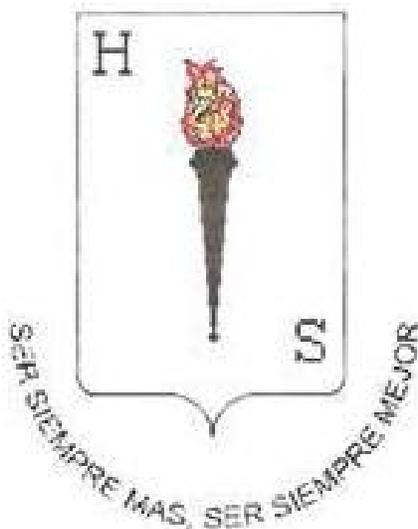


**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA
SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO CLAVE 8722**



TESIS

**CALIDAD EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**

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

ALUMNA

MOLINA RAMÍREZ ANA KAREN

ASESORA DE TESIS

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDE RAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN 2016



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.

DEDICATORIA:

A mis padres Ma Isabel Ramírez de Molina y José Eduardo Molina Araujo, por la semilla de superación que han sembrado en mí, a Emmanuel García Vega por todo su cariño y apoyo moral; también a mi hija Michelle que me estimula cada día, para seguir adelante y ser mejor enfermera y persona.

AGRADECIMIENTOS:

Le agradezco a Dios por estar conmigo siempre y haberme permitido vivir hasta este momento, por ser mi fortaleza en momentos de debilidad, mi luz y mi camino, en la obscuridad y en la soledad, que me atormentaban. Y por dejarme experiencias y enseñanzas que han marcado no solo mi carrera, sino mi vida entera.

Agradezco a mis papas Isabel y Eduardo, por todo ese apoyo incondicional que tuvieron conmigo a lo largo de este camino, y darme esa oportunidad de estudiar esta carrera. Y por ser un ejemplo de vida y unión familiar. Por todos sus valores éticos y cristianos enseñados y aprendidos.

A mi hermano, primos y primas, Julio Cesar, Jessica, Daniel , por brindarme y apoyarme en esos momentos de necesidad y ese ejemplo de perseverancia y autonomía. En especial a ti Jessica, por dar lo mejor de ti, por enseñarme que lo que cuesta en esta vida vale la pena, si se quiere ser feliz. Por esa fortaleza que he aprendido de ti, para lograr lo que quiero en la vida.

A mis tíos y abuelitos, que nunca dudaron de mí, por ese tiempo brindado, para ayudarme a seguir siempre sin importar lo que fuese, por ser una familia que sabe ser uno solo.

Gracias Loli por darme esa confianza, para seguir sin importar nada. Por ese ejemplo como familia y profesionalista, que sin duda han dejado huella en mi vida.

PROFESORES Y AMIGOS.

Gracias Lic. Ma Guadalupe Corona Abarca, por su asesoría en este trabajo y el apoyo brindado durante este último año, por su paciencia, comprensión, y su tiempo empleado; por habernos dado la oportunidad de trabajar con usted. Dr. Rafael Millán, Dr. Alfonso Zamudio, les agradezco por todo el apoyo brindado a lo largo de la carrera, por su amistad y por esos conocimientos transmitidos. Por seguir enseñando con su autonomía e integridad personal y profesional, que es lo más valioso para un estudiante.

A mis amigos que han estado conmigo, en la buenas y en las malas, por esos momentos que hemos vivido, por las tareas realizadas, las explicaciones que me dieron, pero, sobre todo, esa confianza que en mi depositaron, gracias por todo Ismael González, Alan Barrera, Ramón García, Ricardo Medina, Maximiliano Grande, Octavio Garduño, Luis Castro y Javier.

Al Dr. Emmanuel García Vega, por ese apoyo que me brindo siempre, sin importar el tiempo requerido o el cansancio, por escucharme y comprenderme cuando más lo necesitaba. Por enseñarme que no todo es alegría, pero que lo oscuro de la vida, es para ser mejor cada día, y que vale la pena vivirla. Por esas palabras de aliento, que, sin duda, iluminaron esos instantes de soledad y angustia.

A Pepe Álvarez, por ser parte importante en mi vida, por ser un alguien incondicional desde el día en que lo conocí, por ser un amigo muy especial. Por los consejos y el apoyo recibido en los momentos duros de mi vida.

Al Dr. Cecilio Marín Lasso, por sus enseñanzas teórico-prácticas, por su tiempo empleado para crecer profesionalmente y personalmente, porque su entrega y dedicación no tienen comparación, gracias por esa integridad de persona porque gracias a ese ejemplo comprendí la esencia de un profesionalista.

A mi hermanito Juan Pablo, que, aunque ya no está aquí conmigo, él fue una motivación muy grande y una fuerza, para estudiar esta carrera y llegar hasta este momento, porque él me enseñó lo duro de la vida, pero a la vez lo fuerte que puedo llegar hacer, cuando se ama de verdad; y que a pesar de la adversidad hay mucho para dar "siempre vivirás en mi corazón hermanito." Gracias, ahora soy una gran enfermera, de la cual estés orgulloso.

Gracias a todos y todas, porque siempre me recordaran que para alcanzar la felicidad en la vida hay que "Ser siempre más, ser siempre mejor".

RECONOCIMIENTO

A la Universidad Nacional Autónoma de México por brindarme la oportunidad de desarrollar capacidades y competencias, y optar por el Grado Académico de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. A la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, por permitirme desarrollarme en la práctica y teoría, por formarme como una persona integral y eficiente, logrando ser una enfermera diferente.

ÍNDICE

INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I	3
1. FUNDAMENTACION DE LA TESIS.....	3
1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA.....	4
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	7
1.3 UBICACIÓN DEL TEMA:.....	8
1.4 JUSTIFICACION:	9
1.5 OBJETIVOS:.....	11
CAPITULO II	12
2. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	12
2.1 ENFERMERÍA	13
2.2 CUIDADOS	13
2.3 CALIDAD	14
2.4 INSUFICIENCIA RENAL	16
2.5 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	19
2.6 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	24
2.7 CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	27
CAPITULO III	29
3. SERVICIOS DE ENFERMERIA	29
3.1 SERVICIOS.....	30
3.2 ATENCIÓN AL PACIENTE.....	35
3.3 TRATAMIENTO AL PACIENTE.....	43
3.4 VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE	51
3.5 METODOLOGÍA DE TESIS.....	74
3.6 DISEÑO DE TESIS.....	74
CONCLUSION:.....	75
GLOSARIO:.....	76
BIBLIOGRAFIA.....	78

INTRODUCCION

La presente tesis tiene por objeto analizar las intervenciones que tiene la enfermería, en pacientes con insuficiencia renal crónica, en su tratamiento. El primer capítulo se da a conocer de los fundamentos de la tesis.

A través de la historia la enfermera se ha preocupado por adquirir conocimientos que fundamenten las acciones de enfermería, para brindar a los pacientes una mejor calidad de atención. A mediados de 1800 fue Florencia Nightingale la primera persona en salud que se preocupó de registrar cada procedimiento y técnica ejecutada a los pacientes incorporando herramientas estadísticas que permitieron obtener resultados increíbles en los valores de la mortalidad institucional.

El primer indicio médico para mejorar la calidad de la atención aparece en 1846 cuando se instituye la Asociación Médica Americana siendo precisamente este uno de sus objetivos. En 1965 inicia sus trabajos de calidad el Doctor Avedis Donabedian, una de las máximas autoridades en este campo, define la calidad de la atención como el tipo de atención que se espera, que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez que se ha tomado en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas, que se relacionan con todas las partes del proceso de atención.

Donabedian describe que los servicios de salud, hay que estudiarlos en tres niveles: Estructura, Proceso y Resultado; y que a su vez se relacionan con tres dimensiones: Técnica, Interpersonal y Confort.

Es de esperarse que al culminar esta tesis se pueda contar de manera clara con las intervenciones de enfermería de manera eficaz y objetivamente, al paciente adulto con insuficiencia renal crónica.

CAPITULO I

1. FUNDAMENTACION DE LA TESIS

1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA

La salud y la enfermedad no son acontecimientos individuales sino sociales y aunque se intentan tratarlos como acontecimientos individuales, por ser el hombre miembro de una sociedad de la cual derive en buena parte su personalidad y estilo de vida, se convierten en sociales...” (Ricardo Moraga).

El problema de salud hay que contemplarlo desde su Multicausalidad y a la vez con Unidad, esto se hace a través del trabajo en equipo.

La presencia del personal enfermero en el equipo es básica, porque este profesional aporta la dimensión social para entenderla de una forma global: intervención en salud, concepto biopsicosocial, atención integral.

El personal de enfermería tiene como objetivo fomentar la toma de decisiones autónomas de individuos, grupos y comunidades respecto al cuidado y mejora de la salud, con la promoción y movilización de los recursos humanos necesarios.

Diferenciar la actitud del paciente cuando la enfermedad le ha sobrevenido de forma inmediata o ha sido de forma inmediata (mejor

asimilación). Actitud personal y familiar frente a la enfermedad. Intentar que el paciente manifieste como percibe su enfermedad en función del grado de información que tenga a través del equipo médico sanitario. Actitud ante el tratamiento y colaboración de la familia y relaciones sociales.

La información se le iría dando teniendo en cuenta su grado de ansiedad y de una forma progresiva con la finalidad de “no bloquear” tanto al paciente como a la familia.

En el momento que se inicia el tratamiento en Diálisis pueden surgir tres actitudes diferentes que se pueden producir de una forma aislada o al mismo tiempo:

Rechazo: En principio cierta negativa por todo lo que conlleva, información por la experiencia de otros.

Miedo al tratamiento: Entrada en un mundo que no conoce, aunque acepte el tratamiento.

De colaboración: Desde un principio a que todo puede salir bien.

En base a la problemática que se observa en los centros de atención de gobierno. Ya que el trato de los pacientes es muy deficiente, las

actividades del personal son deficientes por no seguir los patrones que se establecen o modelos que se deben seguir conforme a la institución. Sin embargo, también el personal médico tiene que ver, porque son un conjunto de trabajo.

Por eso es sumamente importante contar con el personal de enfermería especializado, para poder realizar un trabajo de calidad para con los pacientes.

Por lo anterior mencionado, en esta tesis se podrá plantear de forma clara como debe ser la participación del cuidado de la enfermera en pacientes con insuficiencia renal crónica, para mejorar el servicio de calidad que se pretende lograr.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El problema de investigación se plantea en la siguiente pregunta:
¿Cómo debe brindar la calidad del cuidado la enfermera al paciente con IRC?

UBICACIÓN DEL TEMA:

“LA ENFERMERIA Y LA NEFROLOGIA”

JUSTIFICACION:

La investigación surge desde cómo debe ser la calidad que la enfermera va a brindar al paciente con insuficiencia renal crónica. Ya que el cuidado que brinda la enfermera debe ser de calidad y con calidez, sin embargo, no realiza el servicio como debería.

No solo para hacer sentir bien al prójimo, sino para que demuestre lo que realmente su profesión le prescribe, y que actúe con ética y profesionalismo. Es sumamente necesario tener en cuenta algunos aspectos que marcan esta calidad del cuidado al paciente, entre ellos están, la recuperación del paciente, término del tratamiento completo, autoestima del paciente y sobre todo los familiares.

Ya que forman parte del proceso, y si no se les considera, se vería la diferencia en el proceso del paciente hacia el tratamiento. La calidad se enfoca a las necesidades de la persona y estas deben ser satisfechas, para poder lograr la calidad del servicio al paciente, que se pretende alcanzar.

Pero debe verse desde una perspectiva muy objetiva, ya que la mayoría del personal enfermero no se enfoca a tener un buen servicio del cuidado con calidad, por eso me enfoco a tomar este tema, sobre cómo debe dar el cuidado de calidad la enfermera al paciente con insuficiencia renal crónica.

Por el compromiso y la responsabilidad que tiene el personal, por muchos más factores, y no es la da ahí que tratemos al paciente de mala manera, o familiares, que no pongamos nuestro cansancio en el paciente, sino que debemos de tratarlo como se merece, de darle el servicio de calidad y eficacia, de atender a sus necesidades y brindarle un mejor trato.

Por las situaciones que se presentan cada vez más con mayor frecuencia en el personal de salud, ya que las consecuencias de esto se originan por falta de rendimiento laboral, deterioro en la relación enfermera – paciente, deshumanización, consecuencias físicas.

OBJETIVOS:

General: conocer las causas que originan que la enfermera no brinde un cuidado adecuado al paciente con IRC provocando un retraso en tratamiento, para desarrollar un plan de cuidados, y la enfermera pueda brindar el servicio como debe ser. Ubicar la posición de la enfermera en el cuidado al paciente y que se enfoque en ello, mejorara la situación de la salud del paciente.

Específicos:

- 1.- conocer la situación de la enfermera para determinar su estado de disposición para la atención en el cuidado al paciente con IRC a partir del análisis de algunos casos.
- 2.- informar al paciente y familiares, sobre el cuidado que va a realizar la enfermera en el tratamiento.
- 3.- conocer instrumentos para el desarrollo de la actividad de la enfermera con el plan establecido y observar si se cumplen los objetivos encaminados al cuidado.

CAPITULO II

2. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

2.1 ENFERMERÍA

La enfermería del latín in-, negación; firmus, firma, firmum, firme, resistente, fuerte; y -eria, actividad, establecimiento o actividad, establecimiento “relacionado” con los no firmes, no fuertes “enfermos” es la ciencia que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como a otras tareas sanitarias, siguiendo pautas clínicas.

La enfermería forma parte de las conocidas como ciencias de la salud.

La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.

2.2 CUIDADOS

La noción de cuidado está vinculada a la preservación o la conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a otro ser vivo. El término deriva del verbo cuidar (del latín *coidar*).

Enfermería, por otra parte, se asocia a la atención y vigilancia del estado de un enfermo. La enfermería es tanto dicha actividad como la profesión que implica realizar estas tareas y el lugar físico en el que se llevan a cabo.

2.3 CALIDAD

La calidad de la atención en los servicios de salud, es responsabilidad de los diferentes grupos que laboran en un hospital, sin embargo el papel de la enfermera es de particular importancia, ya que es quien brinda atención directa y está en contacto por más tiempo con el paciente, por lo que una atención interpersonal de buena calidad es necesaria para lograr la satisfacción de los pacientes ya que, como menciona Donabedian, son extraordinariamente sensibles al trato que reciben y con frecuencia utilizan básicamente ese elemento al juzgar la calidad de la atención como un todo, incluyendo los méritos técnicos.

La dimensión interpersonal: Es respetar al paciente como ser humano integral para lograr la satisfacción plena. Este aspecto de la calidad pone de manifiesto la habilidad para establecer relaciones interpersonales positivas y la actitud de los prestadores de servicios. Para su evaluación influye: La presentación del personal de enfermería, el establecimiento de una relación empática que refleje interés por ayudar al paciente a recuperar la salud; la amabilidad y la prontitud con que se le otorgue el servicio. Se recomienda el método de encuesta de opinión para conocer el grado de satisfacción de los usuarios con el servicio, mediante el cual el paciente puede externar su punto de vista. Las normas que rigen el manejo del proceso interpersonal surgen de los valores, principios y reglas éticas que gobiernan las relaciones entre las personas en general y entre los profesionales de la salud y sus pacientes en particular.

La calidad de la atención interpersonal de enfermería. Peplau definió la enfermería como un proceso terapéutico e interpersonal que funciona en

forma coordinada con otros procesos humanos que hacen posible la salud para el individuo, la familia y la comunidad, por lo que podemos definir la calidad de la atención interpersonal de enfermería como: La relación de respeto y comunicación que se establece entre enfermera y paciente para lograr su satisfacción. El respeto debe ser a los pacientes, a su integridad y a su particular forma de pensar, a sus creencias y decisiones, evitando en nuestro trato: Gritar, criticar, insultar o regañar al paciente.

La calidad de la atención interpersonal de enfermería debe incluir: Atención oportuna que se define como brindar atención al paciente en el momento que lo solicite, y de conformidad con su tratamiento. El trato amable que es establecer una relación de empatía con el paciente y la comunicación. La satisfacción del paciente se ha definido como la percepción que tiene éste de la atención que recibe e incluye: atención oportuna, amabilidad en el trato y comunicación.

2.4 INSUFICIENCIA RENAL

La insuficiencia renal o fallo renal se produce cuando los riñones no son capaces de filtrar las toxinas y otras sustancias de desecho de la sangre adecuadamente. Fisiológicamente, la insuficiencia renal se describe como una disminución en el índice de filtrado glomerular, lo que se manifiesta en una presencia elevada de creatinina en el suero.

Todavía no se entienden bien muchos de los factores que influyen en la velocidad con que se produce la insuficiencia renal o falla en los riñones. Los investigadores todavía se encuentran estudiando el efecto de las proteínas en la alimentación y las concentraciones de colesterol en la sangre para la función renal.

CAUSAS DE LA IR

En los Estados Unidos, cerca de 80,000 personas reciben el diagnóstico de insuficiencia renal cada año. Se trata de una afección grave en la cual los riñones dejan de eliminar los desechos del organismo. La insuficiencia renal es la etapa final del deterioro lento de los riñones, que es un proceso conocido como nefropatía.

Entre estos factores están la herencia, la dieta y otras afecciones, como la hipertensión arterial. Se ha observado que la hipertensión arterial, y las altas concentraciones de glucosa en la sangre, aumentan el riesgo de que una persona diabética termine sufriendo insuficiencia renal.

La diabetes es la causa más frecuente de insuficiencia renal, y constituye más del 40 por ciento de los casos nuevos. Incluso cuando los medicamentos y la dieta pueden controlar la diabetes, la enfermedad puede conducir a nefropatía e insuficiencia renal.

Una causa típica de insuficiencia renal es el Síndrome urémico hemolítico (SUH), una enfermedad causada por la bacteria *Escherichia coli* (ECEH o *Escherichia coli* entero hemorrágica) que puede ocasionar la muerte o dejar daños renales, neurológicos o hipertensión arterial.

Los estadounidenses de raza negra, los aborígenes estadounidenses, y los descendientes de hispanoamericanos sufren diabetes, nefropatía e insuficiencia renal en una proporción superior al promedio. Los científicos no han podido explicar este fenómeno ni pueden explicar totalmente la interacción de factores que conducen a la nefropatía diabética.

El riñón es para el organismo un regulador de las funciones sanguíneas y corporales, así como muy importante para mantener el bienestar físico del individuo. Cuando estas funciones del riñón se ven afectadas, es necesario realizar tratamientos farmacológicos y terapias como la diálisis, a la cual nos vamos a referir más adelante.

De acuerdo con Andreoli, et al. (1999) en el Compendio de Medicina interna nos dice: “Las enfermedades renales suelen ser inespecíficas en sus manifestaciones. Sin embargo, ciertos grupos de datos pueden utilizarse para clasificar algunos de los síndromes y enfermedades más frecuentes que afectan a los riñones y las vías urinarias.

La división de las manifestaciones clínicas en síndromes clínicamente distintos es arbitraria, y existe sobre posición entre ellos; sin embargo, la clasificación de la expresión de la función renal en grupos comunes cumple un propósito útil, principalmente la consideración de entidades Clínico patológicas específicas”.

Las nefropatías o trastornos renales pueden clasificarse según el segmento de la nefrona más afectado. La glomerulonefritis y diversas variantes del síndrome nefrótico afectan el glomérulo renal. Las vasculopatías, infecciones y toxinas tienen efectos primordiales sobre los túbulos renales, aunque es factible que coexista cierto grado de disfunción glomerular.

La obstrucción de la salida de orina por cálculos renales (nefrolitiasis), proteínas u otros materiales presentes en los conductos colectores o uréteres termina por lesionar la nefrona. Cuando el grado de daño de los riñones es grave, ocurre la insuficiencia renal y puede conducir al síndrome urémico. (Hernández, 2000)

La insuficiencia renal es una enfermedad que afecta el estado de salud, emocional, económico y social del paciente ya que al ingresar a los programas de terapia de reemplazo renal; se ven obligados a someterse a un estricto tratamiento, teniendo que modificar su vida social.

Además de esto, las múltiples anulaciones, dieta, restricción de líquidos, técnicas dolorosas, muchas veces la pérdida de esperanzas de trasplantes renales y en muchos casos el abandono familiar afecta notablemente al paciente disminuyendo su colaboración con respecto al tratamiento, lo que conduce que algunos pacientes adquieran conductas negativas a la diálisis.

2.5 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

La insuficiencia renal crónica es la pérdida de la capacidad funcional de los riñones en forma permanente, llegando a un grado funcional tan bajo que requiere diálisis. El Manual Merck (1998) la define como "situación clínica resultante de una multitud de procesos patológicos que conducen a un desajuste e insuficiencia de la función excretora y reguladora renales (uremias)".

La insuficiencia renal crónica puede producirse como resultado de infecciones renales crónicas, anomalías del desarrollo, trastornos vasculares y destrucción de los túbulos renales.

El paciente puede presentar letargo o somnolencia, cefalea, náuseas, prurito, vómitos, anemia, descenso del pH sérico, hipertensión, aumento de la fosfatemia y disminución de la calcemia, escarcha urémica, convulsiones, coma y muerte. El deterioro progresivo de la función renal ocasiona uremia.

El síndrome urémico ocurre cuando se elevan las concentraciones de nitrogenados y otros productos tóxicos de la sangre. Los pacientes que han llegado a la uremia, pueden presentar alteraciones mentales, neuropatías, convulsiones, cefalea, temblores, disminución en la capacidad de concentración, pérdida de reflejos, retinopatía, calcificaciones conjuntivales y corneales, arritmias, anemia, ingurgitación yugular, piel seca, coloración amarillo bronce, prurito, pérdida de peso, reducción de la masa muscular, insomnio, debilidad, estreñimiento, amenorrea; entre otros signos y síntomas.

La diálisis es una alternativa de tratamiento cuando el deterioro de la función renal se hace irreversible; la misma puede ser de dos tipos: diálisis peritoneal y hemodiálisis. La diálisis elimina los productos de desecho metabólico a través de membranas semipermeables como el peritoneo o de aparatos dializadores que separan la sangre del líquido dializante.

Los principios que fundamentan la diálisis son la difusión y ultrafiltración de los solutos y el agua; el movimiento de solutos es directamente proporcional al gradiente de concentración existente a ambos lados de la membrana, el cual se manipula variando la composición del líquido de diálisis.

La diálisis peritoneal se realiza al utilizar la membrana peritoneal del cuerpo que se encuentra dentro del abdomen como membrana semipermeable. Se infunden soluciones especiales que ayudan a eliminar las toxinas, permanecen en el abdomen por un lapso de tiempo y luego se drenan.

Saca el exceso de agua, los desechos y las sustancias químicas del cuerpo. Al comenzar el primer tratamiento, el cirujano coloca en su abdomen un tubo pequeño y blando llamado catéter. Este catéter queda allí permanentemente. Permite la entrada y salida del dializado de la cavidad abdominal.

CAUSAS PRINCIPALES:

Las principales causas de insuficiencia renal crónica son:

1. Enfermedades glomerulares Primarias Y Secundarias
2. Uropatías obstructivas
3. Nefropatías hereditarias
4. Hipoplasia displasia
5. Nefropatías vasculares
6. Nefropatías Tubulointersticiales
7. Nefropatías no clasificables

SÍNTOMAS INICIALES (pueden ser no específicos)

*pérdida de peso no intencional

*náuseas, vómito

*sensación de malestar general

*fatiga

*dolor de cabeza persistente

*hipo frecuente

*picazón (prurito) generalizado

SÍNTOMAS POSTERIORES:

- * Producción disminuida de orina o mayor volumen de orina
- * Necesidad de micción durante la noche
- * Se forman fácilmente magulladuras o se produce sangrado puede haber sangre en el vómito o en las heces
- * Agudeza mental disminuida
- * Somnolencia, letargo
- * Confusión mental, delirio
- * Coma
- * Contorsión muscular o calambres
- * Convulsiones
- * Pigmentación aumentada de la piel (puede lucir amarillenta o marrón
 - * Escarcha urémica (depósitos de cristales blancos en la piel y por encima de ésta)
- * Sensibilidad disminuida en las manos, pies y otras zonas del cuerpo

2.6 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El cuidado de enfermería es un proceso que comprende juicios y actos dirigidos a la promoción y restablecimiento del equilibrio en los sistemas humanos. El cuidado de enfermería se lleva a cabo gracias a la relación de colaboración entre la enfermera y el usuario que incluye la comunicación interpersonal entre ellos y con otras personas importantes para el usuario quienes forman parte del sistema de salud.

En tiempos pasados los cuidados de enfermería se realizaban, en forma intuitiva, no sistematizada, pero con Florencia Nightingale se inició una nueva etapa profesionalizada en la que progresivamente se han incorporado métodos más refinados basados en un conjunto de conocimientos que permiten tener un juicio y un fundamento para modificar actos de acuerdo con la situación específica.

Esta práctica se realiza bajo el proceso de atención de Enfermería (PAE), el que proporciona un método lógico y racional para que la enfermera organice la información de tal manera que el cuidado de enfermería sea eficiente y eficaz; el PAE se constituye en un conjunto de acciones que conducen a una meta determinada, ¡todas las fases de proceso están relacionadas entre sí y afectan a! todo y se producen en forma secuencial. La valoración conduce al diagnóstico, a la planificación, a las intervenciones de enfermería y la evaluación.

Es importante señalar, que el PAE tiene un enfoque holístico, considerando tanto los problemas físicos como los efectos de los mismos sobre el funcionamiento de la persona como ser individualizado. El mantenimiento de este enfoque asegura que se cubran las necesidades únicas y ayuda a la enfermera a adaptar las intervenciones al individuo (y familia) en vez de hacerlo a la enfermedad.

El uso del enfoque de patrones funcionales facilita realizar una valoración integral y sistematizada. Así mismo permiten a la enfermera identificar patrones funcionales y patrones disfuncionales que constituyen los diagnósticos de enfermería, los cuales proporcionan la base de la elección de intervenciones de enfermería que permitan alcanzar los resultados deseados en el usuario.

OBJETIVOS

- Proporcionar cuidados de enfermería respetando la dignidad y la unidad de la persona, para contribuir a la recuperación de su estado de salud, involucrando a la familia.
- Identificar problemas reales y/o potenciales en base a patrones funcionales.
- Establecer una relación de empatía y comunicación con el paciente.
- Identificar el medio físico, psicológico y social; en el que se desenvuelve el paciente.

-Permitir la adopción de nuevas conductas que le ayuden a la paciente a mantener su propio bienestar.

2.7 CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Los cuidados de enfermería, por lo tanto, abarcan diversas atenciones que un enfermero debe dedicar a su paciente. Sus características dependerán del estado y la gravedad del sujeto, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud y a asistir sanitariamente al paciente.

Cuando una persona se encuentra internada en un hospital (es decir, cuando debe pernoctar en el centro de salud), los cuidados de enfermería incluirán el control del suero, el monitoreo de sus parámetros vitales y el suministro de los medicamentos indicados por el médico, entre otras tareas.

Los enfermeros también pueden, en algunos casos, desplazarse hasta el domicilio del paciente para brindarle ciertos cuidados. Ese es el caso de un enfermero que visita a un anciano para aplicarle una inyección de manera diaria o para tomarle la presión arterial.

Cabe destacar que, para proporcionar cuidados de enfermería, es necesario obtener un título que sirva como habilitación. Las características de la formación y de la titulación dependen de cada país, ya que la carrera de enfermería puede ser terciaria o universitaria y requerir de diversas capacidades.

Según Virginia Henderson, una enfermera norteamericana nacida en 1897 que se apoyó en la fisiología y la psicología para teorizar su propia visión de la enfermería, las enfermeras y los enfermeros tienen la función principal de atender a las personas enfermas o sanas para llevar a cabo las actividades que colaboran con su recuperación o bien a evitar que padezcan cuando se acerca su hora final.

Los cuidados de enfermería son un servicio que compensa la falta de fuerza, conocimientos o voluntad, dependiendo del trastorno.

Henderson propuso un modelo que consta de 14 necesidades básicas, que responden a su idea de que todos los seres humanos tenemos las mismas y que los cuidados de enfermería surgen de analizarlas y buscar la forma de satisfacerlas.

CAPITULO III

3. SERVICIOS DE ENFERMERÍA

3.1 SERVICIOS

Los servicios de enfermería normalmente los ofrece dentro de un sistema de salud. El sistema de salud es lo que va a marcar lo que debe hacer la enfermera y que se espera de ella. Tipos de sistemas: Diferencias que los caracterizan. Podemos definir cuatro grandes modelos sanitarios teóricos, sus factores diferenciadores son:

Financiación:

La forma de financiación define las características de la protección de la población frente a los riesgos sanitarios, Esta puede ocurrir en tres direcciones, de jóvenes a viejos, de sanos a enfermos y de ricos a pobres.

El aseguramiento supone la disposición de fondos para cubrir los gastos en que se va incurrir inevitablemente en la vejez, período en el que el peso de las enfermedades es mayor. La redistribución tiene un componente social, implica la disposición de fondos por parte de aquellos que más tienen para cubrir las necesidades de los menos favorecidos.

En la financiación nos fijaremos en las fuentes de ingreso de dinero que pueden ser de dos tipos, pública o privada.

En la financiación privada también puede pagarse mediante dos formas diferentes, pago directo o por acto en donde no se produce ninguna función de garantía de renta o indirecto donde se paga mediante cuotas, un seguro que su precio dependerá del riesgo que tienen en cada momento, de esta manera se está asegurando su propia renta frente a los efectos de posibles enfermedades futuras, con mayor o menor componente de ahorro

La financiación pública es básicamente la que se nutre de los impuestos del estado, aunque también puede ser mediante un seguro obligatorio en este caso se consideró un tipo de financiación mixto ya que el contribuyente (trabajadores y empresarios) pagan un tanto (seguridad Social).

Gestión.

Las funciones de gestión son ejercidas de acuerdo con las características del entorno del sistema sanitario, el nivel de centralización de las decisiones, la financiación, los fines de organización, etc.

Las organizaciones se mueven entre dos extremos, por un lado, aquellas que forman parte no diferenciada de la tradicional administración pública, y por otro, las independientes de titularidad

privada que dependen de la venta de sus servicios en el mercado para alcanzar sus fines.

La primera son instituciones que ofrecen todos sus productos (output total) a cambio de un presupuesto, aquí las decisiones recaen habitualmente en organismos diferentes (parlamentos, hacienda, sanidad,) y son determinados con criterios distintos (índices macroeconómicos, leyes, objetivos sanitarios,) No tienen carácter lucrativo y los directivos tienen muy poco margen de maniobra ya que las funciones de gestión están en gran parte predeterminadas.

En una organización de este tipo, al menos una parte de los ingresos periódicos proviene de subvenciones o asignaciones presupuestarias del gobierno. La mejora o el empeoramiento de los resultados no tienen incidencia directa sobre la mejora o empeoramiento de la situación personal de quien decide o de la organización.

Las organizaciones independientes de titularidad privada consiguen su financiación a través de las unidades de servicios a precios de mercado. Aquí la competencia con otras organizaciones servicios está relacionada con los problemas de salud de la población. El profesional sanitario que decide qué y cuantos servicios debe utilizar el enfermo determina en gran parte la utilización de los servicios. Aunque también la percepción de necesidad de cuidados

determinada por el entorno cultural, social y las características psicológicas del cliente es un factor esencial para la utilización o no de servicios.

Los factores sociodemográficos y culturales incluyen factores relacionados con la población y la consideración de enfermedad por parte de la sociedad. El cliente decide utilizar servicios dependiendo de cómo sientan la enfermedad, las ventajas de la atención y las desventajas de esta.

La disponibilidad de recursos y la accesibilidad geográfica y socioeconómica también influyen en la utilización de estos servicios. La disponibilidad de recursos es la relación entre la cantidad y el tipo de servicios prestados y las necesidades de salud de la población.

La accesibilidad geográfica es la relación entre la localización de la prestación del servicio y la localización del usuario potencial o la necesidad de salud, expresada en distancia, tiempo o coste del transporte. La accesibilidad socioeconómica está definida por la aceptación de los servicios disponibles para un individuo o un grupo social determinado y por la existencia o no de barreras económicas para su utilización.

Se basa en el volumen, el precio y la calidad percibida de sus servicios. El directivo cuanto más servicio venda, más recursos obtiene. Los incentivos para que el directivo elija las mejores alternativas incluyen en este caso no sólo su satisfacción y prestigio sino también el incremento de recursos disponibles para su organización.

Regulación.

Son aquellas normas que regulan como han de darse esos servicios, dependiendo de la gestión pueden ser muy laxas (privados) hasta el hecho de no existir o muy estrictas llegando a ser leyes (públicos). Las diferencias entre unos y otros países se dan tanto en el tipo de temas sometidas a regulación como en quine establece esa regulación.

Utilización.

Es el tipo de usuario que tiene acceso a estos servicios. La utilización de servicios está determinada por factores epidemiológicos, sociodemográficos y organizativos.

3.2 ATENCIÓN AL PACIENTE

ATENCIÓN PRIMARIA

En Atención Primaria, la enfermera comunitaria es pieza clave en el manejo del paciente con

Enfermedad Renal Crónica (ERC). La visión integral de la persona, su contacto próximo con el

paciente y familia, y el conocimiento del entorno comunitario, convierten a la enfermera en

elemento indispensable en esta atención. Su actuación debe encaminarse al manejo adecuado

de la enfermedad por parte del paciente y por consiguiente requiere basarse en diferentes

puntos:

- Actividades de prevención primaria y secundaria
- Detección de signos de descompensación
- Actividades de Educación para la salud
- Fomento del autocuidado
- Atención al paciente terminal
- Apoyo al cuidador primario

PREVENCIÓN DE LA ERC

La prevención de la ERC en A.P., debe dirigirse a toda la población que se atiende. Se centrará

fundamentalmente, en aquellas personas que presenten algún factor de riesgo, para las que

los consejos de Autocuidados se centrarán en:

- * Personas que presenten diabetes mellitus y/o hipertensión arterial, cifras de

glucemia y TA controladas.

- * Abandono del tabaco y el consumo de alcohol.

- * Evitar automedicación y fármacos nefrotóxicos: Aines y diuréticos retenedores

de potasio.

- * Evitar obesidad.

- * Ejercicio moderado adaptado.

- * Limitación ingesta sodio.

- * Limitación de contrastes radiológicos endovenosos.

DETECCIÓN DE SIGNOS DE DESCOMPENSACIÓN INICIAL.

La enfermedad renal crónica en su inicio puede ser asintomática. Sin embargo, cierta sintomatología puede indicar un estadio de descompensación inicial. Para ello, es necesario establecer un protocolo de actuación por parte de la enfermera de Atención Primaria en personas con riesgo de padecer ERC, en el que se tengan en cuenta la aparición de los siguientes síntomas:

- * Hipertensión arterial ligera o moderada
- * Poliuria hipotónica
- * Nicturia

EDUCACIÓN SANITARIA Y AUTOCUIDADO.

Involucrar al paciente en su autocuidado es imprescindible para lograr un buen control de la enfermedad. Para ello, la enfermera debe dirigir su actividad a conseguir la estabilidad física, promover conductas de salud, e instruirle en la identificación precoz de síntomas o signos de inestabilidad.

A continuación, se exponen los aspectos educativos sobre los que basar la educación sanitaria adecuada y adaptada al paciente con ERC:

- * Proporcionar a la persona conocimientos sobre la ERC:
- * explicar etiología
- * manifestaciones clínicas y posibles complicaciones
- * identificar y monitorizar signos y síntomas de descompensación

- * Incidir en concepto de enfermedad crónica y progresiva.
- * Informar sobre los factores de riesgo: enfermedad cardiovascular, DM, HTA, obesidad, tabaquismo, dislipemia.
- * Tratamiento farmacológico: indicaciones, dosis, efectos secundarios y su correcto uso. Fármacos nefrotóxicos. Implementación de la adherencia.
- * Recomendaciones higiénico-dietéticas adaptadas a la persona: ejercicio físico, dieta según estadio de ERC, restricción del consumo de alcohol.
- * Incidir sobre la importancia de la prevención y promoción de la salud mediante conductas generadoras de salud.
- * Identificar el incumplimiento terapéutico, transgresiones dietéticas y hábitos tóxicos como causas de descompensación.
- * Favorecer estrategias de afrontamiento de la enfermedad.

CALIDAD DE VIDA

En su concepción más amplia, la calidad de vida recibe la influencia de factores como empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad.

La práctica médica tiene como meta preservar la calidad de vida a través de la prevención y tratamiento de las enfermedades. En este sentido, las personas con enfermedad crónica requieren evaluaciones con relación a la mejoría o al deterioro de su estado funcional y de su calidad de vida. (Velarde, Ávila, 2002)

Una enfermedad crónica puede afectar potencialmente la calidad de vida de una persona ya que incluye términos como salud y bienestar, los que se ven seriamente afectados cuando aparece una enfermedad, en la que el paciente puede experimentar el empobrecimiento de las actividades diarias y el progresivo o permanente acortamiento de las propias posibilidades y afecta asimismo el auto concepto y sentido de la vida y provoca estados depresivos.

El síntoma más relevante e insidioso es el dolor, que aparece de manera crónica. Implica el miedo a sentirlo, lo que suele llevar a aquéllos a evitar actividades potencialmente productoras de dolor, que con el paso del tiempo y en virtud de mecanismos operantes, conduce a la limitación y reducción de actividades físicas que se ve frecuentemente en los pacientes y que constituyen un cuadro complejo.

Definido además por la presencia de un conjunto de problemas específicos, tales como exceso de reposo, trastornos del sueño, alteraciones del estado de ánimo, reducción en el nivel de actividad funcional, deterioro de las habilidades sociales y predominio de repertorios comunicativos relacionados, lo que afecta todas las dimensiones de la calidad de vida del paciente. (Vinaccia, Quiceno, Fernández, Contreras, Bedoya, Tobón, Zapata, 2005).

Diversos autores han descrito la influencia que tiene la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) sobre la personalidad de estos pacientes. Se puede mencionar que las situaciones generadoras de conflicto para una adecuada adaptación serían las siguientes: pérdida de parte del cuerpo o de una función determinada del organismo; pérdida social y profesional; dificultades en planificar la vida; cambios en la vida y en la forma de vivir; pérdida de una posición económica y pérdida de un trabajo u ocupación.

Los pacientes que se encuentran en las unidades de diálisis deben sobrellevar una enfermedad crónica, debilitante y limitante y además, adaptarse a su total dependencia de una máquina y de un conjunto de profesionales involucrados en su tratamiento. El mayor problema de estos pacientes es con la enfermedad misma, pero con mucha frecuencia se agregan problemas con la integración, psicológica y conductual, de la necesidad de autonomía y a la vez de dependencia.

En forma predecible, los pacientes en diálisis tienen una alta probabilidad de conductas de regresión y negación, manifestada en una baja adhesión a las indicaciones prescritas, irregularidad en la asistencia a las sesiones o actitudes excesivamente infantiles o congraciativas.

Con el tiempo, los pacientes van logrando estrategias de adaptación, pero aquéllos que están iniciando el tratamiento de diálisis presentarán, con seguridad, alguna de estas reacciones. No son raros los trastornos psiquiátricos mayores, como depresiones graves, alto riesgo de suicidio, alteraciones sexuales, cuadros de pánico y otros. (Torres, 1995).

Los pacientes que se adaptan mejor al tratamiento presentan un nivel intelectual alto, una mejor adaptación a la ansiedad y a las dificultades emocionales, mayor tendencia a la participación en actividades vinculadas a la problemática que padecen, como campañas de trasplante de órganos y además cuentan con la continencia familiar adecuada. Uno de los pilares del trabajo psicoterapéutico reside en acompañar al paciente y a la familia, a que pueda realizar el duelo. Duelo de haber dejado de tener un organismo sano y renunciar a aquellos proyectos y estilo de vida que llevaba a cabo hasta que se le declaró la enfermedad.

Ese trabajo de duelo posibilitará que el paciente pueda pensarse en una nueva instancia de su vida, aceptar aquello que ya no puede hacer o emprender y proyectarse desde sus deseos a partir de sus posibilidades físicas y psíquicas hacia nuevos proyectos. Entre ellos, cobrará relevancia la posibilidad de un futuro trasplante. (Cerner, 2000).

Respecto al trabajo de la interconsulta médico psicológica, una de las claves a tener presente es el papel del psicólogo. Y en este punto, el rol del psicólogo debe apoyarse en dos principios: la práctica asistencial y la tarea docente con los demás miembros del equipo de salud.

A continuación, se describen los procedimientos de aplicación de las estrategias cognitivo conductuales en el manejo de las manifestaciones físicas y emocionales de la insuficiencia renal crónica que alteran el bienestar del paciente.

3.3 TRATAMIENTO AL PACIENTE

Tratamientos para el paciente con ERC

La enfermedad renal es una patología crónica, que en los momentos más graves lleva al paciente a decidir por un tratamiento renal sustitutivo.

Actualmente para este proceso de elección, existen varias alternativas: La diálisis en sus dos modalidades, la hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal (DP),

y el trasplante renal (TX), ya sea de donante vivo o fallecido. A continuación, vamos a adentrarnos un poco más en el tratamiento y ver cada uno de ellos por separado con sus particularidades.

Antes de describir los distintos tipos de tratamiento definiremos un poco algunos términos.

La diálisis es un procedimiento que nos permite extraer de la sangre del paciente sustancias nocivas o tóxicas para el organismo, así como también el agua acumulada en exceso. El objetivo de la diálisis es sustituir la función excretora de los riñones.

Cada uno de los tratamientos de diálisis tiene diversas modalidades como pueden ser la diálisis peritoneal ambulatoria continua, diálisis peritoneal automatizada, hemodiálisis convencional, hemodiafiltración etc. y a su vez con distintas variantes, siendo de todas, la HD en el centro la más prevalente, como veremos a continuación.

HEMODIÁLISIS

La hemodiálisis constituye una modalidad terapéutica de sustitución de la función renal, que hoy es aplicada mundialmente a cerca de 1 millón de pacientes con fallo renal y que puede garantizar por muchos años una adecuada calidad de vida en estos enfermos. Entre las diferentes modalidades de tratamiento sustitutivo, la HD es la más utilizada.

El procedimiento de HD es realizado principalmente en los hospitales y/o clínicas (unidades de terapia renal sustitutiva), de dos a tres veces por semana, de acuerdo con la prescripción médica, cuyo objetivo es extraer las sustancias nitrogenadas tóxicas de la sangre y eliminar el exceso de agua.

Los principios físicos en los que se basa la HD son la difusión y la convección, los cuales permiten el paso de solutos y agua a través de una membrana semipermeable. Este intercambio entre la sangre y el líquido de diálisis logra la eliminación de las toxinas urémicas y el exceso de líquido del organismo, produciéndose de forma simultánea un equilibrio positivo hacia el paciente de calcio y bicarbonato.

Así pues, durante un tratamiento de hemodiálisis, la sangre del paciente está circulando fuera del cuerpo a través de un riñón artificial, el dializador. La línea arterial lleva la sangre desde el acceso vascular al dializador mediante una bomba de sangre que puede oscilar entre 200-450 ml/min.

Seguidamente la línea venosa devuelve la sangre depurada por el dializador al paciente. Para la realización de la terapia de hemodiálisis es necesario contar con un acceso vascular. Generalmente, los pacientes disponen de un acceso vascular autólogo, como puede ser una fístula arterio-venosa (FAV) o una prótesisvascular.

En otros casos, disponen de un catéter venoso central (CVC) permanente. La elección siempre es prioritaria del acceso vascular autólogo con respecto al CVC, pero en ocasiones, las dificultades para el abordaje o la propia problemática del paciente, determinan la realización de un CVC.

Los pacientes pueden presentar durante la HD una serie de complicaciones clínicas como hipotensión, calambres musculares, dolor precordial, desequilibrio dialítico, hemólisis, embolia gaseosa etc. Y complicaciones técnicas que pueden ser rotura del dializador, extravasación sanguínea, etc.

En el intervalo entre las sesiones de hemodiálisis, el paciente puede hacer su vida normal y de trabajo, sin embargo, como las toxinas van acumulándose en el cuerpo, es necesaria mayor restricción alimentar, siendo preciso un mayor control, principalmente en la ingesta de agua y sal.

No existen contraindicaciones absolutas para la instauración de diálisis, pero un porcentaje significativo de pacientes potencialmente tratables sigue sin ser incluido. Entre las razones que se consideran éticamente aceptables para la no inclusión en programa están:

- * Demencia grave e irreversible (Alzheimer).
- * Las situaciones de inconsciencia permanente.
- * Los tumores con metástasis avanzadas en cáncer terminal, sobre todo en los pacientes con dolor intenso, permanente y no controlable, en los que la diálisis puede alargar la vida durante un cierto periodo de tiempo a costa de prolongar el sufrimiento.

“Cuidados de enfermería en pacientes con enfermedad renal crónica en fase aguda”

- * La enfermedad hepática, pulmonar o cardiaca en estadio terminal.
- * La incapacidad mental grave que impide cooperar en el proceso de diálisis.
- * Los pacientes hospitalizados con fallo multiorgánico que persiste después de 2 o 3 días de tratamiento intensivo.

La decisión final sobre la inclusión o no en el programa de diálisis corresponde al paciente (o a su familia si el paciente no está capacitado para tomar decisiones), quien debe ser debidamente informado sobre los beneficios y riesgos esperables en su caso.

Si hablamos en concreto de las *situaciones de urgencia*, la hemodiálisis es la técnica más empleada en pacientes que presente Insuficiencia Renal Crónica, Insuficiencia Renal Crónica Agudizada y en

Insuficiencia Renal Aguda.

Las condiciones clínicas que frecuentemente están asociadas a la indicación de HD de urgencia están relacionadas con factores hipercatabólicos, y aquellas circunstancias que favorecen la aparición de disturbios hídricos, electrolíticos y del equilibrio ácido-básico.

DIÁLISIS PERITONEAL

Refiriéndonos al término Diálisis Peritoneal se encierran todas aquellas técnicas de tratamiento sustitutivo que utilizan la membrana peritoneal, como membrana de diálisis.

La membrana peritoneal es una membrana biológica que se comporta funcionalmente como una membrana dialítica siendo esta característica el principal determinante para que la diálisis peritoneal constituya una técnica de tratamiento adecuada para los pacientes con Enfermedad Renal Crónica en estadio. En la diálisis peritoneal, la membrana que reviste la cavidad abdominal (el peritoneo) sirve de sustituto del riñón. La DP es una técnica sencilla en la que la infusión de una solución dentro de la cavidad peritoneal se sigue, tras un periodo de intercambio en el que se produce la transferencia de agua y solutos entre la sangre y la solución de diálisis, del drenaje del fluido parcialmente equilibrado. Los materiales de desecho de la sangre pasan a la solución mediante difusión. La repetición de este proceso permite eliminar el exceso de líquido y aclarar los productos de desecho y toxinas acumulados en el organismo, así como acercar los niveles de electrolitos a la normalidad.

Normalmente, unos 2 litros de líquido son instilados a través de un catéter en la cavidad abdominal.

Las principales complicaciones asociadas son la infección del túnel y del sitio de salida, infecciones peritoneales, las fugas y disfunción del catéter.

Existen diferentes modalidades de diálisis peritoneal, siendo la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) y la diálisis peritoneal automatizada o ciclada (DPA) las mayormente utilizadas. La DPCA es muy popular debido a que es un procedimiento sencillo que el paciente puede realizar fácilmente en su domicilio con un entrenamiento adecuado.

Por lo general se realizan tres o cuatro recambios de 1.5 a 2.5 L al día, con una duración de 4 a 6 horas durante el día y 8 a 9 horas durante la noche. Los pacientes en DPA tienen de 3 a 7 ciclos de 1.5 a 2.5 L durante un periodo de 9 horas en la noche. La situación socioeconómica del paciente y su capacidad de realizar el procedimiento son factores muy importantes al momento de prescribir la diálisis peritoneal. La depuración en el paciente en diálisis peritoneal es una suma del efecto de la diálisis y su función renal residual.

En contraste con la hemodiálisis, la diálisis peritoneal, es casi siempre una terapia continua (diálisis peritoneal ambulatoria continua), es decir, que el paciente lleva todo el tiempo en la cavidad abdominal el líquido de la diálisis.

TRASPLANTE RENAL

El trasplante renal es el tratamiento de elección de los pacientes con ERC estado 5 16,18. Al compararse con la diálisis, los pacientes trasplantados tienen mejores resultados en supervivencia, costo efectividad y calidad de vida. Estos buenos resultados no parecen ser diferentes para pacientes de elevada edad.

El trasplante renal es otro tratamiento sustitutivo de la función renal, que se añade a la diálisis (peritoneal y hemodiálisis). Se trata de métodos de tratamiento complementarios y no excluyentes («tratamiento integrado»). En la mayoría de los casos, cuando el paciente inicia una de las dos modalidades de diálisis es incluido, si no existen contraindicaciones, en lista de espera para trasplante renal.

Ocasionalmente, sobre todo en el caso de un donante vivo, se realiza el trasplante antes de iniciar la diálisis.

El trasplante renal consiste en colocar el riñón de otra persona en el cuerpo de un paciente mediante cirugía. El injerto es colocado en el interior de la parte baja del abdomen y generalmente se conectan la arteria y vena renal del injerto a la arteria iliaca externa y la vena iliaca del paciente.

Independientemente de si el riñón del donante es izquierdo o derecho, se opta por alojarlo en situación "heterotópica", que significa "otro lugar", es decir, estará colocado en un sitio diferente al habitual, normalmente en fosa iliaca derecha. La sangre del paciente fluye a

través del riñón trasplantado y éste comienza a producir orina y a realizar sus funciones. El trasplante renal es la única modalidad de TRS que realmente previene el desarrollo de uremia. No todos los pacientes con ERC son candidatos a trasplante renal por lo que su evaluación adecuada minimiza la morbilidad y mortalidad, al igual que mejora la calidad de vida.

El trasplante renal de donante vivo relacionado es la mejor opción de terapia de reemplazo renal en pacientes con ERCT. La sobrevida del injerto de donante fallecido en uno y cinco años es del 88% y 63%, respectivamente. Mientras que los injertos de donante vivo relacionado tienen una sobrevida de 94% y 76%, respectivamente.

El trasplante renal genera en los pacientes una mejor calidad de vida global, probablemente porque es el tratamiento en el cual los pacientes, a pesar de continuar con el uso estricto de medicamentos y supervisión permanente del equipo médico, tienen más autonomía y un nivel de funcionamiento similar al que tenía antes de la aparición de la enfermedad.

3.4 VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE

Escalas de valoración:

- Utilizar escalas validadas
- Que sean fáciles de pasar por todos los profesionales
- Que ayuden a hacer un seguimiento del proceso
- Que detecten las necesidades de los pacientes
- Que sirvan para planificar intervenciones

Los efectos psicológicos en la enfermedad renal crónica.

Estrategias cognitivo conductuales.

1. Dolor: Relajación con visualización
2. Depresión: Psicoterapia
3. Afrontamiento
4. Duelo: Psicoterapia
5. Angustia: Relajación progresiva de Jacobson.
6. Relajación con visualización
7. Manejo estresante de la enfermedad crónica: Afrontamiento
8. Efectos de deterioro familiar: Psicoterapia y Afrontamiento

Crónica son: la diabetes, la hipertensión, las enfermedades obstructivas de las vías urinarias (como cálculos, tumores, etc.).

La insuficiencia renal crónica puede resultar de la complicación de una gran cantidad de enfermedades del riñón, tales como nefropatía por IgA (enfermedad de Berger), enfermedades inflamatorias de los riñones (llamadas en conjunto glomerulonefritis), pielonefritis crónica y retención urinaria, y el uso de medicamentos tóxicos para el riñón (especialmente medios de contraste y algunos antibióticos).

La insuficiencia renal terminal (IRT) o (ESRF) es la última consecuencia, en la cual generalmente la diálisis se requiere hasta que se encuentre un donante para un trasplante renal.

En la mayoría de los casos, la función renal se deteriora lentamente a lo largo de varios años y presenta inicialmente pocos síntomas evidentes, a pesar de estar relacionada con anemia y altos niveles de toxinas en sangre. Cuando el paciente se siente mal, generalmente la enfermedad está muy avanzada y la diálisis es necesaria.

Cualquier persona puede sufrir de enfermedad renal, pero los de más alto riesgo son los diabéticos, los hipertensos y los familiares de personas que sufren de enfermedad renal. Como la enfermedad renal no siempre producen síntomas visibles, las personas en riesgo que mencionamos antes deben hacerse estudios para detectar la enfermedad, los básicos son: Creatinina y filtración glomerular.

Si se detecta la enfermedad en fase temprana puede reducirse la velocidad con la que el daño progresa, retrasando la necesidad de iniciar las terapias de reemplazo de la función renal y preparando mejor al paciente para cuando sea necesario su inicio. Las terapias de reemplazo renal son la hemodiálisis, la diálisis peritoneal, y el trasplante renal. (Fisiopatología Renal, Fundamentos Helmut G. Rennke. - Lippincott Williams)

Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana

*Apoyo emocional

*Control del humor

*Estimulación de la integridad

- *Fomento de la implicación familiar
- *Modificación de la conducta: habilidades sociales
- *Reafirmación de la autoestima
- *Reafirmación de la conciencia de sí mismo
- *Terapia de actividad
- *Biblioterapia asistida
- *Fomento de la comunicación
- La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano
- *Baño Diario
- *Mantener la piel limpia y seca
- *Lubricación de la piel
- *Manejo de nutrición
- *Manejo de líquidos
- *Prevenir infecciones

*La promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales, de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal.

*Manejo ambiental: confort

*Apoyo Emocional

*Terapia musical

*Actividades lúdicas

Proporcionar material didáctico como: crayolas, hojas, rompecabezas, lotería, películas, sesiones de cuenta cuentos.

PARTICIPACION DE ENFERMERIA

La enfermera como parte del equipo de salud y como profesional que pasa con el paciente la mayor parte del tiempo, por la naturaleza de su participación en los cuidados de atención directa, se encuentra llamada a tomar parte activa en la prevención mediante el desempeño de su rol docente proporcionándole al paciente la información referida a las actividades de prevención de la hipertensión arterial, así como los autocuidados que deben observarse una vez que ya se padece.

Es por ello que se hace necesario determinar la participación del Profesional de enfermería como dispensador de salud en el ofrecimiento de la información necesaria sobre estilos de vida

saludables que permita a los enfermos renales, modificar sus hábitos de vida e implementar los autocuidados necesarios, de tal manera que pueda lograr la restitución de su estado de bienestar de acuerdo a las condiciones propias impuesta por la enfermedad renal o disminuir los riesgos que pudieran derivarse de un mal manejo de la misma.

Este cuidado se centra en la prevención y control de las complicaciones secundarias a la enfermedad. Para prevenir las infecciones, las enfermeras no solo deben de vigilar los síntomas de infección, sino que deben de ocuparse de mantener la higiene pulmonar del paciente, la integridad de la piel, y la nutrición. Así mismo deben de conservar una asepsia estricta al cambiar la ropa del paciente y al realizar la cateterización urinaria o cualquier procedimiento invasivo.

Si los pacientes están inmóviles debe dárseles la vuelta y controlar la formación de lesiones en el pie para prevenir el riesgo de infección Si existe anasarca importante edema generalizado masivo, debe prevenirse la aparición de lesiones cutáneas con la utilización de colchones de aire o de agua.

El mantenimiento de un equilibrio hídrico óptimo en los pacientes con IRC requiere :Control constante del volumen de diuresis, tras la administración de diuréticos, Vigilar estrechamente las entradas y salidas de líquidos, Determinar las pérdidas de líquidos, Valorar la

existencia de desplazamientos entre los compartimientos hídricos que provoquen edema intersticial y si los pacientes se encuentran en estado crítico evaluar la función cardiovascular mediante la determinación de la presión arterial pulmonar (que se presenta con disnea, sibilancias, taquipnea y a veces cianosis) el gasto cardiaco.

Para mantener un balance hídrico adecuado las entradas y salidas de los líquidos deben correlacionarse con el peso diario del paciente. Es importante una cuidadosa valoración de todas las ingestas y pérdidas de líquidos, ya que la hipovolemia generalmente precede al daño tubular isquémico.

I. VALORACIÓN

La valoración se llevó a cabo desde el día 30-10-08 hasta el día 05-11-08 en el servicio de cirugía cama N°437.

DATOS GENERALES

Nombre: Noemí

Edad: 49 años Sexo:

Femenino

Fecha de nacimiento: 15 de julio de 1959 Grado

de instrucción: Tercer grado de primaria.

Procedencia: Michoacán

Domicilio: Av. Morelos norte sur #35 Estado

conyugal: Conviviente

- Da médico: Absceso en la nalga izquierda.

II. VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

1.- PATRON PERCEPCION MANTENIMIENTO DE LA SALUD

T°= 36.5°C P= 80 x1 R= 20 x1 PA= 110/80 mmHg

- Paciente ingresó al hospital de Apoyo Chapén por un absceso en la nalga izquierda causada por una elevada dosis de ampollas que se inyectaba por vía intramuscular al presentar osteoporosis. Refiere no haberse hecho exámenes médicos, hasta que decidió acudir a pasar consulta por un doctor debido a un dolor de huesos que ella tenía, y le diagnosticaron osteoporosis.

Según su estado por lo que refiere su familiar (madre), el medicamento que le provocó el absceso es el corticoide (ampolla) que se administró de una manera excesiva. La recuperación tisular periférica era deficiente a causa de antecedentes diabéticos que la paciente desconocía.

Durante la hospitalización en ocasiones se negaba a ingerir los medicamentos, al sentir que estos le provocaban náuseas.

Antecedentes personales: DM Tipo II. Antecedente

familiar: Madre diabética. Tratamiento médico:

- Dieta hipoglúcida, hiperprotéica.
- CFV c/6 horas.
- Reposo DL IZQ.
- * NaCl 9% AD x 1000cc ----- 35 gts x'
- Clindamicina x 300mg: 01/ tab vo c/8h.
- Cefalexina x 500mg: 01/tab vo c/6h.
- Ciprofloxacino x 500mg 01/tab vo c/12h.
- Diazepam x 10mg 01/tab vo PRN.
- Tramadol x 100mg 01 amp. EV.
- Dimenhidrinato x 50mg 01amp. EV.
- Metronidazol x 500mg 01 tab vo c/8h.
- Ranitidina x 300mg 01tab vo c/24h.

2.- PATRON NUTRICIONAL/METABÓLICO

Peso= 86kg. Talla= 1.60cm. T°= 36.5°C.

- Paciente habitualmente consume tres comidas diarias, en los tres últimos meses, refiere haber perdido aproximadamente tres kilos. Paciente refiere no tener apetito desde que ingresó al hospital, su alimentación ha disminuido al igual que la ingesta de líquidos.

Se encuentra a paciente en la hospitalización, despierta, LOTEPE, en reposo DL Izq. con VPP pasando NaCl 9% x 1000cc. Al examen físico piel y mucosas secas, ligeramente pálidas (cabeza, cuello, ojos, oídos, nariz y cavidad oral), son turgentes y flexibles a la palpación. Presenta un edema inflamatorio, la cual es el que dio paso a la formación de absceso cutáneo.

- El día 31-10-08 recibió una dieta hipoglúcida, pero hasta el día de alta mantuvo una dieta hiposódica -hiperprotéica.
- Según refiere su familiar (madre) paciente tiene un esposo e hijos que le favorecen en su alimentación diaria.

3.- PATRÓN ELIMINACIÓN

- Eliminación vesical: Paciente refiere miccionar habitualmente tres a cuatro veces al día. Actualmente la hospitalización no se ha alterado su patrón de eliminación vesical, eliminando orina de características normales.
- Eliminación intestinal: Paciente habitualmente realiza 1 deposición al

día y no usa ayuda de ningún medicamento.

- No presenta diarrea.
- Hasta el día 05-11-08 que fue dada de alta realizó sus deposiciones normales.

4.-PATRÓN ACTIVIDAD/ EJERCICIO ESTADO

CARDIORESPIRATORIO

- Sus extremidades inferiores presentan una temperatura equitativa al resto del cuerpo, en comparación de su coloración poco amarillenta.
- Paciente se fatiga un poco cuando está en actividad por su misma obesidad.
- Su respiración es adecuada, no requiere de oxígeno.
- No padece dificultades respiratorias
- Para su reposo la señora descansaba de manera lateral (lado derecho), por lo mismo que su absceso lo tenía en la nalga izquierda.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA/ESTADO DE LA MOVILIDAD

- Realiza sus actividades diarias normalmente de una manera dependiente.
- La única limitación para su movilidad es que por su misma enfermedad (osteoporosis) hay momentos que le duelen los huesos.

- En su vida diaria se despierta a las 6:30am que empieza a realizar todas sus actividades como ama de casa (cocina, lava, plancha, etc.) hasta las 9:30pm que descansa; excepto que tenga culto en su iglesia cristiana.
- Su tiempo lo emplea atendiendo a sus hijos, a su esposo y a una nieta que tiene a su cargo.
- Tiene dificultad para su movilización por su misma herida y por su obesidad.
- En la hospitalización presentaba dificultad en su movilidad en cama, hacia el lado izquierdo puesto que se encuentra su absceso.

5.- COGNITIVO /PERCEPTIVO

ESTADO DE CONCIENCIA

- Paciente adulta madura, se encuentra despierta, poco comunicativa, responde a la defensiva al interrogatorio.
- No realiza operaciones de cálculos simples, por lo que la señora no tuvo primaria completa.
- Reconoce con facilidad los objetos que son de su utilidad.
- Responde a test de su persona o enfermedad con claridad.
- Responde a estímulos, en las palpaciones.

CAPACIDADES SENSORIOPERCEPTIVAS

- En la visión, presenta pupilas foto reactivas, el aparato lacrimal no es tan húmedo, sus conjuntivas tienen un color ligeramente pálido; no presenta problemas de visión.
- Su audición es normal; los oídos presentan un color pálido, su pabellón auricular derecho es asimétrico.
- Sus mucosas nasales son semipermeables.
- No presenta problemas sensorio perceptivos.

CAPACIDAD COGNITIVA

- No tiene pensamientos confusos, ni alucinaciones, ni fantasías. Puede hablar con claridad, si tiene información sobre su estado de salud, sabe cuál es su Dx médico.

6.- ROL/RELACIONES

- Paciente responde de manera defensiva a los interrogatorios, hay falta de claridad en sus palabras por su estado de ánimo disminuido, no mira el rostro cuando responde; siente un poco de temor y vergüenza.
- Refiere que siente que por su enfermedad se le va hacer difícil asumir el papel de ama de casa; sintiéndose deficiente del cuidado de su nieta que tiene bajo su responsabilidad.

7.- AUTOPERCEPCIÓN/AUTOCONCEPTO

- Paciente siente desesperación por su alta, se siente aburrida y deprimida porque no ve a su familia.
- Con su enfermedad ha cambiado en cuanto a su estado de ánimo, ya no es muy tolerante.
- En los cambios que se denotan están su pérdida de peso y su estado de ánimo.
- La señora hay momentos en que entiende su enfermedad, pero hay momentos en que se desespera.
- Lo que le gustaría a la señora que fuera diferente es que por su diabetes no tenga que demorar la cicatrización de la herida.

8.- REPOSO/SUEÑO

- Su sueño no es el adecuado por lo que siente molestia con la herida al querer dormir para el lado izquierdo, lado en que presenta el absceso.
- El único medicamento que en algunos casos se le administraba era DIAZEPAM 10 mg vía oral.
- Su sueño era entrecortado, por la preocupación de que extrañaba a su nieta y necesitaba cuidarla.
- La cantidad de horas que podía dormir eran de un promedio de 3 o 4 horas en un nivel de 1-10 horas.

9.- SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN

- Su menopausia le dio a los 42 años.
- Actualmente no se encuentra embarazada, tiene 4 hijos
- No usa métodos anticonceptivos.
- En ninguna oportunidad se realizó examen de mamas.

10.- AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS

- Paciente expresa intolerancia su situación, pues ya no puede realizar sus AVD y sus roles de ama de casa.
- Refiere de que el personal de salud le miente porque siempre le dice que ella ya se encuentra bien, sin embargo, se encuentra hospitalizada varios días.

11.- VALORES/CREENCIAS

- Profesa la religión cristiana. Todos los sábados a las 9:00pm asiste junto con su mamá a un culto de su iglesia. Practica los valores como: solidaridad, amistad, respeto y responsabilidad principalmente.

PROCESO DIAGNÓSTICO: PATRONES ALTERADOS

PATRÓN MANTENIMIENTO DE LA SALUD

DATOS SIGNIFICATIVOS:

- Primaria incompleta.
- Edad: 49 años.
- Desconocimiento sobre la enfermedad.
- Intolerancia al medicamento.

COMPARACIÓN DE DATOS:

El estado salud – enfermedad, como experiencia subjetiva, puede ser reconocido intuitivamente a nivel personal como una experiencia de bienestar, de equilibrio dinámico entre aspecto físico y psicológico del organismo en interacción con el medio natural y social, pero no puede ser descrito o cuantificado por completo (MASSON, 1994)

La salud es el estado físico en el que el organismo ejerce normalmente sus funciones. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución de 1946, define a la Salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales. Esta definición es utópica, pues se estima que sólo entre el 10 y el 25 % de la población mundial se encuentra completamente sana.

M. Terris en 1980 modifica la definición de la OMS, propone como salud al estado de bienestar físico mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedad.

La salud en términos físicos, forma parte de uno de los pilares de la calidad de vida, bienestar y en definitiva de la felicidad. Así mismo Bienestar es sinónimo de salud, (Cookfair 1996) indica que el bienestar incluye un esfuerzo consciente y deliberado para obtener un estado avanzado de salud física y espiritual y un estado dinámico y fluctuante (Brunner 2002).

A medida que avanzamos de edad, nuestros cuerpos cambian. No tenemos la misma habilidad para reparar los daños a los tejidos y crear huesos como la teníamos durante nuestra juventud. La salud es un estado acumulativo, que debe cuidarse a lo largo de toda la vida con el fin de asegurarse de que se disfruten todos los beneficios a edades avanzadas.

La buena salud es esencial para que las personas mayores conserven una calidad de vida aceptable, y para asegurar su contribución continuada en la sociedad.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Conocimientos deficientes R/C disminución de los recursos para obtener información E/P desconocimiento de antecedentes diabéticos.

PATRÓN NUTRICIONAL METABÓLICO

DATOS SIGNIFICATIVOS:

- Peso: 86 KG
- * $T^{\circ}=36.5^{\circ}\text{C}$.
- Paciente diabética
- Obesa
- Refiere disminución de peso y apetito
- Absceso en nalga
- Herida abierta
- Apósitos limpios, secos.
- Piel y mucosas secas.
- Hidratación Nacl 9%.

COMPARACIÓN DE DATOS:

La nutrición representa la suma de todas las interacciones entre el organismo y el alimento que consume. El alimento es el combustible con que funciona el cuerpo del hombre, es necesario para el crecimiento, la conservación de los huesos y otros tejidos y para regular todos los procesos corporales; para que una persona funcione en su nivel óptimo debe consumir las cantidades adecuadas para nuestro organismo, como carbohidratos, minerales, grasas, proteínas, vitaminas y agua.

La nutrición de un individuo tiene un gran efecto en el proceso de cicatrización. Las proteínas son necesarias para la formación de nuevo tejido. Las deficiencias proteínicas retrasan la vascularización, la formación de linfáticos, la proliferación de fibroblastos, la síntesis de colágeno y la remodelación de la herida.

La piel es el órgano más grande del cuerpo, una piel sana sin alteraciones es la primera línea de defensa del cuerpo contra infecciones y lesiones de los tejidos subyacentes.

La piel es el órgano más grande del cuerpo una piel sana sin alteraciones es la primera línea de defensa del cuerpo contra infecciones y lesiones de los tejidos subyacentes. La piel también es importante para la regulación de la temperatura del organismo, además es un medio para la excreción de los desechos.

La piel está formada por dos capas principales una externa delgada o epidermis y la interna más gruesa o dermis y debajo de estas se encuentra el tejido subcutáneo y el adiposo. El mantenimiento de la integridad cutánea es muy importante y se deben realizar constantes medidas de cuidados acerca de la piel para prevenir las abrasiones y lesiones tisulares.

Una lesión en la piel es una interrupción traumática o patológica, existiendo muchos tipos de lesiones que se ven alterados ya sea por traumatismo, cirugía.

La cirugía es una de las modalidades de terapia médica más importante, éstas pueden clasificarse de muy diversas maneras por ejemplo de acuerdo a su localización, extensión o propósito. Son muchas las razones para practicar una cirugía y el método más común para llevarlo a cabo consiste en cortar a través del tejido hasta exponer el campo operatorio.

En cualquier tipo de operación, las infecciones son una amenaza constante, por lo que es necesario vigilar muy de cerca el sitio de la incisión para descubrir signos de infección en la herida. La piel y las mucosas alojan microorganismos que se encuentran en el aire.

En ocasiones se deja expuesta una herida, en particular si es superficial y ha cerrado por sí mismo. Sin embargo, la mayor parte de las incisiones quirúrgicas y heridas que afectan tejidos profundos se protegen con un apósito estéril.

La humedad estimula la multiplicación de microorganismos. Es más probable que los apósitos húmedos con exudado fomenten la proliferación de microorganismos que cuando están secos. Los apósitos se cambian con frecuencia siempre que se humedecen; ya que el líquido no sólo irrita la piel, sino que también es un sitio probable de infección.

Como en el caso del paciente post operado inmediato de absceso concluimos con el siguiente diagnóstico:

*Desequilibrio nutricional por defecto r/c aporte inadecuado de nutrientes e/p pérdida de peso.

*Deterioro de la integridad cutánea R/C alteración del estado nutricional E/P mucosas secas.

PATRÓN ACTIVIDAD/ EJERCICIO

DATOS SIGNIFICATIVOS:

- Peso: 86 KG.
- Fatiga.

- Reposo permanente en cama.
- Resistencia limitada
- Cansancio.

COMPARACIÓN DE DATOS:

La actividad en la capacidad de moverse libremente, con finalidad, rítmicamente y con algún motivo, es una parte esencial de la vida, también puede ser descrita como una acción energética relativa a un estado de movimiento. Las personas deben volverse para obtener agua y alimentos, para protegerse de traumatismos y para cumplir otras necesidades básicas.

La movilidad es vital para independencia, una persona totalmente inmovilizada es tan vulnerable y dependiente como un niño. Así como también una buena mecánica corporal que implica tres elementos básicos: alineación corporal (postura), equilibrio (estabilidad) ni movimiento corporal coordinado.

Un movimiento adecuado promueve el funcionamiento a musculoesquelético corporal, disminuye la energía requerida para moverse y mantener el equilibrio reduciendo por consiguiente la fatiga o cansancio y el ejercicio aumenta la eficacia de funcionamiento de todos los procesos corporales, produciendo incremento de la fuerza, tono y tamaño muscular, mayor eficacia del corazón, aumento de la tolerancia al trabajo, mejor eficacia pulmonar, mejores patrones de

sueño, incremento de los valores de hemoglobina, libres de angustia y preocupaciones.

Por lo tanto, todos los sistemas del cuerpo funcionan con mayor eficacia cuando están activos. El desuso del sistema neuromuscular causa rápidamente degeneración por consiguiente pérdida de la función. Se estima que la fuerza y el tono muscular inmovilizado puede disminuir hasta un 5% diariamente cuando no hay contratación alguna.

Dentro de los principales sistemas que participan en los movimientos del cuerpo son el esquelético muscular y nervioso. También se incluye el circulatorio porque es el que nutre a los tejidos de estos sistemas.

Existen factores que alteran la función motora tenemos las lesiones, enfermedades, hospitalización, reposo, dolor, cirugía o intervención quirúrgica ya que después de todo procedimiento quirúrgico va general dolor en herida operatoria, ocasionando en el paciente dificultad para movilizarse.

Ante el cual concluimos con los siguientes diagnósticos:

*Deterioro de la deambulaci3n R/C resistencia limitada E/P reposo permanente

*Deterioro de la movilidad en la cama R/C dolor E/P absceso en la nalga izquierda.

PATRÓN ROL /RELACIONES

DATOS SIGNIFICATIVOS:

- Rol de cuidadora alterado.
- Aislamiento.
- Estado de ánimo disminuido.
- Inadecuado desempeño de relaciones.

COMPARACIÓN DE DATOS:

A lo largo de la vida las personas pasan por numerosos cambios de rol. Un rol es un conjunto de expectativas acerca de cómo la persona que ocupa una posición, en que comporta con respecto a una persona que ocupa otra posición.

Cada persona tiene varios roles: el de marido, el de padre, madre, etc. Algunas veces los valores que asumen sólo durante períodos de tiempo limitado, donde estos roles son fijados por la sociedad o el grupo más pequeño al cual pertenece la persona.

El desempeño del rol relaciona lo que hace una persona con un rol específico en relación con los comportamientos que se espera de ese rol. Así como las interacciones entre personas es primordial para el desarrollo humano, mediante el cual se intercambian información, se discuten ideas, se negocian desacuerdos y conflictos o como también se recibe apoyo emocional en momentos de estrés.

Las personas con un autoconcepto positivo o una alta autoestima son capaces de desarrollar y mantener relaciones interpersonales cordiales y hacer frente a las enfermedades psicológicas y físicas, además también existen diversos factores que afectan el desempeño del rol y la relación social, éstos pueden ser: trastornos y psiquiátricos, deficiencias sensoriales, reacción medicamentosa, enfermedades, hospitalización.

Como en el caso de la paciente, que no puede cumplir con sus actividades y rol de madre debido a su hospitalización, constituyendo un problema de salud quien impida el buen desempeño del rol ante el cual concluimos con el siguiente diagnóstico: Desempeño inefectivo del rol R/C alteración de la imagen corporal E/P negación de la responsabilidad.

PATRÓN PERCEPTIVO/AUTOCONCEPTO

DATOS SIGNIFICATIVOS:

- Baja autoestima.
- Bajo estado de ánimo.
- Ansiedad.
- Desesperación.
- Depresión.
- Aburrimiento.

COMPARACIÓN DE DATOS:

El autoconcepto es la imagen del yo que tiene cada persona, la construcción mental de cómo se percibe a sí misma. Si este concepto es positivo, mejorará la autoestima, ya que este incluye todos los parámetros que son relevantes para la persona.

Muchas veces pensamos que somos autosuficientes o nos creemos “los mejores” y lo confundimos con “Autoaceptación”. Nada más lejos. La Autoaceptación no tiene competencia de ninguna clase; es acerca de uno mismo y nadie más.

Cuando sentimos un vacío dentro o por el contrario y más común aún, tratamos de llenarnos todo el tiempo de distintos tipos de cosas, personas o actividades para no encontrarnos con nosotros nunca, lo más seguro es que no nos queremos demasiado.

Debiéramos ser nuestra mejor compañía y a partir de allí encontrarnos sinceramente con nuestros afectos verdaderos, que también nos definen como personas, ya que en cada vínculo verdadero hay un poquito de nosotros mismos, con el aporte invaluable de “un otro”, y de esta manera se abre nuestra personalidad hacia los demás en un sinfín de posibilidades y aprendizajes que aporta el contacto fuera de nosotros mismos. Con lo dicho la paciente mostraba el siguiente diagnóstico:

Baja autoestima situacional R/C deterioro funcional corporal E/P ansiedad.

PATRÓN REPOSO /SUEÑO DATOS

SIGNIFICATIVOS:

- Párpados oscuros.
- Mal humor.
- Llantos repentinos.
- Preocupación.
- Sueño entrecortado.

COMPARACIÓN DE DATOS:

El sueño se considera como un estado de conciencia habitual en la que la percepción y reacción del ambiente del individuo están disminuidas. El reposo y el sueño son esenciales para la salud. Este Patrón describe la capacidad de la persona para conseguir dormir, descansar o relajarse a lo largo de las 24 horas del día.

Incluye también la percepción de la calidad y cantidad de sueño y descanso, así como la percepción del nivel de energía diurna. El objetivo de la valoración del sueño- descanso es describir la efectividad del patrón desde la perspectiva de la persona con el fin de intervenir eficazmente sobre la disfunción.

El sueño es una necesidad fisiológica básica que se define como un estado de inconsciencia, del cual despierta la persona con estímulos sensoriales u otros.

El descanso y el sueño son aspectos fundamentales para mantener la salud. El que consumimos durante el día, se repone en parte durante el sueño y esto permite un funcionamiento óptimo del organismo. (KOZZIER, 1999)

El patrón normal de sueño se ve alterado por el ingreso en un hospital que en general no va a proporcionar el descanso necesario y constituye una alteración que repercute en la terapéutica del paciente.

Cuando consideramos todos los factores tanto internos (enfermedad) como externos (ruidos, luces, compañeros de habitación...) que repercuten negativamente sobre el descanso y sueño del paciente hospitalizado, es sorprendente comprobar cómo algunos pueden dormir a pesar de todo.

En la paciente en estudio, actualmente presenta dificultad para conciliar el sueño por las noches por el ambiente hospitalario y preocupación. Concluimos con el siguiente diagnóstico: Deprivación de sueño R/C malestar físico y psicológico E/P cansancio y mal humor.

PATRÓN AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS DATOS

SIGNIFICATIVOS:

- Amargura.
- Facies de intranquilidad
- Decaimiento

COMPARACIÓN DE DATOS

El estrés es un fenómeno universal. Cada individuo tiene respuestas únicas y muy personalizadas al estrés, respuestas que pueden ser adaptativas o mal adaptativas y están bajo el contexto del estrés, de la vulnerabilidad personal y de los factores estresantes.

El estrés se define como una amplia gama de experiencias en las que se produce tensión cuando las situaciones exigen un esfuerzo, un afrontamiento y un nivel de adaptación por parte del individuo (MOSBY, 1995).

El temor es un sentimiento leve a severo de aprensión con respecto a una amenaza percibida”. El miedo puede ser una respuesta a algo que ya ha ocurrido, a una amenaza inmediata o presente. El temor es la respuesta de un peligro externo, real y actual; desaparece cuando se elimina la situación amenazante (Martínez, 2002)

De acuerdo a esto podemos asegurar que el paciente refiere sobre su temor es una respuesta normal o un peligro a una situación de riesgo dada, por su experiencia operatoria reciente o sus posibles complicaciones, a todo esto, se suma que es su primera intervención quirúrgica. La familia y el paciente en el periodo pre operatorio se encuentran atemorizados por las complicaciones post operatoria como: hemorragias, infecciones, etc. Por lo tanto, es importante

aumentar la expresión de sus preocupaciones escuchándolos y comprendiéndolos. Cada persona de nuestra en tener en forma diferentes, por ejemplo, repetir las mismas preguntas puede evitar la comunicación o retraerse. (POTTER 2002)

Cuando una persona es hospitalizada, cambia su vida abruptamente. El hospital pasa a ser su espacio vital, durante días, semanas o meses. La situación familiar contempla mayor preocupación cuando se trata de un ser querido. Son momentos en los que la familia se ve desvalida, sin saber qué hacer, pendiente solo de estar cerca de la persona enferma sin otra preocupación que atenderle. Muchos familiares sufren ante la carencia de información y el no saber cómo ayudar a su familiar hospitalizado.

En caso de paciente se encuentra preocupada, callada, pensativa y poco satisfecha con las opiniones del personal de salud porque cree que le mienten con respecto a su enfermedad. Por lo antes mencionado concluyamos con el siguiente diagnóstico: Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud R/C múltiples agentes estresantes E/P verbalización de insatisfacción de atención del personal sanitario.

DIAGNÓSTICOS ALTERADOS:

Patrón 1: Conocimientos deficientes R/C disminución de los recursos para obtener información E/P desconocimiento de antecedentes diabéticos.

Patrón 2: Desequilibrio nutricional por defecto r/c aporte inadecuado de nutrientes e/p pérdida de peso.

Patrón 3: Deterioro de la integridad cutánea R/C alteración del estado nutricional E/P mucosas secas.

Patrón 4: Deterioro de la deambulación R/C resistencia limitada E/P reposo permanente

Patrón 5: Deterioro de la movilidad en la cama R/C dolor E/P absceso en la nalga izquierda.

Patrón 6: Desempeño inefectivo del rol R/C alteración de la imagen corporal E/P negación de la responsabilidad.

Patrón 7: Baja autoestima situacional R/C deterioro funcional corporal E/P ansiedad.

Patrón 8: Deprivación de sueño R/C malestar físico y psicológico E/P cansancio y mal humor.

Patrón 10: Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud R/C múltiples agentes estresantes E/P verbalización de insatisfacción de atención del personal sanitario.

3.5 METODOLOGÍA DE TESIS

Diseño de la investigación: La investigación es cualitativa descriptiva ya que se describen y se determinan las causas por las cuales se presenta la mala calidad de atención en el paciente lo que permitirá elaborar o proponer algunas alternativas que favorezcan a la disminución de la misma.

3.6 DISEÑO DE TESIS

El diseño de esta investigación documental se ha realizado conforme a lo siguiente:

-Asistencia a un seminario de elaboración de tesinas en las instalaciones de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud aquí en Morelia.

-En la búsqueda de un problema en enfermería para la atención que se le debe de brindar al paciente con Insuficiencia Renal.

-Seguimiento del modelo de la Dra. Lasty Balseiro A. en cada uno de los pasos para la culminación de la tesina.

-Búsqueda de libros en línea virtual y asistencia en bibliotecas buscando referencias bibliográficas.

CONCLUSION:

Se lograron los objetivos de esta tesis al analizar las intervenciones de la enfermería en la patología del paciente con Insuficiencia Renal Crónica. Se pudo demostrar que el paciente con Insuficiencia Renal Crónica tiene muchos signos y síntomas que se deben tener en cuenta y aspectos dentro de las necesidades del ser humano.

Dado que las enfermedades renales son también un índice importante de mortalidad, la enfermera debe aprender a reconocer la posibilidad de diagnosticar si existe enfermedad renal y realizar su acción que es la prevención, dando orientación al paciente a quien se le sospecha con esa patología.

La satisfacción del paciente contribuye al cuidado porque es más probable que el paciente participe en el proceso de una manera más efectiva. La satisfacción y el descontento constituyen los juicios del paciente sobre la calidad de la atención recibida y sus resultados.

Propiciar un ambiente de tranquilidad y confianza favorece el proceso de atención del paciente.

La enfermera debe de cuidar mucho el control hidroelectrolítico del paciente, para que no pierdas electrolitos y no exista un desajuste en su nivel de hidratación, teniendo en cuenta la edematización que puede generarse. Siendo este punto el más importante.

GLOSARIO:

-Calidad: se refiere al conjunto de propiedades inherentes a un objeto que le confieren capacidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas. Por otro lado, la calidad de un producto o servicio es la percepción que el cliente tiene del mismo.

-Crónico: se refiere al tiempo de evolución de la enfermedad, pero nada dice acerca de su gravedad. Hay enfermedades crónicas sin gravedad alguna.

-Padecimiento: acto de padecer. - enfermedad.

-Filtración: consiste en filtrar cierta cantidad de sangre a través de una membrana que existe entre la cápsula Bowman y el glomérulo. Esta filtración glomerular se da gracias a que existe una diferencia de presiones entre la presión sanguínea y la presión que hay dentro del glomérulo, esta diferencia de presiones favorece que la sangre se filtre hacia dentro del glomérulo para que se dé la formación de la orina primaria.

-Reabsorción: se da a nivel del túbulo contorneado proximal, específicamente en el asa de Henle, en donde a través del cerebro se dan órdenes al riñón para que absorba contenidos necesitados por el cuerpo

-Secreción: es lo contrario a la Reabsorción; en esta etapa los componentes sanguíneos en exceso son eliminados por secreciones al túbulo contorneado distal, la secreción no es lo mismo que una

excreción, en la secreción se secretan sustancias a la luz del túbulo contorneado distal para que sean excretadas finalmente en la orina.

-Cuidado: implica ayudar a la otra persona, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio.

-IRC: Insuficiencia renal crónica.

-EP: Enfermedad Pulmonar.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Álvarez Pérez A.C, Mengana Feliu T, Vivas Blay OL. Álvarez J.A; Metodología para la Evaluación de la Calidad de los Servicios y Programas de Enfermería;
- 2.-Desarrollo Científico de Enfermería; 1998; 8(1): 20– 28.
Maldonado Islas G, Efrén Orrico S, Fragoso Bernal JS, Pérez Priego JH; Calidad de la Atención del Adulto Mayor en Medicina Familiar; Revista Médica del IMSS; 2000; 38(3): 125-129
3. Ibarra Castañeda MG; La Calidad del Servicio de Enfermería, Desarrollo Científico de la Enfermera; 1994; 2(1): 20
4. Aguirre Gas H; Administración de la Calidad de la Atención Médica; Revista Médica IMSS; 1997; 35(4): 257 – 264.
5. Ruiz González C, Vargas Vorackova F, Castillo Rentería C, Pérez Pimentel L, Martínez Mata RA; Lo que Opinan los Pacientes de los Servicios del Instituto Nacional de la Nutrición “Salvador Zubirán”; La revista de investigación clínica; 1990, Abril 18: 298–304.
6. Donabedian Avedis; Garantía y Monitoria de la Calidad de la Atención Medica; Instituto Nacional de Salud Publica; México 1990; p. 13-43
7. Referencias: COLLIERE, F.: Promover la vida, 1a. ed., España, McGraw-Hill/Interamericana, 1993. MARTÍNEZ, M.: “La relación ciencia y arte”, en: Ciencia y arte en la metodología cualitativa.
8. Métodos hermenéuticos, métodos fenomenológicos y métodos etnográficos, 2a. ed., Trillas, 2006. NIGHTINGALE, F.: Notas sobre enfermería, Barcelona, España, Salvat, 1958 (1990).

9. www.uv.mx/facpsi/revista/documents/hacer//enfermerasamor.com
10. TAMAYO y T; Mario. El proceso de investigación científica. Ed. Limusa 4ta, ed. México, 2007.440 pp.
- 11.- BALSEIRO, Lasty. Investigación en enfermería. Ed. Prado. México, 1991. 216 pp.
- 12.- BISGUERRA, Rafael. Método de investigación educativa: guía práctica, Ed. CEAL. Barcelona, 1989.382 pp.
- 13.- ESADE. Plan de elaboración de la tesina de licenciatura. Curso 2006-2007. Gestión lingüística y asesoramiento. México, 2009.
- 14.- GOMEZ D; Gastón. Pautas para la presentación de tesis, tesinas, seminarios y memorias de título. Documento impreso. Santiago de Chile, 2001. 5 pp.
- 15.- ITAM. Lineamiento para la elaboración de tesis y tesina para alumnos de contaduría pública y estrategia financiera. Impreso del instituto tecnológico autónomo de México. México, 2003, 22 pp.
- 16.- ROIZ V; Mónica. Intervenciones de enfermería especializada en pacientes con insuficiencia renal, en el centro de especialidades médicas del estado de monterrey. Dr. Rafael Vázquez. Nuevo león, monterrey, 2009 117 pp.
- 17.- www.slideshare.net/.../atencin-de-enfermera-en-paciente-con-falla-renal-...Atención de enfermería en paciente con falla renal crónica.
- 18.- mural.uv.es/rasainz/1.4 GR PO6 INS FICIENCIA RENAL.pdf. Redondo Artés. GRUPO 6. INSUFICIENCIA RENAL AGUDA Y CRÓNICA.
- 19.- www.revistanefrologia.com/revistas/P1.../P1-E285-S2 25- A5 19.pdf por SEN Guías – 2008.
- 20.- VASQUEZ C; Luis. El método científico en la investigación de ciencias de la salud. Ed. Francisco Méndez Oteo.2ª. ed. Mexico,1991.