica normocromica por deficiencia de eritropoyetina, disminución de la síntesis de vitamina D, infecciones recurrentes siendo la peritonitis la complicación más frecuente de la diálisis peritoneal.^{8,9}

IV. Metodología

El presente estudio de caso se elaboró en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga dicha institución atiende a población abierta brindando servicios en sus diferentes especialidades. Se eligió a un paciente masculino, adulto maduro acorde a la etapa vital de 52 años hospitalizado en el servicio de urología, el motivo por el cual se seleccionó a dicho paciente tuvo que ver con las alteraciones de salud que presenta debido al alto índice de prevalencia en nuestro país, la finalidad fue establecer un plan de cuidados de enfermería dirigido a mejorar su calidad de vida y reducir posibles complicaciones asociadas con la prevención. El trabajo fue elaborado tomando como base fundamental el modelo de Dorothea Orem y el Proceso Atención de Enfermería en sus diferentes etapas, fue realizado de manera intrahospitalaria de lunes a viernes y domiciliaria en una sola ocasión en un periodo comprendido del 28 de octubre del 2014 al 21 de marzo del presente año.

Fueron utilizadas diversas herramientas de trabajo; en la etapa de valoración se utilizó un instrumento basado en Dorothea Orem, la información recopilada se obtuvo del paciente, el cuidador primario y el expediente clínico, se pusieron en práctica diversas escalas con la finalidad de valorar el estado de salud las cuales se mencionan a continuación; escala de Glasgow, escala de riesgo de caídas (Braden Bergstrom), escala de úlceras por presión (J.H. Dowton), y la escala análoga del dolor EVA. Se realizaron diversas valoraciones con su respectivo plan de atención que incluyó diagnóstico, objetivo, requisito universal alterado, intervenciones de enfermería con fundamentación científica y evaluación de las mismas. Las actividades de enfermería que se realizaron en este estudio de caso fueron técnicas, administrativas, docentes y de investigación.

Con la finalidad de dar seguimiento al PAE, se realizó una valoración final el día 21/Marzo/2015 por medio de una visita domiciliaria integral así mismo se elaboró un consentimiento informado para el paciente y la familia donde firmaron su conformidad, la visita domiciliaria tuvo como objetivo realizar una valoración final, evaluar el plan de atención otorgado al paciente a su egreso hospitalario, además

de proporcionar información adicional acorde al estado de salud. De esta manera se dio por concluido el trabajo.

V. Valoración inicial

Ficha de identificación.

Señor José de 52 años de edad, fecha de nacimiento 17/03/1962, casado, padre de 4 hijos vivos, originario del estado de Oaxaca y residente del Distrito Federal, desempleado, de religión católica, escolaridad primaria incompleta.

Antecedentes heredofamiliares: padre y madre finados por complicaciones secundarias a Diabetes Mellitus tipo 2, hermanos con misma patología, 3 tías paternas finadas por complicaciones de cáncer de mama y cervico uterino, resto de familiares negativos a patologías.

Antecedentes personales no patológicos: habita en casa propia de dos pisos, con 4 personas más, cuenta con dos habitaciones que sirven de dormitorio, cocina, comedor, 1 baño completo, cuenta con servicios básicos, elaborada de concreto, realiza baño diario y cambio de ropa cada tercer día, hábitos higiénicos dentales diarios (2 veces al día), realiza 3 comidas al día, niega convivencia con animales. Esquema de inmunización de la infancia y la vida adulta desconocidos

Antecedentes personales patológicos:

Enfermedades infecto contagiosas: presento sarampión a los 5 años, sin dejar secuelas. COMBE negativo

Alergias: lisinopril presentando edema periférico

Transfusiones: negadas

Traumatismos: a los 42 años, contusión a nivel de columna torácica por accidente automovilístico requiriendo tratamiento quirúrgico, quedando como secuela disestesia en hemicuerpo izquierdo, exceptuando región facial, en el año 2007 sufrió quemaduras de segundo grado en miembro torácico izquierdo.

Quirúrgicos: a los 42 años reconstrucción de fractura de vertebras de columna torácica sin complicaciones propias del evento quirúrgico. A los 52 años colocación de catéter tenckoff en octubre 2014 sin complicaciones.

Consumo de alcohol: inicio a los 25 años, actualmente suspendido hace 3 años, previamente consumo cada semana llegando a la embriaguez. Consumo de tabaco; inicio a los 20 años consumiendo 3 a 5 cigarros a la semana, actualmente suspendido hace 10 años. Toxicomanías, tatuajes y perforaciones negadas

Actualmente con Diabetes Mellitus tipo 2 diagnosticada a los 25 años de edad, en tratamiento con hipoglucemiantes, actualmente tomando glimepiride 2mg 1 tableta C/24 horas desde marzo del 2014; retinopatía diabética en ambos ojos desde enero 2013, con tratamiento en ablación con láser, nefropatía diabética diagnosticada a los 50 años (2012) con tratamiento farmacológico no especificado, hipertensión arterial sistémica secundaria a nefropatía diabética, diagnosticada desde marzo 2013 en tratamiento con nifedipino 30 mg ,

Enfermedad renal crónica diagnosticada en marzo del 2014, en octubre del mismo año inicia tratamiento sustitutivo de la función renal con hemodiálisis cada 7 días, en octubre del mismo año cambio de modalidad a tratamiento sustitutivo de la función renal con diálisis peritoneal, se somete a terapia dialítica conforme sus posibilidades económicas, acudiendo 1 vez a la semana al hospital.

Antecedentes andrológicos: pubarca a los 15 años, inicio de vida sexual activa a los 16 años, parejas sexuales 7, ETS negativo, método de planificación familiar; preservativo, examen de próstata en el año 2013, con resultados normales

Hábitos alimenticios

Refiere que come 3 veces al día; frutas 7/7, verduras 7/7, carnes rojas 1/7, pollo 2/7, pescado 1/7, cereales 0/7, lácteos 2/7, bajo consumo de proteínas de origen animal, consume de 750 a 800 ml de líquidos en 24 horas con dieta

Padecimiento actual

Señor José ingresa al servicio de urología unidad 105 A del hospital general de México Dr. Eduardo Liceaga, por presentar ERC secundaria a diabetes mellitus tipo 2 actualmente en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis por catéter mahurkar, hospitalizado debido a próxima cirugía de colocación de catéter tenckhoff, con padecimiento de hipertensión arterial sistémica de 1 año de evolución desde marzo 2013 secundaria a nefropatía diabética, anemia normocítica-normocromica.

Exploración física

Fecha: 28/10/2014

Cráneo normocéfalo, sin endostosis ni exostosis visibles o palpables, cabello color negro y seco, con buena implantación del mismo, cuero cabelludo distribuido en forma simétrica, cara pálida con tegumentos intactos, cejas pobladas, pupilas isocóricas, y normorreflectivas, conjuntivas hipocromicas, pestañas distribuidas abundantemente, oídos grandes, pabellones auriculares normales, limpios, sin presencia de auxiliares auditivos. Escala de Glasgow de 15 puntos. Nariz grande con narinas permeables sin secreciones, vello nasal abundante en ambas narinas. Labios medianos, con buena coloración, mucosa oral hidratada, paladar duro en buen estado, piezas dentales con tártaro, incompletas (8 dientes perdidos), presencia de caries en molares superiores e inferiores. Cuello corto, cilíndrico con presencia de catéter Mahurkar en yugular derecha bilumen de 13.5 Fr, longitud de 5 cm, sin signos de infección, pulsos carotídeos palpables, traquea central, móvil, no se palpa tiroides. Tórax con tegumentos lisos de forma y simetría normales, con movimientos de ampliación y amplexación presentes. Presenta disestesia de hemicuerpo izquierdo. Campos pulmonares, sin presencia de sonidos agregados, ruidos cardíacos de buena frecuencia, ritmo e intensidad, tórax anterior con mamas simétricas, tórax posterior con presencia de cicatriz longitudinal quirúrgica, Giordano negativo. Los miembros torácicos son de igual tamaño y forma, existencia de simetría en cada uno, llenado capilar de 3 segundos, miembro torácico izquierdo con presencia de cicatrices por quemaduras de segundo grado en antebrazo, miembro torácico derecho con reflejos presentes y movimientos articulares adecuados, acceso venoso periférico número 18 sellado sin signos de infección. Abdomen blando, plano, depresible no doloroso a la palpación superficial ni profunda, sin datos de irritación peritoneal, sin protuberancias ni hundimientos, peristalsis presente de 15 pm de adecuada frecuencia e intensidad. Peso 64 kg, talla 1.64 m, IMC 23.79 (normal). Genitales fenotípicamente masculinos, distribución uniforme de vello púbico, genitales externos íntegros. Miembros pélvicos íntegros cuentan con simetría y una longitud proporcional, presencia de buen tono muscular, movimientos articulares adecuados, llenado

capilar de 2 segundos, edema de 1 cruz acorde al signo de fovea en maléolos de ambas extremidades.

Valoración de los Requisitos de autocuidado universal

Mantenimiento de un aporte suficiente de Aire.

El señor José no presenta datos de dificultad respiratoria, sus campos pulmonares se encuentran sin compromiso, es capaz de respirar profundamente cuando se le pide, tiene una frecuencia respiratoria 16 a 20 por minuto, presión arterial 130/90 mmHg a 140/100 mmHg, frecuencia cardiaca de 70 a 88 pulsaciones por minuto, manteniéndose estable durante el día. Cuenta con un acceso venoso periférico sellado.

El paciente presenta anemia normocítica – normocrómica, por lo que se le administra Autrin 600 mg V.O, además de presentar hipertensión arterial sistémica, por lo que se administra Nifedipino 30 mg V.O

Mantenimiento de un aporte suficiente de Agua.

El señor José tiene su cuero cabelludo seco, piel seca y pálida, se encuentra sin soluciones parenterales, consume de 750 ml a 800 ml de agua con la dieta en 24 horas, es capaz de beber líquidos por sí solo, tiene preferencia por el agua simple a diferencia de los refrescos, no presenta dificultad para la deglución, sus mucosas orales se encuentran hidratadas, tiene edema de + en maléolos de ambas extremidades, temperatura corporal axilar de 36.0 °C a 36.5 °C. Durante el turno consumió 400 ml de líquidos vía oral, pérdidas insensibles de 256 ml, obteniendo un balance parcial del turno de - 256ml.

Mantenimiento de un aporte suficiente de Alimentos.

Tiene dieta para diabético, nefropata e hipertenso de 1800 kcal, con restricción de líquidos, es capaz de alimentarse por sí solo, muestra buen apetito, y tolerancia a los alimentos que consume, no le desagrada ningún alimento sin embargo prefiere evitar carnes rojas. Tiene una glicemia capilar de 110 mg/dl preprandial.

Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación urinaria e intestinal.

Puede controlar su eliminación urinaria así como su eliminación intestinal, sus evacuaciones fue 1, de características normales, uresis de característica clara de 300 ml, durante el turno. Como medicamento diurético tiene indicado Furosemide 40 mg VO

Mantenimiento del equilibrio entre la Actividad y reposo.

Se encuentra alerta, orientado, tranquilo, presenta adinamia, es capaz de deambular por sí solo, presenta disestesia en hemicuerpo izquierdo exceptuando región facial como secuela de traumatismo. Refiere dormir 7- 8 horas diarias sintiéndose descansado al despertar. No practica ningún deporte físico por presentar adinamia.

Mantenimiento del equilibrio entre la Soledad e interacción social.

El señor José no tiene dificultades para la comunicación, se puede expresar cada vez que lo desea, comprende claramente lo que se le dice. Refiere que cuenta con fuentes de apoyo (esposa, hijos y familiares), sin embargo reconoce que debido a su enfermedad no interactúa de igual manera con sus amigos a como lo hacía antes.

Prevención de Peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

El señor José se encuentra hospitalizado, presenta catéter Mahurkar en yugular derecha sin signos de infección, que ha sido usado para terapia sustitutiva de la función renal con hemodiálisis, se le han realizado procedimientos invasivos por lo que presenta un riesgo de infección, escala de BradenBergstrom de riesgo de úlceras por presión 20 puntos (bajo riesgo), escala de riesgo de caídas J.H Downton 3 puntos (moderado riesgo), además de presentar disestesia en hemicuerpo izquierdo, escala de Glasgow de 15 puntos.

El paciente presenta diabetes mellitus tipo 2, que es controlada con glimepiride 2 mg V.O

Normalidad.

El señor José es capaz de expresar sus sentimientos, y preocupaciones, por momentos presenta baja autoestima debido al padecimiento que tiene, refiere tener un déficit de conocimientos sobre su enfermedad así como el tratamiento que debe llevar, sin embargo muestra interés en aprender. Refiere que cuando le diagnosticaron la insuficiencia renal se deprimió y estaba irritable con los demás, está preocupado por la situación económica que tiene y el gasto que implica la enfermedad.

Hoja de diagnósticos inicial

Requisito de autocuidado universal alterado	Diagnóstico	Prioridad	Fecha de inicio - termino
Eliminación urinaria	Alteración de la eliminación urinaria r/c enfermedad renal crónica m/p uremia, descenso del volumen urinario y edema de + a ++ en maléolos de ambos miembros pélvicos.	1	Fecha de inicio del descenso del volumen urinario: Septiembre del 2014 Fecha de inicio del edema: 27 de Octubre del 2014 Fecha de término del edema: 3 de Noviembre del 2014
Aire y cardiovascular	Alteración de la perfusión renal r/c enfermedad renal crónica m/p hipertensión arterial sistémica 130/90 y 150/100 mmHg.	2	Fecha de inicio: Marzo del 2013
Prevención de peligros para la vida	Riesgo de infección r/c catéter venoso central, acceso venoso periférico y microorganismos del medio hospitalario.	3	Fecha de inicio: 16 de Octubre del 2014 Fecha de término: 31 de Octubre del 2014
Normalidad	Alteración del autocuidado r/c conocimientos	4	Fecha de inicio: 28 de Octubre del 2014 Fecha de término:

	deficientes de la enfermedad m/p incertidumbre, falta de apego al tratamiento y desinformación sobre las complicaciones.		30 de Octubre del 2014
--	--	--	------------------------

PLAN DE ATENCION

DIAGNOSTICO. Alteración de la eliminación urinaria R/C enfermedad renal crónica M/P uremia, descenso del volumen urinario y edema de + a ++ en maléolos de ambos miembros pélvicos.

Definición: estado en el cual la persona experimenta un trastorno en la emisión de orina.

Objetivo: favorecer la eliminación de los productos de desecho a través de las intervenciones señaladas.

Requisito Universal: eliminación urinaria.

Intervención de Enfermería	Sistema de Enfermería (S.E.)	Referencia Bibliográfica	Evaluación
<p>Toma y registro de signos vitales. Administración de antihipertensivo Nifedipino 30 mg VO.</p>	<p>Totalmente Compensatorio</p>	<p>Los signos vitales son valores que permiten estimar la efectividad de la circulación, de la respiración y de las funciones neurológicas basales y su réplica a diferentes estímulos fisiológicos y patológicos.¹³</p> <p>Se ha demostrado que los bloqueadores de los canales de calcio como Nifedipino, tiene efecto antiproteinurico y antihipertensivo.¹⁴</p>	<p>Acorde a la toma de signos vitales del día 28/10/2014 se obtuvo lo siguiente: frecuencia cardiaca 70-88 ppm, frecuencia respiratoria 16 a 20 rpm, presión arterial 130/90 a 140/100 mmHg, temperatura axilar 36.0 °C a 36.5 °C.</p> <p>Las constantes vitales reportan que José se encuentra estable dentro de los parámetros normales, sin embargo existe un aumento de la presión arterial que desciende posterior a la administración de</p>

			antihipertensivo.
Calcular la tasa de filtración glomerular.	Totalmente Compensatorio	La función renal viene determinada por la tasa de filtración glomerular (TFG), que es el volumen de filtrado plasmático que pasa desde el interior del ovillo capilar glomerular al túbulo renal por unidad de tiempo, medido en ml/min. ¹⁵ Cuando la velocidad de filtración glomerular es inferior a 15 ml/min ocurre el último estadio de la insuficiencia renal. ¹⁶	De acuerdo a la fórmula de Cockcroft Gault y a estudios de laboratorio del día 28/10/2014, la TFG es de 5,79 ml/min, lo que ratifica que el paciente se encuentra en el último estadio de la ERC, necesitando terapia sustitutiva de la función renal, por el momento con tratamiento de hemodiálisis, de sesiones irregulares ya que no cuenta con un medio económico sustentable, por lo que se programa cambio de modalidad a diálisis peritoneal.
Realizar el control de líquidos. Enseñar al paciente a llevar a cabo la cuantificación de los líquidos ingeridos y eliminados. Para la cuantificación de la diuresis se le proporciona un pato, que	Totalmente Compensatorio	El control de líquidos es el resultado de comparar el volumen y composición tanto de los líquidos recibidos como de las pérdidas, enmarcando esta comparación en un periodo de tiempo determinado, lo que permite actuar sobre las diferencias encontradas y posibilita mantener el equilibrio del medio interno del paciente. ¹⁷ pp1 El control de la ingesta de líquidos debe ir	El día 28/10/2014 José tuvo durante el turno: Ingresos vía oral 400 ml. Se encuentra sin soluciones parenterales por acceso venoso sellado, diuresis de 300 ml, evacuaciones 100 gr, pérdidas insensibles 256 ml, obteniendo un balance

posteriormente será cuantificado en la probeta graduada. Restringir la ingesta de líquidos de 750 a 800 ml en 24 horas.		en función de la diuresis residual de cada paciente, por lo que es importante enseñarles a medir la diuresis y a contabilizar la ingesta, enseñándoles estrategias para su control como el uso de botellas individuales, uso de cubitos de hielo, también deben reconocer los síntomas como los edemas, el aumento de la tensión arterial Y el aumento de peso. ¹⁸	parcial de -256 ml. El señor José pone en práctica la importancia del control de líquidos y accede a orinar en el pato. Muestra cooperación respetando la restricción de líquidos prescrita durante el turno.
Valorar y registrar las características de la orina.	Totalmente Compensatorio	La orina turbia puede indicar una infección urinaria. La presencia de sedimento indica en algunos casos una afección renal. La orina oscura puede deberse a deshidratación. ¹⁹	La diuresis es clara, de olor normal, sin embargo se muestra un descenso del volumen urinario acorde al ideal, 37.5 por hora.
Administración de diurético prescrito Furosemide VO 40 mg.	Totalmente Compensatorio	Los diuréticos son útiles en el manejo de la mayoría de pacientes con ERC, ya que reducen el volumen extracelular. ¹⁴	Con la administración del diurético se favoreció la eliminación de los líquidos corporales, teniendo un balance parcial al final del turno de -256 ml, sin embargo José presenta edema de + en maléolos de ambas extremidades, posteriormente aumenta a ++ para el día 30/10/2014.
Explicar al paciente porque y para que se administra el diurético.	Apoyo Educación		
Pedir al paciente que vaya a miccionar cuando sienta el deseo.	Apoyo Educación	La vejiga puede perder su tono si se distiende hasta 1000 ml. ²⁰	El paciente comprende y muestra disposición para no contener el deseo de

<p>Monitorizar los niveles de azoados. Vigilar el estado de conciencia en busca de somnolencia, confusión, estupor y coma.</p>	<p>Totalmente Compensatorio</p>	<p>El efecto del síndrome urémico puede comenzar con confusión menor o irritabilidad y evolucionar a alteración de la personalidad o incapacidad para asimilar la información y participar en los cuidados.²¹</p>	<p>orinar. Acorde a estudios de laboratorio del día 28/10/2014 los niveles de azoados continúan elevados: urea: 246.1 mg/dl, creatinina: 13.5 mg/dl. No se observan alteraciones en el estado de conciencia, durante el turno.</p>
<p>Explicar al paciente que es el edema. Realizar la valoración del edema. Inspeccionar la piel en busca de zonas enrojecidas o blancas. Proporcionar una dieta hipo sódica para disminuir la retención de líquidos.</p>	<p>Apoyo Educativo Totalmente Compensatorio</p>	<p>El edema es el aumento de volumen del líquido en el intersticio que se manifiesta clínicamente por un hoyuelo al presionar la piel. En el síndrome nefrótico, el edema es generalizado, bilateral, blando y simétrico este condiciona la disminución de la presión oncótica y salida de líquido intravascular al intersticio, lo que disminuye el volumen sanguíneo circulante efectivo, estimulando al sistema renina-angiotensina-aldosterona, así como a la arginina vasopresina, causando retención de agua y sodio.²² La valoración permite valorar su origen, cambios inflamatorios o presencia de insuficiencia venosa. Para ello se palpa el edema para determinar su dureza</p>	<p>Se valoró un edema blando, bilateral en ambas extremidades, de color normal, indoloro, acorde al signo de fóvea +, sin embargo para el día 30/10/2014 el edema incremento a ++ continuando con las mismas características. No se observaron zonas enrojecidas o blancas en la piel. El paciente participo en la valoración de la piel y comprendió la importancia de su integridad.</p>

		(posibilidad de dejar fovea), intensidad (extensión) y localización. ²³ El edema inhibe el flujo sanguíneo hacia los tejidos, provocando una mala nutrición celular y una mayor vulnerabilidad a la lesión. ²⁰	
Promover la movilidad en cama y la deambulación.	Apoyo Educación	La actividad física mantiene y aumenta la movilidad articular, incrementa la fuerza muscular y facilita la circulación, elimina la presión sobre la piel y mejora las funciones de eliminación. ²⁴	El señor José realizó cambios de posición constantemente en su cama y deambulo con ayuda de su esposa, sin embargo el día 30/10/2014 presento dificultad para la deambulación.

PLAN DE ATENCION

DIAGNOSTICO. Alteración de la perfusión renal r/c enfermedad renal crónica m/p hipertensión arterial sistémica fluctuante entre 130/90 y 140-100/ mmhg.

Definición: disminución de la circulación sanguínea renal que compromete la salud.

Objetivo: controlar la presión arterial dentro de los parámetros aceptables para pacientes con ERC y prevenir posibles complicaciones.

Requisito universal: aire.

Intervención de Enfermería	Sistema de Enfermería (S.E.)	Referencia Bibliográfica	Evaluación
Monitorizar la presión arterial.	Totalmente Compensatorio	Los objetivos de la terapia antihipertensiva en la ERC son: disminuir la presión arterial sistémica, retardar la progresión de daño renal y reducir el riesgo cardiovascular. ²⁵ Se ha recomendado un objetivo de presión arterial menor de 130/80 mmhg en pacientes con ERC o diabetes. ²⁶ Es indispensable la medición y control de la tensión arterial, puesto que la hipertensión es uno de los factores de riesgo más importantes para el inicio y la progresión del daño renal. ²⁷	Durante el día 28/10/2014 se realizaron tomas de presión arterial, fluctuante entre 140/100 mmHg y 130/90 mmHg. Valoraciones posteriores de presión arterial reportan una cifra máxima de 150/100 mmHg.
Explicar al paciente la importancia de llevar a cabo un control de la presión arterial.	Apoyo Educación	La hipertensión arterial sistémica, es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular y daño a órganos blanco, especialmente el riñón. ²⁵	El señor José entiende la importancia de la toma de presión arterial, y se compromete a llevar a cabo el apego terapéutico.

<p>Administrar fármacos antihipertensivos prescritos Nifedipino 30mg VO.</p>	<p>Parcialmente Compensatorio</p>	<p>Se ha demostrado que los bloqueadores de los canales de calcio como Nifedipino, tiene efecto antiproteinurico y antihipertensivo.¹⁴</p>	<p>El día 28/10/2014 Secundario a la administración de Nifedipino la presión arterial se redujo manteniéndose en 130/90 mmHg durante el turno.</p>
<p>Proporcionar una dieta hipo sódica al paciente para disminuir la HAS.</p>	<p>Parcialmente Compensatorio</p>	<p>Se ha demostrado que la restricción de sodio en la dieta, hasta una cantidad de 2,3 g de sodio o 6 g de sal al día o menor reduce la presión arterial.²⁶ La mayoría de sujetos hipertensos con ERC, deberán reducir la ingesta de sodio en la dieta a menos de 6 gr de sal como parte de una estrategia global para reducir la tensión arterial, ECV, y progresión de la ERC.²⁵</p>	<p>El señor José reconoce su gusto por la ingesta de sal en las comidas sin embargo comprende la importancia de tener una dieta hipo sódica, por lo que se compromete a reducir los niveles de sodio en la dieta, así como evitar aquellos alimentos ricos en sodio como son; productos enlatados, embutidos entre otros. Los alimentos que le fueron otorgados por parte del dietista del hospital fueron los adecuados.</p>

PLAN DE ATENCION

DIAGNOSTICO. Riesgo de infección R/C catéter venoso central, acceso venoso periférico y microorganismos del medio hospitalario.

Definición: estado en el cual una persona experimenta el riesgo de ser invadido por organismos patógenos.

Objetivo: reducir el riesgo de infección.

Requisito universal: prevención de peligros para la vida.

Intervención de Enfermería	Sistema de Enfermería (S.E.)	Referencia Bibliográfica	Evaluación
<p>Fomentar en el paciente acciones de autocuidado que reduzcan el riesgo de infección:</p> <p>Cubrir el catéter con material impermeable al agua para evitar su contaminación, al momento de realizar la higiene corporal.</p> <p>No manipular el catéter.</p>	<p>Apoyo Educación</p>	<p>Se deberá evitar la manipulación innecesaria del catéter, para reducir así el riesgo de infección.²⁸</p> <p>Las medidas preventivas son altamente efectivas si se llevan a cabo adecuadamente y bajo estricta supervisión. Siendo la más importante el lavado de manos y la práctica de adecuadas medidas de asepsia y antisepsia al colocar el catéter venoso central.²⁹</p>	<p>Durante el turno el paciente reduce el contacto con los catéteres.</p> <p>Se evita la manipulación innecesaria del catéter.</p> <p>Al realizar la higiene corporal se cubre el catéter, para evitar la humedad y prevenir el riesgo de infección.</p>
<p>Explicar al paciente los signos y síntomas de alarma que sugieran un proceso infeccioso.</p>	<p>Apoyo Educación</p>	<p>El Diagnóstico clínico se realiza a través de signos locales de infección en el punto de entrada del catéter: enrojecimiento, induración, calor y salida del material purulento.²⁹</p>	<p>El señor José aprende a identificar signos y síntomas de un probable proceso infeccioso.</p> <p>Al realizar la valoración de</p>

			los catéteres se aprecian limpios, sin dolor o calor regional, sin salida de material purulento.
Lavado de manos del profesional de la salud en los 5 momentos. Fomentar en el paciente y los familiares medidas higiénicas de manos.	Apoyo Educación	Para llevar a cabo el control de infecciones es necesario realizar el lavado de manos con agua y jabón antiséptico o realizar higiene con solución a base de alcohol, antes y después del manejo del catéter y las vías de infusión. ²⁸	Se puso en práctica los 5 momentos del lavado de manos, con lo que se redujo el riesgo de infecciones. El paciente y la familia pusieron en práctica la higiene de manos con solución base alcohol y agua y jabón.
Proporcionar cuidados de catéter acorde a las normas establecidas, para prevenir el riesgo de infección.	Totalmente Compensatorio	Se recomienda el uso de conectores libres de agujas para evitar las desconexiones de la vía, de no contar con ellos, se pueden sustituir con llaves de paso. Cuando no se utilicen las llaves de paso, deberán mantenerse cerradas y selladas. Los equipos deben estar libres de fisuras, deformaciones, burbujas, oquedades, rebabas, bordes filosos, rugosidades, desmoronamientos, partes reblandecidas, material extraño y la superficie debe de tener un color uniforme. Al cambio del catéter, no es necesario el cambio del set básico de terapia de infusión e insumos a menos que se encuentre con evidencia de retorno sanguíneo, contaminado, dañado o porque hayan	Se valoró el sitio de inserción de cada catéter, y se encontró en condiciones óptimas sin dolor, calor, enrojecimiento, inflamación, ni salida de material purulento. Se realizó la curación respectiva del catéter venoso central acorde al protocolo del hospital. Con dichas intervenciones se redujo el riesgo de infecciones.

		<p>cumplido 72 horas de haberse instalado. No se deben desconectar las vías de infusión innecesariamente, por ejemplo en procedimientos de cuidados generales como el baño, aplicación de medicamentos, deambulaci3n, traslado y otros. Cuando sea necesario, debe hacerse con t3cnica as3ptica.</p> <p>Los antis3pticos recomendados para la asepsia de la piel son: alcohol al 70%, iodopovidona del 0.5 al 10% y gluconato de clorhexidina al 2%. Estas soluciones antimicrobianas pueden ser utilizadas como agentes simples o en combinaci3n.²⁸</p>	
--	--	---	--

PLAN DE ATENCION			
DIAGNOSTICO. Alteración del autocuidado r/c conocimientos deficientes de la enfermedad m/p incertidumbre, falta de apego al tratamiento y desinformación sobre las complicaciones.			
Definición: carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.			
Objetivo: el paciente va a aprender sobre su enfermedad y tendrá un adecuado apego terapéutico.			
Requisito universal: normalidad.			
Intervención de Enfermería	Sistema de Enfermería (S.E.)	Referencia Bibliográfica	Evaluación
Crear un entorno de confianza entre enfermera-paciente- familia.	Apoyo Educación	Debido a la complejidad del tratamiento, a la falta de confianza en el personal sanitario, o a una falta de aceptación de la situación, se identifica el incumplimiento al régimen terapéutico. Aumentar el afrontamiento y aceptar que padece ERC, es imprescindible para poder iniciar el proceso educativo. ¹⁸	Se creó un ambiente de confianza en el que el señor José se mostró con la confianza y seguridad para resolver sus dudas.
Instruir al paciente y la familia sobre las causas, tratamiento, y consecuencias de la enfermedad.	Apoyo Educación	Los pacientes con un bajo nivel de conocimientos sobre salud tienen un nivel de salud menor, mayor número de hospitalizaciones y es menos probable que cumplan el tratamiento prescrito y los planes de autocuidado, así como que tengan más errores en el cumplimiento del tratamiento y hagan menos uso de las estrategias de prevención. Las actividades seleccionadas para desarrollarse se basan principalmente en	Al señor José y su esposa le tomo tiempo entender la enfermedad, y los cambios en el estilo de vida que deben realizar, para evitar posibles complicaciones asociadas a la misma, sin embargo muestran interés en aprender.

		la educación sanitaria y deben abarcar desde las causas y consecuencias de la enfermedad, y como afecta individualmente a cada paciente. ¹⁸	
Animar al paciente a que exteriorice sus sentimientos e inquietudes ante la situación. Hacer partícipe a la familia en el proceso de la enfermedad.	Apoyo Educación	Las reacciones frecuentes al diagnóstico incluyen incredulidad, ansiedad, ira hacia sí mismo y los demás así como depresión. ²¹ Se debe implicar, siempre que sea posible, a un miembro de la familia más próxima. La familia también debe ser informada para que opine y sea escuchada en todo el proceso y contribuya al éxito del tratamiento.	Se aprecia que el señor José se encuentra con baja autoestima, preocupado por su situación económica. Su cuidador primario (esposa) se aprecia preocupada, con baja autoestima sin embargo participa en el aprendizaje.
Seleccionar una variedad de estrategias de enseñanza - aprendizaje. Proporcionarle trípticos con la información necesaria.	Apoyo Educación	El uso de diferentes medios de obtener información fomenta la retención de lo aprendido. ²¹	Se le proporciona información por medio de trípticos que fueron elaborados para el con la información pertinente.

VI. Valoración focalizada 1

Fecha: 29/10/2014 al 31/10/2014 Servicio: Urología

Mantenimiento de un aporte suficiente de Aire.

El señor José presenta un mínimo de 18 rpm y un máximo de 25 rpm, ritmos cardiacos sin alteraciones, frecuencia cardiaca mínima de 80 lpm y máxima de 90 lpm, campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire, presión arterial fluctuante entre 130/70 mmHg teniendo como máxima 140/90 mmHg, llenado capilar de 2 a 3 segundos, lechos unguales rosados manteniéndose estable, saturación de oxígeno fluctuante entre 95% y 98%, no hay presencia de cianosis distal. El día 30/10/2014 presenta disnea y taquipnea de 25 rpm al realizar algún esfuerzo como caminar, cuenta con un acceso venoso periférico funcional en miembro torácico izquierdo.

En el posoperatorio inmediato el paciente presenta frecuencia respiratoria de 22 rpm, no hay presencia de disnea, frecuencia cardiaca de 95 pulsaciones por minuto, presión arterial de 140/90 mmHg, llenado capilar de 3 segundos, saturación de oxígeno 96 %. Campos pulmonares sin presencia de estertores, sibilancias o crepitantes con adecuada entrada y salida de aire.

Se inicia tratamiento terapéutico de Eritropoyetina 4000UI SC dos veces por semana para el control de la anemia.

Mantenimiento de un aporte suficiente de Agua.

El señor José se encuentra en ayuno debido a próxima cirugía de colocación de catéter Tenckoff. El día 30/10/2014 presenta palidez generalizada de tegumentos, palidez de lechos unguales, piel seca, comienza a presentarse escarcha urémica en brazos hasta extenderse a ambos miembros torácicos, presenta edema de ++ en maléolos de ambas extremidades además de mucosas orales deshidratadas, ese mismo día se inician soluciones parenterales con solución fisiológica al 0.9% de 250 ml para 24 horas. Durante el turno se administra 83 ml de solución

fisiológica y consume 200 ml VO. Perdidas insensibles de 256 ml por turno. Temperatura corporal de 36.0 a 36.5 °C. Balance parcial por turno -323 ml.

El día 31/10/2014 pasa a quirófano con el mismo esquema de soluciones.

En el posoperatorio inmediato el paciente presenta palidez generalizada de tegumentos, continúan mucosas orales deshidratadas. En quirófano se administra solución fisiológica al 0.9% de 250 ml, quedándose con una solución mixta de 500 ml para 24 horas. Se inicia terapia sustitutiva de la función renal con diálisis peritoneal, con solución dializante al 1.5 % de concentración, primeros 3 baños de entrada por salida, posterior con 30 minutos de permanencia en cavidad peritoneal hasta completar 30 baños.

Mantenimiento de un aporte suficiente de Alimentos.

El día 29/10/2014 José se encuentra en ayuno, por próxima cirugía. A las 17:00 horas se da la orden que el paciente no ingresara a quirófano, por lo que su familiar le compra un jugo, refiriendo que se queda con hambre, el día 30/10/2014 el paciente ingiere los alimentos proporcionados por el hospital, se indica ayuno a partir de las 22:00 horas, ese mismo día presenta halitosis urémica. Glicemia capilar fluctuante entre 90 a 126 mg/dl preprandial.

En el posoperatorio inmediato José refiere náuseas, por efectos residuales de anestesia, por lo que se administra ondansetron IV 8mg. Se encuentra en ayuno terapéutico que posteriormente será sustituido por dieta líquida.

Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación urinaria e intestinal.

El señor José es capaz de desplazarse al baño por sí solo, las evacuaciones fueron de 1 a 2 de características normales, uresis clara de 200 a 400 ml durante el turno. El día 30/10/2014 presenta dificultad para la deambulacion lo que le impide desplazarse al baño.

Mantenimiento del equilibrio entre la Actividad y reposo.

El señor José se encuentra orientado, somnoliento, e irritable por no ingresar a quirófano, presenta astenia y adinamia, el día 30/10/2014 presenta dificultad para deambular por sí solo, presenta debilidad en extremidades inferiores y mareos. Resto sin modificaciones.

En el posoperatorio inmediato José se encuentra en cama en el área de hospitalización, refiere sentirse somnoliento con astenia y adinamia, la deambulación queda suspendida por inicio de tratamiento de diálisis peritoneal. Refiere dolor intenso 8 escala de EVA, que le impide moverse con facilidad.

Mantenimiento del equilibrio entre la Soledad e interacción social.

El señor José se encuentra acompañado de su esposa, quien ha estado con él desde su ingreso hospitalario sin embargo se siente solo, ya que sus hijos no han ido a verlo desde su hospitalización, se encuentra irritable con el personal del hospital por no ingresar a quirófano, por lo que desea irse a casa.

Prevención de Peligros para la vida.

El paciente sigue hospitalizado, los catéteres (Mahurkar, Acceso Venoso Periférico), se aprecian sin signos de infección, escala de Braden Bergstrom de riesgo de úlceras por presión de 18 a 20 puntos (bajo riesgo), escala de riesgo de caídas J.H Downton de 4 a 5 puntos (moderado - alto riesgo), escala de Glasgow de 15 puntos.

El estado de salud del paciente se está deteriorando, por el alto nivel de azoados urea de 246.1 mg/dl y creatinina de 13.5 mg/dl, y líquidos en su organismo debido a no recibir próxima sesión de hemodiálisis, por estar en espera de colocación de catéter Tenckoff para diálisis peritoneal.

A partir del día 31/10/2014 presenta herida quirúrgica infra umbilical de 3 cm aproximadamente, por colocación de catéter Tenckoff cubierta con gasa, los catéteres se aprecian sin signos de infección. Al comprobar la funcionalidad del catéter Tenckoff se procede al retiro de catéter Mahurkar. Escala de Braden

Bergstrom de riesgo de úlceras por presión continua en bajo riesgo, escala de riesgo de caídas J.H Downton 5 puntos (alto riesgo). Escala de Glasgow de 15 puntos.

Normalidad.

El paciente se encuentra con ansiedad y temor debido a próxima cirugía de colocación de catéter Tenckoff, manifiesta tener dudas por el próximo procedimiento quirúrgico.

Presenta un déficit de conocimientos, con respecto a la funcionalidad del catéter Tenckoff que le han colocado. Refiere dolor intenso 8 en escala de EVA en herida quirúrgica, por lo que administra Tramadol IV 100mg, posterior a la administración el dolor se mantuvo en 3 EVA. Por indicación médica se inicia administración de omeprazol 40 mg IV.

El día 3/11/2014 el señor José es dado de alta del servicio de urología por mejoría, se le da cita abierta a urgencias en caso de referir sentirse mal, se programa próximo internamiento para terapia sustitutiva de diálisis peritoneal.

PLAN DE ATENCION

FECHA DE INICIO: 30/10/2014 FECHA DE TÉRMINO: 30/10/2014

DIAGNOSTICO. Alteración de la respiración R/C anemia y enfermedad renal crónica M/P disnea de mediano esfuerzo.

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

Objetivo: disminuir la dificultad para respirar mediante oxigenoterapia.

Requisito Universal: aire.

Intervención de Enfermería	Sistema de Enfermería	Referencia Bibliográfica	Evaluación
Toma de signos vitales. Valorar el patrón respiratorio. Monitorizar la saturación de oxígeno.	Totalmente Compensatorio	Los signos vitales son valores que permiten estimar la efectividad de la circulación, de la respiración y de las funciones neurológicas basales y su réplica a diferentes estímulos fisiológicos y patológicos. ¹³ La oximetría de pulso (SpO ₂) es la estimación de la saturación arterial de oxígeno (SaO ₂) en forma no invasiva, usando dos emisores de luz y un receptor colocados a través de un lecho capilar pulsátil. ³⁰ Es importante valorar si el paciente presenta o no signos de alarma, como son el dolor torácico, síncope, taquipnea, cianosis, hipertensión o hipotensión extremas, mala perfusión periférica o desaturación. ³¹	El paciente refiere disnea al deambular. No hay presencia de cianosis, tiraje intercostal, aleteo nasal ni dolor torácico, Tiene una FR de 25 rpm (taquipnea), FC de 90 lpm, T/A 140/90 mmHg. La saturación capilar de oxígeno se mantiene por arriba de 95% durante el turno.
Oxigenoterapia, por puntas nasales a 3 litros por minuto.	Totalmente Compensatorio	La oxigenoterapia es la administración de oxígeno (O ₂) a concentraciones mayores de la del aire ambiente (21%), con la intención de tratar o prevenir la hipoxemia, aunque el	Con la administración de oxígeno por puntas nasales a 3L por minuto, se disminuyó la dificultad

		<p>objetivo final de un tratamiento efectivo es prevenir o solucionar la hipoxia tisular.³²</p> <p>En todos los casos, la oxigenoterapia estará indicada para mantener la saturación de oxígeno por encima de 90% o la presión arterial de oxígeno por encima de 60 mmHg. Para ello se usan dispositivos nasales en los que podemos regular el volumen de oxígeno que se aporta al paciente (1 a 3 litros).³¹</p>	<p>respiratoria y el paciente refirió sentirse mejor al cabo del turno.</p> <p>La FR disminuyó a 20 rpm manteniéndose estable durante el turno.</p>
<p>Auscultar campos pulmonares en busca de crepitantes, sibilancias o estertores.</p>	<p>Totalmente Compensatorio</p>	<p>Los ruidos accesorios pueden reflejar una sobrecarga de líquidos, retención de secreciones o infección.²¹</p>	<p>A la auscultación no se encuentran ruidos accesorios como sibilancias, crepitantes o estertores.</p> <p>Los campos pulmonares tienen una adecuada entrada y salida de aire.</p>
<p>Elevar la cabecera de la cama a 45 grados, dándole al paciente posición semifowler.</p>	<p>Totalmente Compensatorio</p>	<p>El drenaje postural es una técnica que utiliza varias posturas corporales para facilitar la expansión de los pulmones.³³</p> <p>La posición Semi fowler facilita la expansión torácica, la ventilación y la movilización de las secreciones.²¹</p>	<p>Se le dio posición semifowler al paciente, lo que contribuyó a disminuir la disnea, además de proporcionarle mayor comodidad.</p>
<p>Enseñar técnicas de respiración al paciente como son diafrágica y torácica.</p>	<p>Apoyo Educación</p>	<p>Los ejercicios respiratorios permiten la ventilación máxima, promueven la relajación y refuerzan el diafragma y músculos respiratorios³³</p> <p>La respiración es la base de todas las técnicas de relajación. Y, por sí misma, es</p>	<p>Con las técnicas de respiración realizadas el paciente refirió sentirse mejor.</p> <p>La FR disminuyó a 20 rpm manteniéndose estable</p>

		<p>ya una de las técnicas más importantes. La respiración diafragmática mediante respiraciones profundas y lentas, movilizándolo la parte inferior del tórax y la parte superior del abdomen; esta técnica provoca un alivio inmediato de la ansiedad. La respiración torácica se hace cogiendo aire por la nariz, llenando el tórax y expulsándolo suavemente por la nariz o por la boca. Siempre de forma suave, lenta, rítmica y sin forzar.³⁴</p>	durante el turno.
--	--	--	-------------------

PLAN DE ATENCION

FECHA DE INICIO: 1988

DIAGNOSTICO. Alteración de la glicemia R/C diabetes mellitus tipo II, ayuno terapéutico m/p glicemia capilar fluctuante entre 90 - 163 mg/dl.

Definición: variación de los límites normales de los niveles de glucosa en sangre.

Objetivo: mantener los niveles de glucosa dentro de los límites normales.

Requisito universal: alimentación.

Intervención de Enfermería	Sistema de Enfermería	Referencia Bibliográfica	Evaluación
Toma de glucosa capilar preprandial y a las 22:00 horas.	Totalmente Compensatorio	El control estricto de la glucemia es indispensable, para evitar la progresión de daño renal en los sujetos diabéticos. ¹⁴	Se realizaron tomas de glicemia capilar preprandial durante las valoraciones obteniendo una mínima de 90 y una máxima de 163 mg/dl.
Vigilar manifestaciones clínicas de hiperglucemia o hipoglucemia como taquicardia, diaforesis, hipotensión, visión borrosa, cambios en el estado de conciencia.	Totalmente Compensatorio	El tratamiento intensivo de la DM2 se asocia a un incremento del riesgo de hipoglucemia grave. ⁹	No se presentaron manifestaciones clínicas de hipoglucemia e hiperglucemia. La escala de Glasgow se mantuvo en 15 puntos.
Valorar la administración de hipoglucemiantes: Glimpirida 2 mg.	Totalmente Compensatorio	La glimepirida es metabolizada en el hígado a metabolitos activos que conservan acción hipoglucemiante y se elimina por la orina, por lo que se acumulan en caso de ERC y pueden producir hipoglucemias graves de duración prolongada. ⁹	Se suspendió administración de Glimpirida por ayuno terapéutico.

<p>Explicar al paciente la importancia de un estricto control de glucosa en sangre.</p> <p>Enseñar al paciente a disminuir alimentos ricos en azúcares.</p> <p>Proporcionar una dieta hiposódica, de 1800kcal acorde a peso y talla, reducida en azúcares.</p>	<p>Apoyo Educación</p> <p>Parcialmente compensatorio</p>	<p>El control intensivo de la glucemia en DM2, indistintamente del tratamiento empleado, reduce significativamente el riesgo de desarrollar EVC, retinopatía y neuropatía.¹⁴</p> <p>Los pacientes diabéticos tienen una morbimortalidad cardiovascular aumentada respecto a la población general, traduciendo las complicaciones específicas de la hiperglucemia y la mayor incidencia en estos pacientes de otros factores de riesgo, como la hipertensión, la obesidad y la dislipemia.³⁵</p>	<p>El señor José escuchó y comprendió la importancia de controlar los niveles de glucosa en sangre, así como tener un adecuado apego al tratamiento farmacológico.</p> <p>El hospital le proporciona al paciente una dieta reducida en sal, azúcares, y baja en grasas.</p>
--	---	---	---

PLAN DE ATENCION

FECHA DE INICIO: 30/10/2014

DIAGNOSTICO. Alteración de la integridad cutánea R/C acumulación de toxinas urémicas M/P escarcha urémica en piel.

Definición: estado en el que la persona experimenta lesiones de los tejidos epidérmico y dérmico.

Objetivo: favorecer la integridad cutánea.

Requisito Universal: eliminación urinaria.

Intervención de Enfermería	Sistema de Enfermería	Referencia Bibliográfica	Evaluación
Inspeccionar la piel para valorar cambios en el color, turgencia, integridad, edema.	Totalmente Compensatorio	Estos signos indican áreas de circulación deficiente o de lesión cutánea, que pueden causar la formación de úlceras e infecciones. ²¹	Al realizar la valoración se encontró piel seca, poco hidratada, escarcha urémica en ambos brazos, que posteriormente se expandió a ambos miembros torácicos. No hay presencia de cambios de color en la piel, existe una adecuada turgencia cutánea, se observa edema ++ en miembros pélvicos.
Controlar el balance hídrico y la hidratación de la piel y mucosas.	Totalmente Compensatorio	Es importante detectar la presencia de deshidratación ya que afecta la circulación y la integridad histica a nivel celular. ²¹	Se administró solución fisiológica de 250 ml para 24 horas para mantener hidratado al paciente. El balance parcial obtenido del día 30/10/2014 fue de -

			323 ml.
Recomendarle al paciente el uso de cremas para lubricar la piel.	Apoyo Educación	El uso de humectantes puede contribuir a mejorar los síntomas asociados como prurito y sus complicaciones. ³⁶ Las cremas pueden ser beneficiosas para aliviar la piel seca y agrietada. ²¹	El paciente no contaba con crema, por lo que no se aplicó. Sin embargo mostro disposición al realizar la intervención cuando disponga de ella. Por el momento no hay presencia de prurito.
Explicar al paciente la causa de la escarcha urémica.	Apoyo Educación	La escarcha urémica sigue siendo un hallazgo típico en los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal su tratamiento consiste en iniciar la terapia sustitutiva de la función renal. ³⁶	El señor José se encontró preocupado por la aparición de la escarcha urémica, desconocía su causa, refiriendo no haberla presentado en días anteriores. Después de la explicación disminuyó su preocupación.
Recomendar el uso de ropa de algodón y suelta.	Apoyo Educación	La ropa de algodón evita la irritación dérmica directa y favorece la evaporación de la humedad en la piel. ²¹	El señor José comprendió la importancia de la intervención, y mostro disposición para realizarla al pedirle a su esposa le trajera su pijama de algodón.
Valorar la presencia de prurito y recomendar mantener cortas las uñas de las manos.	Apoyo Educación	La escarcha urémica consiste de cristales de urea depositados sobre la piel que generan aspecto de descamación y algunas veces es pruriginosa. ³⁶	El paciente mantiene las uñas cortas y limpias, sin embargo no presenta prurito por el momento.
Controlar los niveles de	Totalmente	La escarcha urémica se observa en general	De acuerdo a estudios de

azoados.	Compensatorio	cuando los niveles de nitrógeno de la urea son mayores a 250 a 300 mg/dl, incrementando la cantidad de urea acumulada en el sudor. ³⁶	laboratorio del día 28/10/2014 el nivel de urea se encuentra elevado siendo de 246.1 mg/dl y creatinina de 13.5 mg/dl. Estudios del día 21/11/2014 la urea se encuentra en 306 .0 mg/dl, y creatinina en 15.8 mg/dl dichas cifras se deben a falta de terapia sustitutiva de la función renal.
----------	---------------	--	--

PLAN DE ATENCION			
FECHA DE INICIO: 30/10/2014 FECHA DE TÉRMINO: 2/10/2014			
DIAGNOSTICO. Alteración de la actividad y el reposo R/C anemia y ERC M/P sensación de falta de energía durante el día y dificultad para deambular de manera independiente.			
Definición: estado en el que una persona experimenta una variación de la movilidad física.			
Objetivo: disminuir la fatiga, el paciente deambulara en la medida de lo posible.			
Requisito Universal: actividad y reposo.			
Intervención de Enfermería	Sistema de Enfermería	Referencia Bibliográfica	Evaluación
Anotar los informes de aumento de fatiga y debilidad. Valorar si presentan signos y síntomas como taquicardia, palidez, disnea, al movilizarse fuera de cama. Valorar la respuesta del paciente a la actividad realizando toma de signos vitales.	Totalmente Compensatorio	La identificación de los momentos de vitalidad y agotamiento extremos puede ayudar a planificar las actividades, con el fin de ahorrar el máximo de energía. La respuesta de una persona a la actividad puede evaluarse comparando los signos vitales antes y después de la actividad. ²⁰ Tales signos y síntomas son indicadores de los efectos de la anemia y la respuesta cardiaca necesaria para mantener oxigenadas las células. ²¹	José refirió no sentirse tan fatigado después de dormir. Logro desplazarse de su unidad al baño con ayuda de su familiar sin embargo presento disnea al deambular, taquipnea de 25 rpm, frecuencia cardiaca de 90 lpm, T/A 140/90 mmHg.
Realizar acciones que favorezcan, el aumento de los niveles de hemoglobina y hematocrito en sangre, con la finalidad de disminuir la anemia y así reducir la fatiga. Administración de hierro	Parcialmente Compensatorio	La fatiga debido a la anemia, los trastornos del sueño, la desnutrición o la incapacidad renal para eliminar las sustancias toxicas puede reducir notablemente la tolerancia del paciente a la actividad. ²¹ La principal causa de anemia en la ERC es la producción inadecuada de	De acuerdo a exámenes de laboratorio correspondientes al día 28/10/2014 la hemoglobina es de 9.43g/dl y hematocrito 29.30%. Estudios del día 21/10/2014 la

<p>Autrin 600. Administración de Eritropoyetina 4000 UI dos veces por semana.</p>		<p>eritropoyetina endógena, hormona que actúa sobre la diferenciación y maduración de los precursores de la serie roja.⁹ Habitualmente el hierro oral puede ser suficiente para conseguir y mantener los niveles de hemoglobina óptimo en pacientes que se encuentran con diálisis peritoneal. Los pacientes con ERC deben tener un balance de hierro adecuado para alcanzar y mantener un nivel de hemoglobina de por lo menos 10 g/dl y hematocrito de 30 %.^{9,37}</p>	<p>hemoglobina es de 10.10 g/dl y hematocrito de 30.90 %, lo que denotan niveles por debajo del límite normal por lo que el paciente continua anémico.</p>
<p>Proporcionar al paciente periodos de descanso, facilitando el confort. Evitar interrupciones innecesarias. Proporcionar un ambiente propicio para el descanso.</p>	<p>Parcialmente Compensatorio</p>	<p>Reducir los estímulos ambientales, disminuyen la sobrecarga sensorial y la confusión, mientras que evita la privación sensorial.²¹ La anemia disminuye la oxigenación de los tejidos y aumenta la fatiga, la cual necesita ser atendida, realizando cambios en la actividad y el reposo.¹⁰</p>	<p>El día 30/10/2014 José durmió 3 horas durante el turno matutino, lo que contribuyó a disminuir la fatiga y debilidad, sin embargo se mostró renuente para continuar con la deambulaci3n. A partir del día 31/10/2014 se inici3 terapia dialítica peritoneal que dificultó la deambulaci3n.</p>
<p>Proporcionar ayuda con los autocuidados del paciente.</p>	<p>Parcialmente Compensatorio</p>	<p>La finalidad de los cuidados de enfermería es aportar al individuo la ayuda que necesita para la realizaci3n de actos que haría solo, si tuviera la fuerza suficiente.²⁴</p>	<p>Se le ayud3 al paciente a bañarse y usar el pato para la eliminaci3n urinaria.</p>

Favorecer la movilización asistida.	Parcialmente Compensatorio	La movilización de los pacientes requiere una intervención de enfermería que ayude a la persona incapacitada a obtener una independencia máxima en el menor tiempo posible ²⁴	Se le ayudo al paciente a moverse en su cama y fuera de ella, desplazándose al baño con ayuda de su familiar.
-------------------------------------	----------------------------	--	---

PLAN DE ATENCION			
FECHA DE INICIO: 30/10/2014 FECHA DE TÉRMINO: 31/10/2014			
DIAGNOSTICO. Alteración de la normalidad R/C procedimiento quirúrgico M/P temor y ansiedad.			
Definición: estado en el que una persona experimenta una sensación de trastorno fisiológico o emocional relacionado con una fuente identificable que se percibe como peligrosa.			
Objetivo: disminuir el temor y la ansiedad, el paciente se sentirá más tranquilo.			
Requisito Universal: normalidad.			
Intervención de Enfermería	Sistema de Enfermería	Referencia Bibliográfica	Evaluación
Toma de signos vitales.	Totalmente Compensatorio	El miedo y la ansiedad pueden estimular el sistema nervioso simpático (adrenalina y noradrenalina) aumentando la actividad cardíaca y la FR. El estrés es un factor importante de la HAS. ¹³	Se realizó toma de signos vitales obteniendo lo siguiente: Frecuencia cardíaca de 80 a 90 lpm, frecuencia respiratoria de 18 a 25 rpm, mostrando disnea de medianos esfuerzos por lo que se da oxigenoterapia a 3 litros por minuto, presión arterial de 140/90 mmHg.
Favorecer la conversación como medio de disminuir la tensión emocional. Fomentar la relación enfermera-paciente-familia	Apoyo Educación	El estado de ansiedad en los pacientes pre quirúrgicos se debe al miedo a las circunstancias que rodean la intervención: miedo al dolor, a lo desconocido, a la dependencia de factores y personas	Se establece una relación enfermera, paciente y cuidador primario. El paciente refiere tener miedo a la cirugía, al

<p>Facilitar la expresión de sus sentimientos. Permitirle exteriorizar sus sentimientos. Escucharle activamente. Reducir o eliminar los factores estresantes relacionados con el ambiente hospitalario como: Proporcionar la información necesaria acorde a los procedimientos a realizar. Cerrar las cortinas para un mayor confort.</p>		<p>ajenas, a cambios corporales (mutilación), a la posibilidad de morir y principalmente a la anestesia.³⁸ La intervención quirúrgica no deja de ser una agresión que aunque controlada, se acompaña de incomodidades y puede haber complicaciones, siendo estas la principal causa de temor en el paciente y familiares.³⁹</p>	<p>dolor, a las posibles complicaciones y a la muerte. Se le proporciona una explicación breve de la cirugía lo que disminuye levemente su temor. La compañía de su esposa disminuye significativamente la tensión emocional.</p>
<p>Enseñar al paciente técnicas de relajación. Enseñar al paciente técnicas de respiración diafragmática y torácica.</p>	<p>Apoyo Educativo</p>	<p>Las técnicas de relajación actúan manteniendo centrada la atención con un estímulo simple: imagen, sonido, frase, sensación etc., de una forma pasiva y sin esfuerzo, mientras se detiene toda actividad.³⁴ La respiración es la base de todas las técnicas de relajación. Y, por sí misma, es ya una de las técnicas más importantes. La respiración diafragmática mediante respiraciones profundas y lentas, movilizandó la parte inferior del tórax y la parte superior del abdomen; esta técnica provoca un alivio inmediato de la ansiedad. La respiración torácica se hace cogiendo</p>	<p>Como medio para disminuir la ansiedad el paciente escucho música lo que ayudo a tranquilizarlo quedándose dormido. Las técnicas de respiración se pusieron en práctica ayudando notablemente a disminuir la ansiedad.</p>

		aire por la nariz, llenando el tórax y expulsándolo suavemente por la nariz o por la boca. Siempre de forma suave lenta, rítmica y sin forzar. ³⁴	
--	--	--	--

PLAN DE ATENCION			
FECHA DE INICIO: 30 /10/2014			
DIAGNOSTICO. Riesgo de caídas alto R/C debilidad de miembros pélvicos, mareos.			
Definición: aumento de la susceptibilidad a las caídas que puede causar daño físico.			
Objetivo: evitar las caídas.			
Requisito Universal: prevención de peligros para la vida			
Intervención de Enfermería	Sistema de Enfermería	Referencia Bibliográfica	Evaluación
Toma de signos vitales. Realizar la escala de Glasgow para valorar respuesta ocular, motora y verbal.	Totalmente Compensatorio	Los signos vitales son valores que permiten estimar la efectividad de la circulación, de la respiración y de las funciones neurológicas basales y su réplica a diferentes estímulos fisiológicos y patológicos. ¹³ Los factores que intervienen en las caídas de los pacientes en una institución hospitalaria pueden ser muy diversos. Algunos están relacionados con la salud o su atención: deficiencias en el equilibrio, la marcha, la fuerza muscular, la agudeza visual y la cognición. ⁴⁰	Se realizo toma de signos vitales obteniendo lo siguiente: Frecuencia cardiaca de 80 a 90 lpm, frecuencia respiratoria de 18 a Taquipnea de 25 rpm, mostrando disnea de medianos esfuerzos por lo que se da oxigenoterapia a 3 litros por minuto, presión arterial de 130/70 a 140/90 mmHg Se realizó la escala de Glasgow en el paciente obteniendo 15 puntos.
Realizar la valoración de riesgo de caídas con la escala J.H Downton.	Totalmente Compensatorio	Esta escala evalúa; caídas previas, medicamentos, déficits sensitivo-motores y marcha. Con 2 o más puntos se consideran de alto riesgo. ⁴⁰	Al realizar la valoración de la escala de J. H. Downton se obtuvo de 4 a 5 puntos que corresponde a moderado y alto riesgo de

			caídas. No se presentaron caídas durante las valoraciones.
<p>Establecer medidas de seguridad: Mantener los barandales de la cama en alto. Mantener la cama a una altura baja. Proporcionar iluminación a la unidad del paciente. Ayudar a la movilización. Sugerirle el uso de calzado seguro.</p>	<p>Apoyo Educación</p>	<p>Otras causas que inciden en las caídas están vinculadas con el ambiente físico hospitalario: iluminación poco adecuada, suelos resbaladizos, superficies irregulares, barreras arquitectónicas, espacios reducidos, mobiliario deficiente, ausente y/o en malas condiciones, entorno desconocido, altura de camas y camillas, ausencia de dispositivos de anclaje, altura y tamaño de barandales, mal funcionamiento de dispositivos de apoyo, así como una inadecuada valoración del riesgo. Dentro de estos factores también existen los que son propios del paciente como; calzado o ropa inapropiada, carencia o desconocimiento de técnicas de ayuda para caminar o desplazarse, entre otros.</p> <p>40</p>	<p>Se proporcionó un ambiente seguro al paciente, dando iluminación, evitando suelos resbaladizos, manteniendo los barandales en alto con ayuda de su familiar. El paciente usa sandalias adecuadas para deambular, el personal de enfermería y su esposa le asisten en la movilización.</p>

PLAN DE ATENCION			
FECHA DE INICIO: 31/10/2014 FECHA DE TÉRMINO: 01/11/2014			
DIAGNOSTICO. Alteración de la normalidad R/C herida quirúrgica M/P dolor intenso 8 en escala de EVA			
Definición: estado en el que una persona experimenta y manifiesta la presencia de una molestia intensa o una sensación desagradable.			
Objetivo: disminuir el dolor y favorecer la movilidad del paciente.			
Requisito Universal: normalidad			
Intervención de Enfermería	Sistema de Enfermería	Referencia Bibliográfica	Evaluación
Toma de signos vitales. Realizar valoración del dolor mediante la escala de EVA.	Totalmente Compensatorio	El dolor en el período postoperatorio inmediato, considerado como dolor agudo, presenta respuestas fisiológicas, pulmonares, cardiovasculares, urinarias, metabólicas y neuroendocrinas, que causan estimulación simpática con consiguiente taquicardia, aumento del volumen sistólico, trabajo cardíaco y consumo de oxígeno por el miocardio y trombosis de venas profundas debido a la disminución de los movimientos con miedo de sentir dolor. ⁴¹ La medición del dolor agudo, sobre todo en el ámbito clínico se conduce mediante la escala visual análoga (EVA), que evalúa de manera subjetiva la intensidad o severidad del dolor percibido, tanto crónico como agudo, permitiendo al paciente expresar la severidad de su dolor y	Se realizó la toma de signos vitales obteniendo: frecuencia respiratoria de 22 rpm, frecuencia cardíaca de 95 ppm, presión arterial de 14/90 mmHg y temperatura axilar de 35.5 °C, saturación de oxígeno 96 %. Al realizar la valoración de la escala del dolor el paciente refirió sentir dolor intenso 8 en escala de EVA en la herida quirúrgica, lo que le impide moverse con facilidad.

		posibilitando obtener un valor numérico del mismo, donde en una línea de 0 a 10 cm se señala el dolor, considerando a 0 como ausencia y a 10 cm como el peor dolor posible. ⁴²	
Disminuir el dolor mediante: Administración de analgésicos prescritos: Tramadol IV 100 mg en infusión de 100 ml de solución fisiológica al 0.9 % para 12 horas. Aconsejar al paciente adoptar ciertas posturas para evitar el dolor.	Totalmente Compensatorio Apoyo Educativo	El alivio del dolor en el período postoperatorio inmediato (PO) promueve mejor rehabilitación como disminución de las complicaciones pulmonares, preservación de la función miocárdica, deambulación precoz, menor incidencia de tromboembolismo, reducción del tiempo de ingreso hospitalario, además de comodidad para el paciente. ⁴¹ El dolor con característica de intensidad media puede ser tratado satisfactoriamente con analgésicos opioides como tramadol en bolo o en infusión continua. ²⁷	Con la administración de analgésicos, se redujo el dolor en el paciente, manteniéndose en 3 en escala de EVA durante el día. El paciente se movió con mayor facilidad una vez disminuido el dolor

PLAN DE ATENCION

FECHA DE INICIO: 31/10/2014 FECHA DE TÉRMINO: 31/10/2014

DIAGNOSTICO. Alteración de la alimentación R/C efectos residuales de la anestesia M/P náuseas y malestar en el estómago.

Definición: estado en el que una persona experimenta una sensación desagradable en forma de oleada en la porción posterior de la garganta, en el epigastrio o por todo el abdomen que puede o no conducir al vomito.

Objetivo: disminuir las náuseas.

Requisito Universal: alimentación.

Intervención de Enfermería	Sistema de Enfermería	Referencia Bibliográfica	Evaluación
Explicar la causa de las náuseas.	Apoyo Educativo	Los pacientes en el postoperatorio inmediato presentan algunas complicaciones tales como; respiratorias (hipoxia, hipercapnia, disnea); cardiovasculares (desvíos de tensión arterial, bradicardia o taquicardia); renales; neurológicas (alteraciones en el nivel de conciencia) y otras como hipotermia, dolor, náuseas y vómitos. ⁴¹	José escucho activamente la causa de las náuseas, y comprendió él porque.
Administración de antieméticos prescritos Ondansetron 8mg IV.	Totalmente Compensatorio	Durante la recuperación anestésica, que incluye desde el momento del alta del paciente de la sala de operaciones hasta su alta de la recuperación anestésica, el paciente presenta varias alteraciones, ocasionadas tanto por el procedimiento quirúrgico como por el procedimiento anestésico, que deberán ser prevenidas, detectadas y tratadas. ⁴¹	Con la administración de antieméticos se redujo en gran medida las náuseas, el paciente no presento vomito en las horas posteriores al evento quirúrgico.

		Ondansetron es el primer fármaco disponible en la clínica para el tratamiento de las náuseas y vomito en el posoperatorio, la dosis profiláctica recomendada es de 4 mg, aunque 8 mg es mejor en pacientes de alto riesgo, el mejor momento para su administración es hacia el final de la cirugía. ⁴³	
Valorar la ingesta de alimentos.	Totalmente Compensatorio	Habitualmente se prueba tolerancia a los líquidos unas 8 horas después de la intervención quirúrgica, si el paciente está consiente, no presenta náuseas ni vómitos y ha recuperado el reflejo de deglución. El primer día debe ser dieta líquida, se evitan los cítricos exprimidos por la posibilidad que produzcan meteorismo. Al día siguiente se puede agregar sopas, puré y frutas hervidas y así sucesivamente. ⁴⁴	A las 8 horas posteriores al evento quirúrgico el paciente ingirió dieta líquida tolerando adecuadamente la vía oral.

VII. Valoración focalizada 2

Periodo: del 10/11/2014 al 19/12/2014

El paciente ha estado reingresando al hospital general de México, para terapia sustitutiva de la función renal con diálisis peritoneal intermitente, mientras prepara la habitación destinada a la diálisis.

Mantenimiento de un aporte suficiente de Aire .

El señor José ha presentado durante este periodo una frecuencia respiratoria fluctuante entre 16 a 20 respiraciones por minuto, una frecuencia cardiaca de 72 a 85 pulsaciones por minuto, campos pulmonares ventilados con adecuada entrada y salida de aire, sin sonidos agregados, presión arterial mínima de 130/70 a 150/100 mmHg, llenado capilar entre 2 y 3 segundos. Es capaz de respirar normalmente, sin ninguna dificultad, la disnea al realizar algún esfuerzo como el subir escaleras ha ido disminuyendo.

Continua tratamiento terapéutico de anemia con Eritropoyetina 4000 UI SC 2 veces por semana y Autrin 600 mg VO C/24 hrs

Mantenimiento de un aporte suficiente de Agua.

Presenta facies de nefropata, coloración ceniza de tegumentos, escarcha urémica en miembros torácicos, piel áspera, poco hidratada que ha ido mejorando en cada valoración, mucosas orales hidratadas con halitosis urémica, consume 750 ml de líquidos con la dieta en 24 horas. Se encuentra sin soluciones parenterales. No hay presencia de edema. Continúa con furosemide 40 mg VO Temperatura corporal oscilante entre 35.5 y 36.3 °C.

José reingresa al hospital para diálisis peritoneal al 1.5 % 2000 MI, 4 recambios de entrada por salida, posterior continuar con recambios 30 minutos en cavidad, hasta completar 30 baños.

Mantenimiento de un aporte suficiente de Alimentos.

El paciente sigue con la misma dieta en el hospital para nefropata e hipertenso de 1800 kcal, es capaz de alimentarse por sí solo. Su peso actual es de: 63.00 kg, talla: 1.64, IMC 23.42 (normal)

Refiere que ha seguido el plan alimenticio sugerido, ha reducido la ingesta de sal, las proteínas de origen animal, las vísceras, los azúcares así como los carbohidratos, respeta la restricción de líquidos, refiere quedar satisfecho con cada comida, sin embargo presenta falta de apetito.

Glicemia capilar fluctuante entre 140-163 mg/dl preprandial.

Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y con los excrementos.

El señor José refiere presentar de 2 a 3 evacuaciones al día de características normales, no hay presencia de estreñimiento, diuresis clara de 500 a 700 ml durante el día.

Mantenimiento del equilibrio entre la Actividad y reposo

Se encuentra con un Glasgow 15 puntos, alerta, orientado en tiempo, espacio, persona y circunstancia, se encuentra tranquilo y cooperador, refiere sentirse asintomático, la astenia y adinamia han ido disminuyendo, al igual que los mareos.

Mantenimiento del equilibrio entre la Soledad e interacción social

Su cuidador primario (esposa) le ha dado su apoyo, en todas las ocasiones que José ha reingresado al hospital su esposa lo acompaña, refiere que sus hijos solo le hablan por teléfono 1 vez al mes, pocas veces el resto de su familia va a visitarlo. En estos momentos el paciente se encuentra desempleado, siendo el único sostén familiar su esposa.

Prevención de Peligros para la vida.

Presenta catéter Tenckoff infra umbilical para diálisis peritoneal sin datos de infección ni disfunción, queda cubierto con gasa y apósito transparente, no

presenta datos de irritación peritoneal, escala de Braden Bergstrom de riesgo de úlceras por presión 21 puntos (bajo riesgo), escala de riesgo de caídas J.H Downton 4 puntos (moderado riesgo). Escala de Glasgow de 15 puntos.

Se inicia tratamiento terapéutico con Carbonato de calcio 500mg VO C/8 horas

Normalidad.

El señor José se encuentra, tranquilo con disposición de adquirir conocimientos acordes a sus patologías y que puede hacer para tener una mejor calidad de vida. Refiere que su situación económica le preocupa, siendo el sostén familiar su esposa, sus hijos y el resto de su familia lo apoya con los gastos médicos esporádicamente.

PLAN DE ATENCION

FECHA DE INICIO: 31/10/2014

DIAGNOSTICO. Riesgo de infección (peritonitis) R/C diálisis peritoneal

Definición: estado en el que una persona está en riesgo de ser invadida por microorganismos patógenos en la membrana peritoneal.

Objetivo: disminuir el riesgo de infección.

Requisito Universal: prevención de peligros para la vida.

Intervención de Enfermería	Sistema de Enfermería	Referencia Bibliográfica	Evaluación
Realizar correctamente la diálisis peritoneal. Enseñar al paciente y la familia a efectuarla.	Totalmente Compensatorio	La Diálisis Peritoneal lleva consigo un riesgo elevado para el desarrollo de peritonitis, secundaria a la comunicación no natural de la cavidad peritoneal con el medio ambiente a través del catéter y de la introducción de soluciones a la cavidad de una manera reiterativa. ¹⁰	Se realiza la diálisis peritoneal respetando los principios de asepsia con solución antiséptica Exsept.
Calentar la solución dializante previo a la realización de diálisis peritoneal. Se le recomendó al paciente calentar la solución dializante en una caja de carton donde reciba la luz directamente de un foco.	Totalmente Compensatorio	Corroborar la temperatura de la bolsa de diálisis antes de su administración, evita la pérdida funcional de la cavidad y por lo tanto mantiene a la DP como opción terapéutica para el paciente. ¹⁰	Previo a la diálisis peritoneal, se calienta la solución.
Cumplir con las técnicas asépticas acorde a las normas institucionales al realizar diálisis peritoneal. Explicar al paciente la	Totalmente Compensatorio	Las acciones específicas que aseguran la eliminación de la flora transitoria, y por lo tanto evitan la contaminación intraluminal son: lavado de manos, uso de cubrebocas sin omitir cubrir la nariz, limpieza del área de	Se realiza diálisis peritoneal siguiendo las técnicas asépticas acorde al protocolo institucional. Lavado de manos.

<p>importancia de cumplir con las técnicas asépticas al realizar la diálisis peritoneal. Corroborar en la solución dializante fecha de caducidad de la bolsa, integridad de la misma, claridad, concentración correcta y temperatura. Lavado de manos. Uso de cubrebocas. Uso de antiséptico Exsept.</p>		<p>recambio, administración de medicamentos de forma aséptica, proceso de conexión y desconexión correcto y verificación de las características físicas de las bolsas antes de la conexión.¹⁰</p> <p>Las técnicas asépticas evitan la introducción de microorganismos y de contaminación por vía aérea que puede causar infección.²¹</p>	<p>Uso de cubrebocas para el profesional de enfermería y el paciente. Verificación de la solución dializante en cuanto a características físicas, fecha de caducidad, y concentración. Uso de antiséptico al momento de realizar la conexión del sistema doble bolsa.</p>
<p>Vigilar el sitio de inserción del catéter en busca de enrojecimiento, aumento de la temperatura en la zona, y/o salida de líquido purulento. Reforzar en el paciente signos y síntomas de alarma que indiquen probable infección.</p>	<p>Totalmente Compensatorio</p>	<p>El cuidado del acceso peritoneal es importante, se debe valorar edema, color de la piel circundante, dolor, induración, formación de costra, estado del sitio de inserción, presencia de secreción o sangrado.¹⁰ Una supuración purulenta en el sitio de inserción indica la presencia de infección local causada a menudo por microorganismos de la piel.²¹</p>	<p>El sitio de inserción del catéter se aprecia sin signos de infección, se encuentra limpio, sin salida de material purulento, no hay presencia de dolor, hipertermia o enrojecimiento, se aprecia funcional. Se queda cubierto con gasa y apósito transparente. El paciente y la familia refuerzan lo ya aprendido en cuanto a la valoración del sitio de inserción del catéter.</p>
<p>Vigilar las características del líquido drenado y</p>	<p>Totalmente Compensatorio</p>	<p>La disminución de la velocidad del flujo o la presencia de fibrina indica la oclusión parcial</p>	<p>La salida del líquido drenado es transparente,</p>

enseñarle al paciente a que observe las características del mismo.		de la sonda. ²¹ En todo paciente en diálisis que presente líquido peritoneal turbio se debe sospechar que presenta infección peritoneal. ⁴⁵	sin presencia de turbidez ni de fibrina. No hay dolor.
Cambiar las gasas y apósitos como se indique, teniendo cuidado de no jalar el catéter.	Totalmente Compensatorio	La protección de la herida mediante barreras físicas y químicas resulta estrictamente necesaria para el desarrollo de la cicatrización y para evitar el crecimiento microbiano. ²⁴	Se realiza curación de catéter, después del baño corporal del paciente
Reforzar en el paciente y la familia la detección oportuna de las manifestaciones de peritonitis como son: fiebre, líquido turbio, presencia de fibrina, dolor, enrojecimiento, inflamación, salida de material purulento.	Totalmente Compensatorio	La capacitación continua del paciente debe incluir datos de alarma de sospecha de peritonitis; cambios en la apariencia del líquido drenado, dolor abdominal agudo, fiebre, mal funcionamiento en los drenajes de dializado que se acompañen de sobrepeso o disnea, ultrafiltración excesiva que puede acompañarse de mareos, pérdida del estado de alerta y sensación de opresión precordial. ¹⁰	No se aprecian signos y síntomas de peritonitis. La temperatura corporal se mantiene estable entre 35.5 y 36.3 °C, no hay presencia de dolor, el líquido drenado es claro.
Informar al paciente sobre los cuidados que requiere su catéter de diálisis y enseñarle a efectuarlos. Mantener el sitio de inserción del catéter limpio y seco. Evitar jalarlo y/o apretarlo Mantener cubierto el sitio de inserción del catéter Al momento de realizar la	Apoyo Educación	La fijación y sujeción del catéter evitan el trauma directo a la pared abdominal y también la posible infección del sitio de inserción y túnel del catéter por acumulación de secreción y sangre. ¹⁰	El señor José conoce los cuidados específicos de su catéter y los efectúa adecuadamente

higiene corporal, lavar el sitio de inserción con jabón neutro y secar muy bien el área sin frotar.			
---	--	--	--

Plan de alta hospitalario.

Fecha: 19/12/2014

Alimentación

- La cantidad en la ingesta de líquidos quedó como respuesta a la cantidad de líquido drenado en la diálisis peritoneal, la dieta a seguir es reducida en sal, potasio, fosforo, azúcares, vísceras y proteínas de origen animal. Rica en frutas y verduras, preferencia por el pescado.

Medicamentos

- Glimpirida 2 mg VO cada 24 horas
- Nifedipino 30 mg VO cada 12 horas
- Prazosina 2mg VO cada 8 horas
- Furosemide 40 mg VO cada 8 horas
- Eritropoyetina 4000 SC 2 veces por semana
- Multivitamínico Autrin 600 VO cada 24 horas
- Carbonato de calcio 500 mg VO cada 8 horas

Higiene

- Baño corporal y cambio de ropa interior diario
- Higiene dental 3 veces al día
- Lavado de manos antes de cada alimento y después de ir al baño.

Cuidados a catéter tenckoff

- Lavar el sitio de inserción del catéter con agua corriente y jabón neutro, secar bien dando pequeños toques con la toalla.
- Cubrir el sitio de inserción del catéter con gasas estériles y micropore.
- No aplicar ningún ungüento en el sitio de inserción.
- Evitar jalar y manipular innecesariamente el catéter.
- Evitar hacer presión en el catéter.

Indicaciones para la realización de diálisis peritoneal.

- Calentar siempre la solución dializante previo a la realización de diálisis peritoneal.
- Corroborar en la solución dializante; fecha de caducidad, claridad, integridad de la bolsa y concentración correcta.
- Lavado de manos antes de la realización de DP.
- Uso de cubrebocas para el paciente y la familia.
- Uso de antiséptico.
- Llevar un control de la cantidad de líquido ingresado y egresado de la cavidad peritoneal.
- Valorar siempre las características del líquido drenado.

Signos de alarma que indiquen acudir al servicio de urgencias

- Elevación de la temperatura 37.7° o mayor de forma persistente.
- Salida de material purulento en el sitio de inserción del catéter.
- Olor fétido en el sitio de inserción del catéter.
- Calor alrededor del sitio de inserción del catéter.
- Dolor abdominal.
- Enrojecimiento y/o inflamación en el sitio de inserción del catéter.
- Líquido drenado de la diálisis turbio.
- Presencia de edema (hinchazón) en alguna parte del cuerpo.
- Presencia de falta de aire, náuseas, vómitos, malestar general, alteraciones en el estado de conciencia.
- Salida accidental del catéter.
- Cuando el líquido de diálisis demore en ingresar y/o egresar de la cavidad peritoneal.
- Cuando exista un cambio notable en cuanto a ingresos y egresos, que pueda indicar retención de líquidos.

VIII. Valoración de la visita domiciliaria integral

Fecha 21/03/2015

Mantenimiento de un aporte suficiente de Aire

El señor José presenta narinas permeables y limpias, es capaz de respirar cuando se le pide sin ninguna dificultad, mucosas orales con adecuada coloración, tórax simétrico con movimientos rítmicos, con adecuada entrada y salida de aire, tiene una frecuencia respiratoria de 20 rpm, una frecuencia cardiaca de 72 lpm, ritmos cardiacos sin alteraciones, presión arterial de 140/90 mmHg, llenado capilar de 2 segundos, lecho ungueal rosado, no hay presencia de cianosis distal. Refiere que en pocas ocasiones presenta dificultad para respirar al subir escaleras.

Mantenimiento de un aporte suficiente de Agua

El señor José consume aproximadamente de 1 a 1.5 litros de agua al día, dependiendo de la cantidad de líquido drenado en la diálisis peritoneal, refiere consume refresco y café esporádicamente 1 vez cada 15 días, presenta coloración ceniza de tegumentos, piel hidratada, mucosas orales poco hidratadas, piel seca con ligera escarcha urémica en brazos, no hay presencia de edema. Temperatura corporal de 36.5 °C.

Se encuentra en terapia sustitutiva de la función renal con diálisis peritoneal al 1.5 % de concentración; 1 baño cada 4 horas, obteniendo la mayoría de las veces balances positivos de 100 a 200 ml.

Mantenimiento de un aporte suficiente de Alimentos.

El señor José refiere tener buen apetito por los alimentos que consume, realizando 3 comidas al día; desayuno, comida y cena, evitando en la medida de lo posible carnes rojas, mostrando preferencia por las frutas y verduras, refiere haber disminuido la ingesta de sal y azúcar en las comidas. Refiere que su peso se ha mantenido igual Talla: 1.64, Peso: 63 kg por consiguiente IMC normal de 23.42 (normal), perímetro abdominal de 85 cm sin presencia de distensión abdominal.

Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación urinaria e intestinal.

El señor José refiere no presentar problemas al evacuar ni al orinar la frecuencia de la eliminación intestinal es de 2 a 3 veces al día, diuresis clara aproximada de 500 a 700 ml en 24 horas

Mantenimiento del equilibrio entre la Actividad y reposo.

Se encuentra deambulando de manera dependiente, es capaz de mover todo su cuerpo sin ninguna dificultad, refiere que en ocasiones presenta astenia y adinamia, realiza ejercicio caminando de 25 a 35 minutos cada tercer día. Refiere dormir de 6 a 8 horas diarias sintiéndose la mayoría de las veces descansado al despertar.

Mantenimiento del equilibrio entre la Soledad e interacción social.

Se encuentra acompañado de su esposa, quien es su cuidador primario debido a que sus hijos viven en el estado, refiere sentirse satisfecho con la vida que ha llevado, en ocasiones presenta baja autoestima debido al estado de Salud en el que se encuentra 1 vez cada 2 a 3 meses sus hijos van a visitarlo, 1 vez cada 2 meses convive con amigos y sus hermanos. Es capaz de comunicarse y expresar sus necesidades por sí solo, no presenta ninguna dificultad del habla.

Prevención de Peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

El señor José tiene colocado un catéter Tenckoff infra umbilical, cubierto con gasa y micropore se aprecia limpio, sin inflamación, con adecuada coloración, sin salida de material purulento sin presencia de dolor a la palpación. Escala de caídas de J.H Dowton de 4 puntos que corresponde a moderado riesgo de sufrir una caída. Escala de riesgo de úlceras por presión Braden Bergstrom 21 puntos bajo riesgo de desarrollar Úlceras Por Presión, Escala de Glasgow de 15 puntos

Normalidad

El paciente y su esposa refieren que les llevo tiempo adaptarse a la nueva situación, sin embargo se sienten un poco más familiarizados. La diálisis peritoneal la lleva a cabo su esposa, con toda la disposición de hacerlo lo mejor posible. José refiere sentirse útil ya que trabaja vendiendo dulces afuera de su casa.

La esposa del paciente contaba con un baumanometro y un estetoscopio si embargo desconocía su uso, al enseñarle el procedimiento de la toma de presión arterial lo entendió y lo puso en práctica sin embargo refirió ser algo difícil para ella, pero aseguró continuar practicándolo.

IX. Conclusiones.

El Proceso Atención de Enfermería constituye una herramienta fundamental y útil para la práctica de enfermería en complemento con la aplicación del modelo de Dorotea Orem, logrando así una conjunción de estrategias que en este caso mejoraron los resultados para el paciente objeto de estudio, con lo cual se demuestra la utilidad y relevancia que tiene el llevar a cabo la atención de los pacientes por medio de un modelo de atención.

Este proceso cumplió con los objetivos establecidos al inicio del trabajo concluyendo de manera satisfactoria para el paciente y su familia, ya que adoptaron nuevos estilos de vida con la intención de mejorar su salud y prevenir posibles complicaciones. La visita domiciliaria integral fue de gran utilidad, ya que permitió la realización de una última valoración así como de la evaluación del plan de alta otorgado al paciente a su egreso hospitalario, donde se pudieron constatar los resultados satisfactorios antes mencionados. De manera particular el proceso de atención, permite adquirir y profundizar los conocimientos para la formación profesional.

X. Sugerencias.

Hoy en día el Proceso Atención de Enfermería es la base fundamental en todas las instituciones hospitalarias para desarrollar la práctica de enfermería y otorgar cuidados enfermeros fundamentados e individualizados al paciente, sin embargo en algunas ocasiones este, no se realiza de manera correcta y no se le da la importancia que merece, por ello que sugiero enseñar y reforzar su correcta realización a las futuras generaciones y profesionales de enfermería. Es importante realizar correctamente el PAE y cada una de las etapas que lo componen, ya que de esta manera se evaluara la efectividad de las intervenciones enfermeras aplicadas al paciente, de igual forma el profesional de enfermería evidenciara sus actividades diarias.

En este sentido, la Enfermedad Renal Crónica es un problema grave de salud mundial, que afecta en todos los aspectos al paciente que la presenta; cada vez más el número de personas con dicha patología va en aumento, así como las diferentes etiologías de la enfermedad, sin embargo la más prevalente en nuestros días es la Diabetes Mellitus; enfermedad crónica degenerativa que afecta a un gran número de la población mexicana, por ello sugiero que los profesionales de la salud resalten más la importancia de la prevención de la diabetes mellitus así como de la hipertensión arterial sistémica y se hable de factores de riesgo que desencadenan el daño renal, de esta manera reducirá en nuestro país las enfermedades crónico degenerativas.

XI. Bibliografía

1. Cavanagh SJ. Modelo de Orem: aplicación práctica. Masson-Salvat, 1993; 4-40.
2. Pérez HJ. Operacionalización del Proceso de Atención de Enfermería. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2002; 10(2):62-66. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2002/en022d.pdf>. (Consultado el 12 de noviembre de 2014).
3. Navarro Y, Castro M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario. 2010; 1(19):1-5. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/106821/101521>. (Consultado el 14 de noviembre de 2014).
4. Flores CJ, et al. Enfermedad renal crónica: clasificación, identificación, manejo y complicaciones. Revista médica de Chile. 2009; 137(1):142-168. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872009000100026:142, 144, 145](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872009000100026:142,144,145). (Consultado el 18 de noviembre de 2014).
5. Venado EA, Moreno LJ, Rodríguez AM, López CM. Insuficiencia renal crónica. Facultad de medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. 2009; 2-26. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/02_feb_2k9.pdf. (Consultado el 20 de noviembre de 2014).
6. Bover SJ, et al. Documento de consenso sobre la enfermedad renal crónica. Sociedad Española de Bioquímica clínica y patología molecular. 2012; 4-39. Disponible en: <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/publicaciones/consenso-enfermedad-renal-cronica.pdf>. (Consultado el 21 de noviembre de 2014).
7. Méndez DA, Méndez BJ, Tapia YT, Muñoz MA, Aguilar SL. Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. Elsevier. 2010; 31(1). Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/dialisis-trasplante-275/epidemiologia-insuficiencia-renal-cronica-mexico-13147524-originales-2010>. (Consultado el 21 de noviembre de 2014).

8. Ruiz GC. Manejo integral del paciente con insuficiencia renal crónica. Universidad Veracruzana, facultad de ciencias químicas. 2010: 13-71. Disponible en <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/30446/1/RuizGarcia.pdf>. (Consultado el 12 de noviembre de 2014).
9. Martínez CA, et al. Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. Revista de nefrología. 2014; 34(2):243-259. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/nefrologia/v34n2/documento_consenso.pdf. (Consultado el 12 de noviembre de 2014).
10. Hipólito TJ, Cruz CM. Seguridad en el cuidado de enfermería al paciente con tratamiento de diálisis peritoneal. Revista mexicana de enfermería cardiológica. 2011; 19(3):99-103. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2011/en113c.pdf>. (Consultado el 27 de noviembre de 2014).
11. Montañes BR, Gracia GS, Pérez SD, Martínez CA, Bover SJ. Documento de Consenso, Recomendaciones sobre la valoración de la proteinuria en el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad renal crónica. Revista nefrología. 2011; 31(3):331-341. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nefrologia/v31n3/consenso.pdf>. (Consultado el 2 de diciembre de 2014).
12. Gorostidi M, et al. Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. Revista nefrología. 2014; 34(3):302-315. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nefrologia/v34n3/especial2.pdf>. (Consultado el 2 de diciembre de 2014).
13. Villegas GJ, Villegas AO, Villegas GV. Semiología de los signos vitales: Una mirada novedosa a un problema vigente. Universidad de Manizales. 2012; 12(2):223-226. Disponible en: http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/medicina/archivos_me

- dicina/html/publicaciones/edicion_122/10%20Semiolog%C3%ADa%20de%20los%20signos%20vitaless.pdf. (Consultado el 5 de diciembre de 2014).
14. Guía de práctica clínica. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica Temprano. Secretaria de Salud. 2009: 37, 41,42. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/335_IMSS_09_Enfermedad_Renal_Cronica_Temprana/EyR_IMSS_335_09.pdf. (Consultado el 8 de diciembre de 2014).
 15. García HM. Plan de cuidados individualizados de un paciente con IRC en tratamiento con hemodiálisis. Universidad complutense de Madrid. 2012; 4(1):129. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reducaenfermeria/article/viewFile/916/927>. (Consultado el 10 de diciembre de 2014).
 16. Mantik LS, Mclean HM, Ruff DS. Enfermería medico quirúrgica. Elsevier. 2004: 1251-1259.
 17. Aguilera PF. Balance del equilibrio de líquidos. Hospital Universitario Reina Sofía. 2010: 1. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/c3_balance_equili_liquidos.pdf. (Consultado el 22 de diciembre de 2014).
 18. Cirera SF, Ruiz MM, Rosales SV, Martin EL. Estandarización de cuidados del síndrome metabólico en diálisis peritoneal. Enfermería nefrológica. 2012; 15(2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S225428842012000200008. (Consultado el 2 de diciembre de 2014).
 19. Jensen S. Valoración de la salud en enfermería. Lippicot. 2011: 3-30.
 20. Carpenito JL. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería. Mc- Graw-Hill. 2005: 610-620.
 21. Doenges EA. Planes de cuidado de enfermería. Mc Graw Hill. 2009: 557-580.

22. Flores VB, Flores LI, Lazcano MM. Edema. Enfoque clínico: Medicina Interna de México. 2014; 30(1):51,54,55. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2014/mim141g.pdf>. (Consultado el 12 de enero de 2015).
23. Lavilla RF. Protocolo diagnóstico de los edemas. Clínica Universidad de Navarra. 2011: 5379-5381. Disponible en: <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/62/62v10n79a90010397pdf001.pdf>. (Consultado el 20 de enero de 2015).
24. Rifa RR, Olive AC, Lamoglia PM. Lenguaje NIC para el aprendizaje teórico-práctico en enfermería. Elsevier. 2012: 21,95.
25. Guía de referencia rápida. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica temprana. Secretaria de salud. 2009: 2,6,8. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/335_I_MSS_09_Enfermedad_Renal_Cronica_Temprana/GRR_IMSS_335_09.pdf. (Consultado el 27 de enero de 2015).
26. Daugirdas TJ. Manual de tratamiento de la enfermedad renal crónica. Lippicott. 2012: 37, 226,227.
27. Tamayo OJ. Protocolo de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica. Secretaria de salud. 2010: 10-21. Disponible en: http://www.theisn.org/images/taskforce/Mexico/ppc_2010_final.pdf. (Consultado el 17 de febrero de 2015).
28. NORMA Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos. (Consultado el 26 de febrero de 2015).
29. Hospital Infantil de México Federico Gómez. Guía para el tratamiento de bacteriemia relacionada a catéteres venosos centrales. 2011: 2-5. Disponible en: <http://www.himfg.edu.mx/descargas/documentos/planeacion/Guias/GtrataB>

- ACTEREMIA_AS_VENOSOS_CENTRALES.pdf. (Consultado el 10 de marzo de 2015).
30. Palacios MS, Álvarez GC, Schonfeldt GP, Céspedes GJ, Gutierrez CM, Oyarzún GM. Guía para realizar oximetría de pulso en la práctica clínica. Revista chilena. 2010: 49-51. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rcher/v26n1/art10.pdf>. (Consultado el 20 de marzo de 2015).
 31. Goicoechea DM. Algoritmos en nefrología. Sociedad española de nefrología. 2012: 2,4. Disponible en: http://apps.elsevier.es/ficheros/nefro/otras_pubs/algoritmos_5.pdf. (Consultado el 13 de marzo de 2015).
 32. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Administración de oxígeno. Comunidad de Madrid. 2013: 1. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352820207436&ssbinary=true>. (Consultado el 20 de abril de 2015).
 33. Flórez AC, Galisteo RP, Gómez LA, Pérez LI, Romero BA. Terapia respiratoria. Hospital Universitario Reina Sofía. 2010: 1,2. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/d4_terapia_respiratoria.pdf. (Consultado el 20 de abril de 2015).
 34. Meléndez PM. La eficacia de las técnicas de relajación en el tratamiento psicoterapéutico de un paciente con rasgos de ansiedad, atendido en clínica de asistencia psicológica de la universidad Dr. José Matías Delgado. Universidad Dr. José Matías Delgado. 2010: 17-20. Disponible en: <http://webquery.ujmd.edu.sv/siab/bvirtual/BIBLIOTECA%20VIRTUAL/TESIS/03/PSI/ADME0000810.pdf>. (Consultado el 15 de mayo de 2015).
 35. Gorriz TJ, Martínez CA, Mora FC, Navarro GJ. Diabetes y Enfermedad Renal Crónica. Sociedad Española de Nefrología. 2012: 4,6. Disponible en: http://nefrologiadigital.revistanefrologia.com/publicaciones/P7E65/nefropatia_diabetica_mod_1.pdf. (Consultado el 20 de mayo de 2015).

- ³⁶. Chang P. Escarcha urémica. Hospital General de Enfermedades IGSS y Ángeles, Guatemala, CA. 2011; 9(1):1. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cosmetica/dcm-2011/dcm111k.pdf> (Consultado el 10 de junio de 2015).
- ³⁷. Guía de práctica clínica. Evaluación, diagnóstico y tratamiento de anemia secundario a Enfermedad Renal Crónica. Secretaría de salud. 2010: 14,15. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/403_IMS_S_10_Anemia_Enf_Renal/EyR_IMSS_403_10.pdf. (Consultado el 17 de junio de 2015).
- ³⁸. Carapia SA, Mejía TG, Loris NG, Hernández ON. Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. Revista Mexicana de Anestesiología. 2010; 34(4):260-263. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2011/cma114e.pdf>. (Consultado el 2 de julio de 2015).
- ³⁹. Fernández LR, Soria AV, Jovel NJ. Encuesta sobre los temores del paciente de cirugía general frente a la intervención quirúrgica. Ciencia y Evidencia. 2014: 3,4. Disponible en: http://www.researchgate.net/profile/Juan_Jose_Segura-Sampedro/publication/262899848_Encuesta_sobre_los_temores_del_paciente_de_cirugia_general_frente_a_la_intervencion_quirurgica/links/00b7d5391d2b991ab0000000.pdf. (Consultado el 2 de julio de 2015).
- ⁴⁰. Barrientos AJ, Hernández CA, Hernández ZM. Adaptación y validación de un instrumento de valoración de riesgo de caída en pacientes pediátricos hospitalizados. Enfermería Universitaria. 2013; 10(4). Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=90277518&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=400&ty=120&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=400v10n04a90277518pdf001.pdf. (Consultado el 17 de julio de 2015).
- ⁴¹. De Mattia AL, Faria ML, Santos SS, De Oliveira. Diagnósticos de enfermería de complicaciones en la sala de recuperación anestésica.

- Enfermería global. 2010: 1,3,8,9. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/clinica1.pdf>. (Consultado el 10 de marzo de 2015).
42. Teniza GD. Valoración del dolor en el paciente adulto con afección cardiovascular. Revista mexicana de enfermería cardiológica. 2011; 19(1):34,35,37. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2011/en111f.pdf>. (Consultado el 20 de julio de 2015).
43. Mille LJ. Manejo actual de las náuseas y vómito postoperatorio. Revista médica de anestesiología. 2011; 34(1):231-233. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2011/cmas111bg.pdf> (Consultado el 25 de julio de 2015).
44. Chemes FC. Enfermería quirúrgica. 2008; 27-29. Disponible en: http://www.fm.unt.edu.ar/carreras/webenfermeria/documentos/Enfermeria_Quirurgica_Modulo_01.pdf. (Consultado el 25 de julio de 2015).
45. Guía de práctica clínica. Intervenciones de enfermería en el manejo ambulatorio del adulto con terapia sustitutiva de la función renal- diálisis peritoneal. Secretaría de salud. 2013: 16-18 Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/imss_642_13_intervencionesdeenfendialisismss_642_13_intervencionesdeenf_en_dialisisger.pdf. (Consultado el 30 de Julio de 2015).
46. Documentación de enfermería. Medición de signos neurológicos. Hospital General Universitario. 2011: 2-6. Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=ContentDisposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DMedici%C3%B3n+de+signos+neurol%C3%B3gicos+\(escala+de+Glasgow\).pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1310577449692&ssbinary=true](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=ContentDisposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DMedici%C3%B3n+de+signos+neurol%C3%B3gicos+(escala+de+Glasgow).pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1310577449692&ssbinary=true). (consultado el 30 de Julio 2015)

47. Magnami FL, Larcher CM. Uso de la escala de Braden y de Glasgow para identificar el riesgo de úlceras de presión en pacientes internados en un centro de terapia intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2008; 16(6). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000600006&script=sci_arttext&tlng=es. (consultado el 23 de Junio 2015)
48. Miyares OA. Caídas en pacientes hospitalizados: un evento adverso evitable. *Escuela universitaria de enfermería*. 2014. Disponible en: <http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5228/MiyaresOlavarríaA.pdf?sequence=1>. (Consultado el 29 de julio del 2015).
49. Escalas de valoración del dolor, 2012. Disponible en: <http://www.1aria.com/docs/sections/areaDolor/escalasValoracion/EscalasValoracionDolor.pdf>. (consultado el 23 de junio 2015)
50. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. (Consultado el 25 de noviembre de 2014).
51. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. (Consultado el 25 de noviembre de 2014).

ANEXOS



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE VISITA
DOMICILIARIA INTEGRAL.**



Esta carta de consentimiento informado fue elaborado por la Pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia Tania Ivonne Bautista Ramírez, dirigido al Sr. José Cruz Pacheco y a su familia quien fue atendido en el Hospital General de México O.D. “Dr. Eduardo Liceaga” en la unidad 105 A de urología con un diagnóstico final de Enfermedad Renal Crónica.

El objetivo de esta visita domiciliaria integral es darle seguimiento al plan de cuidados establecido y evaluar el plan de alta que se le otorgo al Sr. José el día que egreso del hospital, de igual manera se pretende proporcionar información adicional a él y a su familia acerca de las patologías que presenta, prevención de posibles complicaciones, así como resolver las dudas de conocimiento que aun pueda tener.

Para la realización de esta visita domiciliaria integral se informó al Sr. José y sus cuidadores primarios en qué consiste dicha visita. La participación del paciente y su familia es totalmente voluntaria. Tanto si elige o no colaborar, el Sr. José seguirá el tratamiento respectivo en el Hospital General de México o la institución de salud que a él más le convenga.

En cuanto a los riesgos, el paciente no presenta ningún peligro debido a que no se harán procedimientos invasivos en la visita domiciliaria.

Los beneficios que tendrá el paciente serán, plenamente, para mejorar su salud; estos serán diversos por la información que recibirá en cuanto a hábitos higiénico - dietéticos, prevención de infecciones, prevención de posibles complicaciones, mejor apego terapéutico,

Los beneficios que tendrá la Pasante de servicio social Tania Ivonne Bautista Ramírez, serán únicamente para la presentación de Proceso Atención de Enfermería y lograr, así mismo, la obtención de su título profesional, logrando el grado de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

Este proceso que conlleva la visita domiciliaria ha sido revisado y aprobado por autoridades encargadas de coordinar el seminario de Titulación Mtra. Olivia Salas Martínez, Mtra. Sonia Martínez López y Mtra. Leticia Hernández Delgado. Si tiene cualquier pregunta o duda acerca de este trabajo podrá ponerse en contacto con la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México comunicándose al teléfono 56 55 23 32 ext. 235 con la Coordinadora de servicio social Lic. Reyna Hurtado Ponce, dicha institución se ubica en Calzada México Xochimilco S/N Col. San Lorenzo Huipulco C.P. 14370 Tlalpan, México D.F.

He sido invitado e informado para participar en el seguimiento de un plan de cuidados conforme a mi padecimiento y necesidades alteradas, efectuado por la pasante de servicio social, Tania Ivonne Bautista Ramírez en mi domicilio. Entiendo que recibiré información acerca de los hábitos higiénicos dietéticos que debo realizar, prevención de infecciones, prevención de posibles complicaciones, cuidados de la piel, cuidados de catéter tenckoff. He sido informado que los riesgos son mínimos y el único beneficio será en pro a mi salud en cuanto a los cambios que debo realizar en mi estilo de vida, no se me favorecerá ningún beneficio económico ni a la pasante Tania Ivonne Bautista Ramírez, solo académico para que logre su grado de Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Se me han proporcionado los nombres de los coordinadores, la dirección y teléfono de tan prestigiada institución para cualquier aclaración o duda.

Paciente:

He leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en este seguimiento domiciliario y como principal participante, no obstante entiendo que tengo el derecho de retirarme de el en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Nombre del Paciente: José Cruz Pacheco

Firma del Paciente Jose. Pacheco Cruz

Fecha: 21- marzo - 2015

Testigo:

He sido testigo y he leído con exactitud el documento de consentimiento informado. Confirmando que José Cruz Pacheco ha dado su consentimiento libremente.

Nombre del testigo: Gloria Ramos Burgos

Firma del testigo Gloria RB,

Fecha: 21 - marzo - 2015

Responsable:

Nombre del responsable de la visita a domicilio: Pasante de servicio social de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia Tania Ivonne Bautista Ramírez.

Firma del responsable de la visita a domicilio:



Fecha: 21 - marzo - 2015

Cronograma de actividades de la visita domiciliaria

HORA	PROCEDIMIENTO	TIEMPO
12:00 Horas	Salida de casa para llegar al domicilio del paciente.	1:30 min.
13:30 Horas	Llegada al domicilio del paciente.	1:30 min.
13:40 Horas	Presentación con el paciente y la familia.	10 min.
13:50 Horas	Explicación del objetivo de la visita domiciliaria.	20 min.
14:10 Horas	Educación para la salud al paciente y la familia sobre medidas higiénico dietéticas, ejercicio físico, adecuado apego terapéutico, prevención de posibles complicaciones e infecciones.	40 min.
14:50 Horas	Resolver dudas del paciente y la familia.	20 min.
15:10 Horas	Valoración por requisitos universales. Toma de signos vitales y glicemia capilar. Inspección de sitio de inserción de catéter tenckoff.	30 min.
15:40 Horas	Despedida del paciente y la familia. Conclusión de la visita.	15 min.
15:55 Horas	Salida del domicilio del paciente.	15 min.
	Tiempo estimado de la duración de la visita domiciliaria integral.	4 horas.

Material y equipo utilizados en la visita domiciliaria.

Material	Metodología de uso
Dinero (90 pesos)	Pasajes, Agua, impresión de consentimiento informado, y tríptico.
Consentimiento informado	Otorgado al paciente y la familia para la autorización de la realización de la visita domiciliaria.
Estetoscopio	Auscultación de campos pulmonares Toma de Frecuencia Cardíaca Toma de Frecuencia Respiratoria Auscultación de perístalsis
Baumanometro	Toma de presión arterial
Termómetro	Toma de temperatura corporal
Reloj digital	Toma de pulso radial
Cinta métrica	Medición de perímetro abdominal
Folleto	Proporcionar información acorde al estado de salud
Cuaderno, bolígrafo,	Apuntes sobre anotaciones pertinentes.
Gel antibacterial	Lavado de manos

Instrumento de valoración



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA PERINATAL.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PERINATAL

Fecha: ___ / ___ / ___ Servicio: _____ Enfermera (o) perinatal: _____

1.- DATOS GENERALES.

Nombre _____ Edad: _____ Estado Civil: _____
Ocupación: _____ Peso I/A: _____ Talla: _____ IMC: _____ Grupo Rh: _____
Religión: _____ Escolaridad _____ Ocupación: _____ Origen y Residencia: _____
Teléfono: _____
Domicilio: _____
Persona Responsable _____ Parentesco: _____ Pareja: Edad _____
Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Trabaja actualmente: _____
Padecimiento: _____ Grupo y Rh: _____

2.- CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA.

Tipo de familia: Nuclear _____ Extensa _____ Integrada _____ Desintegrada _____
Con quien vive: _____ Num. de integrantes _____
Comunicación con: La pareja * Hijos: Otros familiares:
Cada cuando se reúne con su familia: _____ Actividades que realiza con la familia: _____
Quien es el sustento de la familia: _____ Ingresos: _____
*Bueno Regular Malo Nulo

3.- CARACTERÍSTICAS DEL AMBIENTE.

Vivienda: casa departamento Propia Rentada Otra _____
Tipo de Ventilación _____ Tipo de Iluminación _____
Num. cuartos _____ Cuantas ventanas: _____ Tipo de Construcción: percedero Durable Mixta Tipo de combustible utiliza: Gas Petróleo Leña Otros: _____
Servicios intradomiciliarios: Agua Luz Drenaje Recolección de basura cada cuando/ como: _____ Pavimentación Vigilancia Teléfono público Medio de transporte Centros Educativos: Kinder prim. Sec Prep. Univ. Recreativos Comerciales Servicios Médicos Cercanos Tiempo de distancia aprox.: _____ Zoonosis: _____ Tipo: _____ Fauna nociva: _____

REQUISITOS DE AUTO CUIDADO

1. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE.

1. HABITOS DE SALUD:

Higiene de fosas nasales Cada cuando _____ Convive con fumadores: Fuma Cuantos cigarrillos al día _____ Usa técnicas que mejoren su respiración (algún tipo de relajación) _____
Requiere de algún apoyo respiratorio: ¿Cual? _____

2. REVISIÓN POR SISTEMAS:

FC: _____ FR: _____ T/A: _____ TEMP: _____ FCF _____
Aparato respiratorio: Nariz: (deformación, obstrucción, desviación, mucosas, u otra): _____
Tórax y pulmones: (forma y simetría, auscultación, tos, sibilancias, estertores, u otros): _____
Sistema cardiovascular: (inspección, soplos): _____
Sistema vascular periférico: extremidades superiores y pélvicas (temperatura, color, llenado capilar, varicosidades, uñas, edema periférico): _____

2. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AGUA.

1. HABITOS DE SALUD:

Acostumbra a tomar agua: Garrafón: Potable: Otros: _____
Líquidos orales en 24 horas (cantidad y tipo): _____
Líquidos que le gustan y/o desagradan: _____

2. REVISIÓN POR SISTEMAS:

Hidratación de Piel y Mucosas: _____
 Líquidos Parenterales (Tipo) _____

3. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS.

1. HABITOS DE SALUD:

Cuántas comidas realiza durante el día: _____ Días a la semana en que consume: _____

Leche	Carne	Huevo	Verduras	Frutas	Tortillas	Pan	Quesos	Embutidos	Sal	Azúcar
-------	-------	-------	----------	--------	-----------	-----	--------	-----------	-----	--------

Alimentos que le gustan / desagradaan: _____
 Variantes dietéticas (culturales, religiosas, médicas) _____
 Suplementos alimenticios: (vitaminas, minerales) _____
 Problemas relacionados con la digestión / ingestión: _____
 Que sentido le da a la comida: Convivencia Recompensa Supervivencia Paliativo Aburrimiento

	Desayuno	Comida	Cena	Colación
¿Con quien come?				
¿Dónde?				
¿Cuanto tiempo dispone para c/comida?				
Horarios				
Alimentos				

2. REVISION POR SISTEMAS:

Boca: (dolores dentarios, sangrado en encía, úlceras en la lengua u otros sitios de la cavidad oral, pérdida del gusto, halitosis, dificultad para masticar, endodoncia, parcial o total): _____
 Utiliza prótesis dental Sí No tiene caries: Sí No dientes flojos: Sí No Garganta: dolor disfagia
 Observaciones: _____
 Aparato digestivo: náusea vómito anorexia pirosis polifagia eructos dolor abdominal
 Observaciones: _____

4. PROVISION DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y EXCREMENTOS.

Intestinal: (describir características de la eliminación y frecuencia): _____
 Ha presentado problemas en la eliminación intestinal: Sí No ¿Cuáles?: _____
 Ingiere algo para mejorar su eliminación: Sí No ¿qué? _____
 Vesical: (describir características y frecuencia)
 Ha presentado problemas en la eliminación vesical: Sí No ¿Cuáles?: _____
 ¿Ingiere algo para mejorar su eliminación?: Sí No ¿qué? _____
 Observaciones: _____

5. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO.

1. HABITOS DE SALUD

Tipo de actividad que realiza en: casa _____ trabajo _____
 Realiza actividad física cual/frecuencia/tiempo: _____
 Tiempo libre: _____ ¿Cuántas horas duerme? _____ Sensación al despertar _____
 ¿Presenta alguna dificultad para conciliar el sueño? Sí No ¿cómo lo resuelve? _____
 Duerme durante el día: Sí No Cuanto tiempo: _____

2. REVISIÓN POR SISTEMAS

Sistema músculo esquelético: _____ tono muscular: _____
 Gama de movimientos _____ Dolor Sí No Fatiga Sí No Rigidez Sí No Tumefacción o Deformaciones: Sí No
 Sistema neurológico: Estado de conciencia _____ Entumecimiento Sí No Hormigueos Sí No
 Sensibilidad al: Calor Sí No Frío Sí No Tacto Sí No Mouv. Anormales Sí No Parálisis Sí No
 Vértigo Sí No Cefalea Sí No Alteraciones de la memoria Sí No Reflejos Sí No
 Observaciones: _____

6. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCION SOCIAL.

1. HABITOS DE SALUD

Comunicación verbal: Directa Abierta Clara Evasiva Barreras idiomáticas tartamudeos Comunicación no verbal Contacto visual Lenguaje corporal _____ Gestos tono de voz _____
 Mecanismos de defensa Sí No Negación Inhibición Agresividad Hostilidad _____
 Interacciones sociales: Pertenece a algún grupo social, deportivo o cultural. Sí No
 ¿Cuál? _____

2. REVISIÓN POR SISTEMAS

Oído: Dolor Sí No Secreción Sí No Aumento o disminución de Audición Sí No Acúfenos Sí No
 Ojos: Dolor Sí No Lagrimeo Sí No Secreción Sí No características: _____
 Simetría _____ Pupilas _____ Edema Sí No
 Vista: alteraciones de la visión: _____ Lentes de corrección Sí No fosfenos Sí No
 Nictalopia Sí No Daltonismo Sí No

7. PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO

a) Prácticas de Seguridad Personal: ¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? Sí No trabajo Sí No casa Sí No calle Sí No Observaciones: _____
 ¿Acostumbra realizar revisiones de salud periódicas recomendados para cada edad y medidas terapéuticas? Sí No
 Papanicolau (tiempo y resultado) _____ Mamografía (tiempo y resultado) _____
 Dentista: _____ Oculista: _____ Médico: _____ ¿Conoce las medidas de autocontrol para prevenir enfermedades? Sí No ¿Cuáles? _____
 ¿De qué manera maneja las situaciones de tensión en su vida? Auto enfado Enfado con los demás Culpa a otros
 Habla con las personas Ansiedad Reza Lectura Escucha música Baja autoestima Sumisión
 Deportes Otro _____ ¿Ha sufrido algún cambio físico que haya alterado su auto imagen? Sí No ¿Cuál? _____
 Consumé... Drogas Sí No Alcohol Sí No Tabaco Sí No Café Sí No Tè Sí No Bebidas de cola Sí No Alimentos chatarra Sí No medicamentos Sí No
 ¿Cuáles? _____
 b) Concepto de su imagen. _____ Espiritualidad _____

8. PROMOCION DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANOS DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANO, LAS LIMITACIONES HUMANAS CONOCIDAS Y EL DESEO DE SER NORMAL.

1. HABITOS DE SALUD

¿Cada cuando se baña? _____ Cambio de ropa: _____ Aseo bucal: _____ Aseo perineal _____
 ¿Cuándo se lava las manos?: _____ ¿Qué significa para usted la limpieza? Buena imagen corporal Buen estado emocional Relación o comunicación con los demás _____ Productos usados para higiene personal _____

2. REVISIÓN POR APARATOS Y SISTEMAS

Piel: Erupción Sí No heridas Sí No Turgente Sí No Protuberancias Sí No Masas Sí No Cambio de color Sí No
 Cambio de olor Sí No Pelo: Distribución _____ Cantidad _____ Parásitos _____ Uñas: Aspecto general _____
 Mamas: Simetría _____ Tipo de Pezón _____ Secreciones _____ Ganglios _____
 Masas _____ dolor _____ Genitales: Aspecto General _____

REQUISITOS DE AUTO CUIDADO SEGÚN LAS ETAPAS DE DESARROLLO

MENARCA	RITMO	DISMENORREA	GESTA	P	C	A	O	E

1. DESCRIPCIÓN GINECOLOGICA

IVSA	No. Parejas Sexuales	Circuncidados	Infecciones ginecológicas (Tratamiento)	Papanicolau (Último resultado).	Cirugías ginecológicas.	Sangrados anormales	Incontinencia urinaria	Tumores

Dispareunia	Satisfacción	Sangrado al coito	Último método anticonceptivo	Tiempo de uso	FUM	FPP

2. DESCRIPCIÓN DE EMBARAZOS PREVIOS

Gesta	Periodo Inter-genésico	PCAOE	Sexo	Peso	Complicaciones	SDG	Lactancia/tiempo	Defectos al nacimiento	Vivo/Muerto Salud actual

3. DESCRIPCIÓN DEL EMBARAZO ACTUAL

Fecha	SDG	Peso	T/A	FU	Situación	Presentación	Posición	FCF	VAREFE	Edema	Medicamentos	Tratamiento

Planea utilizar algún método de Planificación Familiar Sí No ¿Cuál? _____

Numero de consultas de control prenatal: _____.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO ANTE UNA DESVIACIÓN DE LA SALUD.

A. DESVIACIÓN ACTUAL

1. Percepción de la desviación de salud

a) Inicio de consulta _____ Motivo de consulta _____

b) Comprensión de la alteración actual _____

c) Sentimientos en relación con su estado actual _____

d) Preocupaciones específicas _____

2. Mecanismos de adaptación

a) Uso previo de mecanismos de adaptación _____

b) Repertorio actual de mecanismos de adaptación y de adecuación de los mismos _____

c) Factores concomitantes de estrés (hechos cotidianos) _____

3. Efectos de la desviación sobre el estilo de vida

a) Psicológicos _____

b) Fisiológicos _____

c) Económicos _____

B. HISTORIA PREVIA DE DESVIACIONES DE LA SALUD

Enfermedades en la edad adulta _____

Enfermedades de la infancia _____

Hospitalizaciones _____

Medicamentos prescritos o por iniciativa _____

Inmunizaciones previas: _____

C. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES: _____

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETES:

Última revisión: Agosto de 2012 Asesorado por EEP. Patricia Márquez Torres. Alumnos de la Especialidad:
LEO. Alvarado Resendiz Argelia. LEO. Álvarez Medina Norma Angelina. LEO. Arguello Hernández Elvira. LEO.
Avalos Rosette Guadalupe. LEO. De La Rosa Rivero Ma. Del Carmen. LEO. Espinosa Javier Flor. LEO. Flores
Ramírez María Isabel. LEO. Guerra Hernández Maritza. LEO. Hernández Delgado Verónica. LEO. Hernández Morales
Mayra Xochitl. LEO. Hernández Ovando Rocío. LEO. Hernández Rojas María De Los Ángeles. LEO. Jiménez Orozco
Lázaro. LEO. Muñoz Martínez María Guadalupe. LEO. Ríos Osorio Norma Elizabeth. LEO. Rodríguez Gutiérrez
Erika. LEO. Santos Francisco Araceli.

Escalas de coma de Glasgow.

La escala de coma de Glasgow es una valoración del nivel de conciencia consiste en la evaluación de tres criterios de observación clínica: la respuesta ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora. Cada uno de estos criterios se evalúa mediante una subescala. Cada respuesta se puntúa con un número, siendo cada una de las subescalas evaluadas independientemente. En esta escala el estado de conciencia se determina sumando los números que corresponden a las respuestas del paciente en cada subescala.⁴⁶

ESCALA DE COMA DE GLASGOW	
RESPUESTA OCULAR	
Espontanea	4
A estímulos verbales	3
Al dolor	2
Ausencia de respuesta	1
RESPUESTA VERBAL	
Orientada	5
Confusa	4
Inapropiada	3
Sonidos incomprensibles	2
Ausencia de respuesta	1
RESPUESTA MOTORA	
Obedece ordenes	6
Localiza	5
Retira	4
Flexión	3
Extensión	2
No hay	1

Escala de riesgo de Ulceras Por Presión (Braden Bergstrom)

La Escala de Braden contiene seis parámetros para efectuar la evaluación: 1 percepción sensorial; 2 humedad; 3 actividad; 4 movilidad; 5 nutrición; 6 fricción y efecto de cizalla (combinación de presión y fricción). Cada sub-escala tiene una puntuación que varía de 1 a 4, con excepción del dominio fricción y efecto de cizalla. La sumatoria total queda entre los valores de 6 a 23.

Una puntuación igual o menor a 16 denota que el paciente adulto tiene riesgo de desarrollar una úlcera por presión (bajo riesgo), entretanto, en presencia de otros factores como edad mayor de 65 años, fiebre, baja ingestión de proteína, presión diastólica menor que 60 mmHg e inestabilidad hemodinámica, los pacientes con puntuaciones menor a 12 puntos son considerados de alto riesgo, una puntuación entre 13 y 14 se considera moderado riesgo.⁴⁷

ESCALA DE RIESGO DE UPP (BRADEN BERGSTROM)						
Puntos	Percepción Sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Roce, peligro de lesiones cutáneas
1	Totalmente limitada	Siempre húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Paciente con problemas
2	Muy limitada	Continuamente húmeda	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Paciente con problemas potenciales
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasional	Ligeramente limitada	Adecuada	Sin problema aparente
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula solo	Sin limitaciones	Excelente	

Escala de riesgo de caídas J.H Dowton

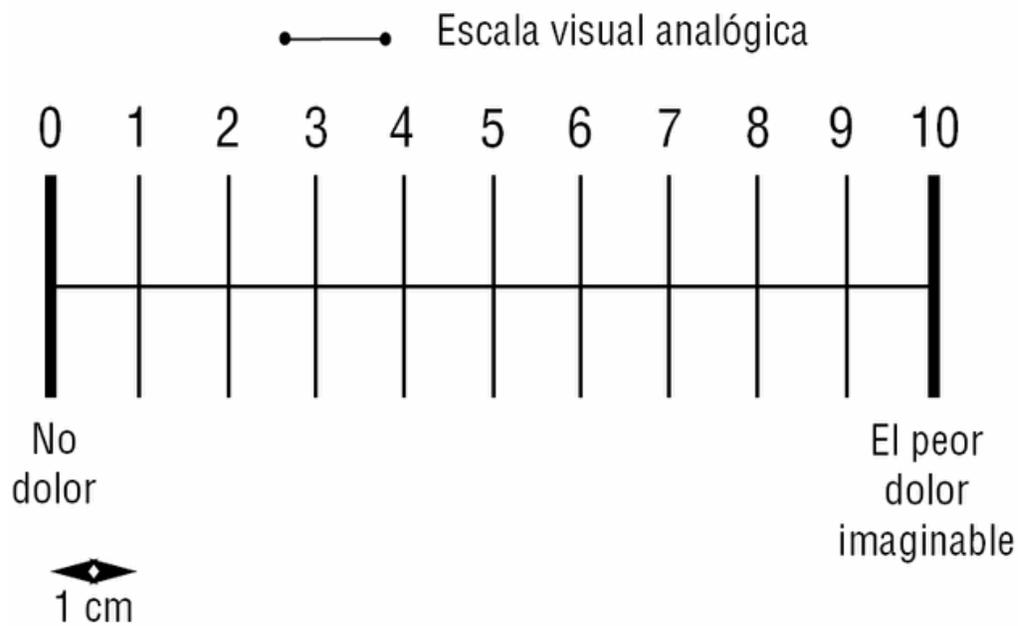
La escala de J.H Dowton está caracterizada por incluir en su registro alguno de los factores de riesgo que tiene mayor incidencia en los pacientes hospitalizados. Cada uno de los apartados de los que consta, posee una puntuación que oscila entre cero (ausencia de factor de riesgo) y uno (factor de riesgo presente). De 0 a 2 puntos corresponde a bajo riesgo, de 3 a 4 puntos moderado riesgo, igual o mayor a 5 se considera alto riesgo.⁴⁸

ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS J.H DOWTON		
Caídas previas	No	0
	Si	1
Medicamentos	No	0
	Tranquilizantes – sedantes	1
	Diurético	1
	Hipotensores no diuréticos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
Déficit sensorial	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulaci3n	Normal	0
	Seguro con ayuda	1
	Inseguro con o sin ayuda	1
	Imposible	1

Escala Analógica Visual (EVA)

Esta escala permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma.

En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.⁴⁹



Trípticos

Signos y síntomas de alarma.

- ⇒ Verificar si hay presencia de dolor, abdominal, supuración, enrojecimiento, mal olor o inflamación en el orificio del catéter.
- ⇒ Pérdida del estado de alerta.
- ⇒ Dolor de cabeza, zumbido de oídos, visión borrosa.



Elaboro: PSS. LEO Tania Ivonne
Bautista Ramirez

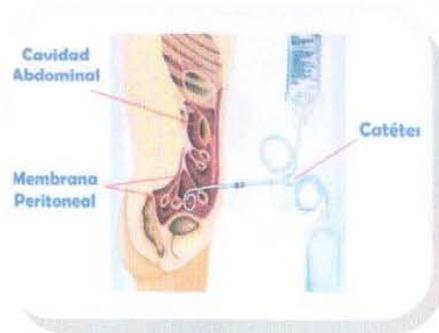


¿Cómo cuido mi salud?



¿ Qué es la peritonitis?

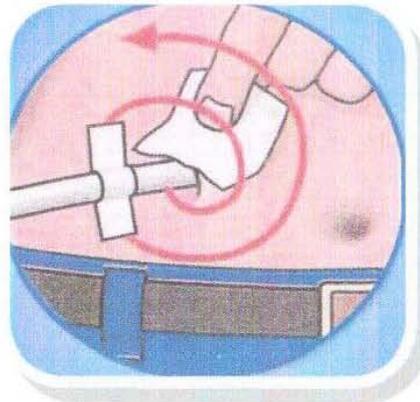
La peritonitis es un proceso inflamatorio e infeccioso de la membrana peritoneal y es la complicación mas frecuente de la diálisis peritoneal.



¿ Qué debo hacer para prevenir la peritonitis?

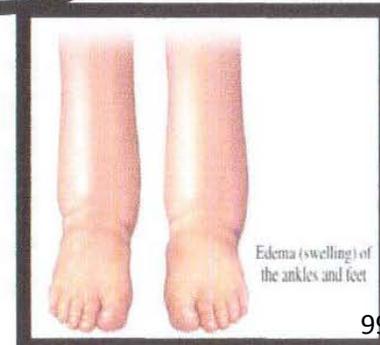
- ⇒ Lavado de manos.
- ⇒ Calentar la solución de diálisis previo a la realización del procedimiento.
- ⇒ Vigilar que el catéter se encuentre funcional.

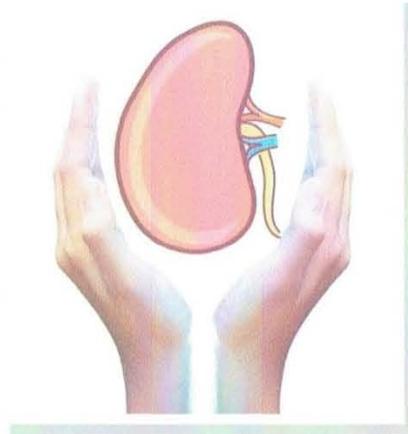
- ⇒ Corroborar en la solución dializante; fecha de caducidad, integridad de la bolsa, claridad y concentración correcta.
- ⇒ Uso de cubrebocas para el paciente y la persona que realizara la diálisis.
- ⇒ Uso de antiséptico.
- ⇒ No tocar las conexiones.
- ⇒ Vigilar que el liquido drenado sea claro.
- ⇒ Mantener el sitio de inserción del catéter limpio, seco y cubierto con gasas estériles.
- ⇒ Evitar jalarlo y/o apretarlo.
- ⇒ Limpiar el sitio de inserción con jabón neutro haciendo círculos .



Signos y síntomas de alarma por los que debe acudir al medico.

- ⇒ Fiebre de 38 °C .
- ⇒ Nauseas, vómitos .
- ⇒ Alteraciones en el ritmo del corazón, o sensación de opresión en el pecho.
- ⇒ Dificultad para respirar.
- ⇒ Inflamación de pies, manos, cara etc.
- ⇒ Mal funcionamiento en los drenajes.





¿QUÉ ES LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA?

LO QUE
NECESITA
SABER...

Elaboro:
PSS. L.E.O Tania Ivonne
Bautista Ramírez



Recomendaciones para vivir mejor.

- * Dieta baja en sal, potasio, proteínas, grasas, y azúcares. Preferencia por frutas y verduras.
- * Respetar la restricción de líquidos .
- * Mantener la presión arterial menor a 130/80 mmHg.
- * Controlar niveles de glucosa en sangre menor a 126 mg/dl en ayuno.
- * No Automedicarse .
- * Llevar a cabo control terapéutico.
- * Baño diario, higiene bucal, cuidados de la piel, utilización de ropa limpia y holgada que no presione la zona de implantación del catéter, utilización de jabones neutros y cremas hidratantes, y mantenimiento de uñas cortas y limpias.
- * Cuidados de catéter Tenckoff de diálisis peritoneal .
- * Realizar ejercicio.



¿Qué son los riñones?

Los riñones son dos órganos situados a ambos lados de la columna dorsal justo debajo de las costillas.

Funciones

Filtrar los desechos y el exceso de agua de la sangre por medio de la orina.

Mantienen el equilibrio químico del cuerpo, ayudan a controlar la presión arterial y a producir hormonas como la eritropoyetina encargada de estimular la producción de glóbulos rojos, además ayudan a mantener sus huesos sanos.

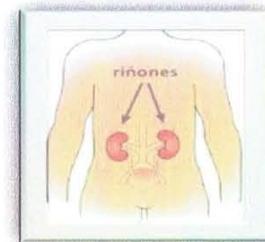
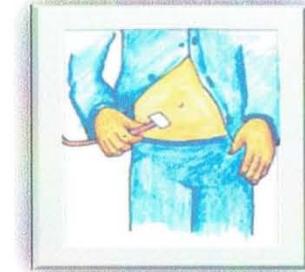
¿Qué es la insuficiencia renal crónica?

Es la pérdida progresiva e irreversible de la función renal. Es un padecimiento crónico y terminal de ambos riñones en la que el organismo pierde la capacidad de filtrar las sustancias tóxicas de la sangre y la persona requiere un tratamiento sustitutivo para conservar la vida, este puede ser diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante de riñón. La principal causa de la IRC es la Diabetes Mellitus.

Cuando los riñones dejan de funcionar, los productos de desecho se acumulan en la sangre, y usted empezará a sentirse mal, con síntomas tales como náuseas y vómitos, pérdida del apetito, dificultad para respirar, sabor metálico en la boca, inflamación de manos y tobillos por el acumulo de líquidos en su organismo, cansancio, debilidad y somnolencia debido a la anemia además de comezón en la piel por acumulación de toxinas en el organismo.

¿Qué es la diálisis peritoneal?

La **diálisis peritoneal** limpia su sangre y retira el exceso de líquido utilizando uno de los filtros naturales de su cuerpo, la **membrana peritoneal**. La membrana peritoneal es la capa que cubre al **peritoneo**, o cavidad abdominal, la cual contiene su estómago, órganos e intestinos. La solución para la Diálisis Peritoneal se coloca en el peritoneo a través del catéter, permanece un tiempo en el interior (tiempo de permanencia), posteriormente se vacía de la cavidad peritoneal (drenaje), consiguiendo con la salida de este líquido, la eliminación de sustancias tóxicas y líquidos de su sangre, ya que el líquido de diálisis se ha "impregnado" de las mismas durante el tiempo de permanencia.



Estudios de laboratorio

Química sanguínea 28/10/2014

Elemento	Resultado	Valor de referencia
Glucosa	*127 mg/dl	74 - 99 mg/dl
Urea	*246.1 mg/dl	17.4 - 55.8 mg/dl
Creatinina	*13.5 mg/dl	0.7 - 1.2 mg/dl
Ácido úrico	4.7 mg/dl	4.6 - 8.7 mg/dl
Sodio	*130.50 mg/dl	136 - 144 mg/dl
Potasio	4.9 mg/dl	3.6 - 5.1 mg/dl
Cloro	100 mg/dl	101 - 111 mg/dl
Calcio	8.50 mg/dl	8.9 - 10.3 mg/dl

Biometría hemática

	Resultado	Valor de referencia
Leucocitos	5.20	5 - 10
Neutrófilos %	64.90 %	60 - 70
Linfocitos %	26.60 %	20 - 30
Monocitos %	7.10 %	6 - 8
Bandas %	0 %	0
Eosinófilos %	*0.70 %	1 - 3
Basófilos %	0.70 %	0 - 1
Neutrófilos #	3.40 x 10e 3/ul	3 - 7
Linfocitos #	1.40 x 10e 3/ul	1 - 3
Monocitos #	0.400 x 10e 3/ul	0.3 - 0.8
Bandas	0 x 10e 3/ul	0
Eosinófilos #	*0.00 x 10e 3/ul	0.1 - 0.3
Basófilos #	0.00 x 10e 3/ul	0 - 0.1
Eritrocitos	*3.19 x 10 6/ul	4.7 - 6.1
Hemoglobina	*9.43 g/dl	14 - 18
Hematocrito	*29.30%	42 - 52
Plaquetas	229.90 x 10e 3/ul	130 - 400

Haciendo un análisis de los estudios de laboratorio realizados, puedo concluir que la glucosa se encuentra elevada, ya que se trata de un paciente diabético, la urea y creatinina están por encima de los niveles normales debido a que se trata de un paciente con ERC, los eritrocitos, la hemoglobina, y el hematocrito se encuentran por debajo de los niveles normales, lo que se ve reflejado en la anemia que el paciente presenta.

Estudios de laboratorio del día 21/11/2014

Biometría hemática.

	Resultado	Valor de referencia
Leucocitos	5.60	5 – 10
Neutrófilos %	60.00 %	60 – 70
Linfocitos %	*35.10 %	20 – 30
Monocitos %	*5.60 %	6 – 8
Bandas %	0 %	0
Eosinofilos %	*0.00 %	1 – 3
Basófilos %	0.80 %	0 – 1
Neutrófilos #	3.20 x 10e 3/ul	3 – 7
Linfocitos #	2.00 x 10e 3/ul	1 – 3
Monocitos #	0.300 x 10e 3/ul	0.3 – 0.8
Bandas	0 x 10e 3/ul	0
Eosinofilos #	0.01 x 10e 3/ul	0.1 – 0.3
Basófilos #	0.00 x 10e 3/ul	0 – 0.1
Eritrocitos	*3.38 x 10 6/ul	4.7 – 6.1
Hemoglobina	*10.10 g/dl	14 – 18
Hematocrito	*30.90%	42 – 52
Volumen corpuscular medio	91.60 fl	80-100
Hemoglobina corpuscular media	29.80 pg	27-31
Concentración media de Hb corpuscular	32.50 g/dl	33-37
RDW ancho de distribución de eritrocitos	14.10 %	11.5-14.5
Plaquetas	286.00 x 10e 3/ul	130 – 400
Volumen plaquetario medio	10.30 fl	7.4-10.4

Química sanguínea

	Resultado	Valor de referencia
Glucosa	*163 mg/dl	74 – 99
Urea	*306.0 mg/dl	17.4 - 55.8
Creatinina	*15.8 mg/dl	0.7 – 1.2
Ácido úrico	*9.4 mg/dl	4.6 – 8.7
Colesterol total	135 mg/dl	50 – 200
Triglicéridos	*165 mg/dl	50 – 150
Lipoproteínas de alta densidad (HDL)	41 mg/dl	41 – 85
Lipoproteínas de baja densidad (LDL)	103 mg/dl	100-130

	Resultado	Valor de referencia
Proteínas totales	7.1 g/dl	6.1-7.9
Albumina	3.80 g/dl	3.5-4.8
Fosfatasa alcalina	80 u/l	32-91
Sodio	*146.00 mmol/l	136-144
Potasio	4.6 mmol/l	3.6-5.1
Cloro	103 mmol/l	101-111
Calcio	10.00 mg/dl	8.9- 10.3
Fosforo	5.9 mg/dl	2.4-4.7

Hemoglobina glucosilada.

	Resultado	Valor de referencia
Hemoglobina glucosilada	*.78 %	4.6 – 6.2
Magnesio	*3.9 mg/ dl	1.8 – 2.5

Glosario

1. Catéter: dispositivo o sonda plástica minúscula, biocompatible, radio opaca, que puede ser suave o rígida, larga o corta dependiendo del diámetro o tipo de vaso sanguíneo en el que se instale; se utiliza para infundir solución intravenosa al torrente circulatorio.²⁸
2. Catéter venoso periférico: conducto tubular corto y flexible, elaborado con material biocompatible y radio opaco, que se utiliza para la infusión de la solución intravenosa al organismo a través de una vena distal.²⁸
3. Diabetes: enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.⁵⁰
4. Diabetes mellitus tipo II: tipo de diabetes en la que hay capacidad residual de secreción de insulina, pero sus niveles no superan la resistencia a la insulina concomitante, insuficiencia relativa de secreción de insulina o cuando coexisten ambas posibilidades y aparece la hiperglucemia.⁵⁰
5. Disestesia: ocurre cuando la sensación está perturbada y la persona siente distinto a lo esperado y generalmente resulta desagradable.
6. Disnea: es un término utilizado para denominar la respiración dificultosa.¹³
7. Dolor Agudo: experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa con un final anticipado o previsible de una duración menor de seis meses.⁴²
8. Edema: es el aumento de volumen del líquido en el intersticio que se manifiesta clínicamente por un hoyuelo al presionar la piel.²²
9. Escarcha urémica: consiste de cristales de urea depositados sobre la piel que generan aspecto de descamación y algunas veces es pruriginosa.³⁶
10. Enfermedad Renal Crónica : presencia de daño renal con una duración mayor o igual a 3 meses independientemente de la causa, en la que

ocurren anomalías estructurales y/o funcionales del riñón, lo que a su vez puede provocar un descenso de la filtración glomerular, o bien la presencia de filtrado glomerular inferior a 60 ml/min/1,73 m².⁵

11. Hipertensión arterial secundaria: elevación sostenida de la presión arterial, por alguna entidad nosológica: ≥ 140 mm de Hg (sistólica) o ≥ 90 mm de Hg (diastólica).⁵¹
12. Hipoglucemia: estado agudo, en el que se presentan manifestaciones de tipo vegetativo (sudoración fría, temblor, hambre, palpitations y ansiedad), o neuroglucopénicas (visión borrosa, debilidad, mareos), debido a valores subnormales de glucosa, generalmente <60-50 mg/dl. Pueden aparecer síntomas sugestivos de hipoglucemia, cuando se reducen estados de hiperglucemia, aun sin llegar a descender hasta los 50 mg/dl.⁵⁰
13. Microalbuminuria: excreción urinaria de albúmina, entre 20 y 200 μ g/min, o bien de 30 a 300 mg durante 24 horas en más de una ocasión, en un paciente sin traumatismo o infección renal, y fuera del periodo menstrual.⁵⁰
14. Nefropatía diabética: complicación tardía de la diabetes predominantemente de tipo glomerular, con compromiso intersticial; frecuentemente se añade daño por hipertensión arterial.⁵⁰
15. Retinopatía diabética: cuando en la retina existe compromiso de los vasos pequeños, incluyendo los capilares, con aumento de la permeabilidad, que permite la salida de lípidos formando exudados duros, obstrucción de vasos con infartos, produciéndose los exudados blandos. Puede haber ruptura de vasos, causando microhemorragias; la formación de nuevos por hipoxia puede condicionar hemorragias masivas.⁵⁰
16. Órgano Blanco: aquel órgano que sufre algún grado de deterioro a consecuencia de enfermedades crónicas degenerativas, entre las que se encuentran la hipertensión arterial, en el corto, mediano o largo plazo (cerebro, corazón, riñón y/u ojo).⁵¹
17. Presión arterial: fuerza hidrostática de la sangre sobre las paredes arteriales, que resulta de la función de bombeo del corazón, volumen

sanguíneo, resistencia de las arterias al flujo, y diámetro del lecho arterial.⁵¹

18. Taquipnea: se refiere a una frecuencia respiratoria rápida y persistente de más de 20 respiraciones por minuto en un adulto. Puede producirse con la fiebre, el ejercicio físico, la anemia la ansiedad.¹³
19. Tasa de filtrado glomerular: unidad de volumen de líquido que pasa por el glomérulo por la unidad de tiempo.