

ESCUELA DE ENFERMERÍA CRUZ ROJA MEXICANA

DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ

CLAVE DE INCORPORACIÓN 8715/12

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

APLICADO A UN PACIENTE CON ALTERACION PATRÓN ELIMINACIÓN DE
ACUERDO A LOS PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

PARA OBTENER TÍTULO DE

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

LÓPEZ MARÍN ROSALBA

MATRICULA 401561342.

ASESORA:

DRA.GANDHY PONCE GÓMEZ

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA – UNAM.

SAN LUIS POTOSI, S.L.P SEPTIEMBRE DEL 2019



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.

AGRADECIMIENTOS

Querido Dios quiero agradecerte la oportunidad de existir, gracias Dios por haberme dado la capacidad de poder estudiar y la sabiduría para entender las cosas más difíciles, gracias por darme el privilegio de tener a mis padres Juan José y Emilia porque ellos fueron mis pilares en todo momento para poder lograr esta satisfacción profesional, me han heredado el tesoro más valioso que pueda dársele a un hijo: **El amor.**

Gracias por estar siempre en cada momento de mi vida personal y profesional, gracias por motivarme a salir adelante, por enseñarme los valores del respeto, la responsabilidad, la humildad y enseñarme el hábito del estudio, comprendo y entiendo que la base de todo logro es la familia ya que en base al cariño, apoyo y confianza hicieron de mí una persona de provecho.

A mi hija Alma Yuzbeth por ser parte de mi vida ya que caminaste conmigo para lograr el término de mi carrera, entendiste que todo esfuerzo tiene una recompensa, me comprometo a guiarte por el camino correcto para que a un futuro seas una persona plena como ser humano y profesionalmente.

Antes de mencionar a mis otros hermanos quiero mencionarte a ti Alma fuiste una gran ser humano, hermana, amiga recuerdo tus consejos, aquellas llamadas de atención era para un bien mío, tu carácter fue enérgico ahora entiendo que tu buscabas lo mejor

para mí nunca te olvidare ya han pasado 16 años que partiste pero siempre estás en mi mente y alma.

Me siento orgullosa de tener a mis hermanos Juan José, Sergio, José Guadalupe y Luis Israel ya que a través de sus experiencias me han orientado y aconsejado para ser un roble los amo.

La vida me deja una experiencia nunca es tarde, no importa lo que se haya vivido, los errores que se hayan cometido, las oportunidades que se hayan dejado pasar, no importa la edad, siempre estamos a tiempo para volar y obtener la llave de nuestro futuro.

Gracias familia.....



DEDICATORIA

Dedico este proyecto a mis padres Juan José y Emilia porque con su ayuda pude lograr el término de la carrera, su apoyo fue incondicional en todo momento caminaron conmigo a la par , gracias porque con su disciplina me formaron al paso del tiempo, papa gracias por ser responsable, trabajador y sobre todo con tus conocimientos y tu trabajo proveías nuestra alimentación, gastos personales, y mis estudios, de igual manera a ti mama te dedico este proyecto porque con tus cuidados, atenciones y consejos me llevaste por buen camino mamá gracias por todo lo que me has dado, gracias por hacerme comprender que el amor verdadero es ese que se entrega, sin esperar nada a cambio.

Prometo que cada día daré gracias a dios por tener los mejores papas, y así con sus ejemplos yo haré lo mismo con mi hija Alma Yuzbeth.

Una actitud positiva puede realmente convertir los sueños en realidad-lo hizo para mi.....

David Bailey

Contenido

1.	INTRODUCCION	3
2.	JUSTIFICACIÓN	5
3.	OBJETIVOS	6
3.1.	OBJETIVO GENERAL	6
3.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
4.	METODOLOGÍA	7
5.	MARCO TEÓRICO	8
6.	Marjory Gordon	9
6.1.	Patrones Funcionales.....	10
6.2.	PATRÓN 1: PERCEPCION-MANEJO DE LA SALUD.....	10
6.3.	PATON 2: NUTRICIONAL-METABOLICO	11
6.4.	PATRÓN 3: ELIMINACIÓN	11
6.5.	PATRÓN 4: ACTIVIDAD-EJERCICIO	11
6.6.	PATRÓN 5: SUEÑO-DESCANSO	12
6.7.	COGNITIVO-PERCEPTUAL	12
6.8.	AUTOPERCEPCION –AUTOCUIDADO	12
6.9.	PATRÓN 8: ROL-RELACIONES.....	12
6.10.	SEXUALIDAD-REPRODUCCION.....	13
6.11.	ADAPTACION –TOLERACION AL ESTRÉS	13

6.12. VALORES-CREENCIAS	13
7. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.....	14
7.1. EPIDEMIOLOGÍA	14
8. ANATOMÍA.....	17
9. Etiología	20
10. Manifestaciones Clínicas	20
11. Complicaciones.....	21
12. Terapia de Reemplazo Renal	22
12.1Trasplante renal	22
12.2. La hemodiálisis.....	22
12.3. La diálisis peritoneal con sus diferentes modalidades.....	26
13. Caso Clínico.....	29
14. Valoración de patrones funcionales de Marjory Gordon.....	31
15. Plan de atención	1
16. CONCLUSIONES.....	1
17. Referencias Bibliográficas.....	2

1. INTRODUCCION

La enfermería es la ciencia o disciplina que se encarga del estudio de las respuestas reales o potenciales de la persona, familia o comunidad tanto sana como enferma en los aspectos biológico, psicológico, social y espiritual». Es una profesión que se dedica al cuidado integral del individuo, la familia y la comunidad en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo, actualmente el personal de enfermería aporta conocimientos científicos.

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) Es una enfermedad que se caracteriza por el deterioro progresivo de la función renal, caracterizado por anormalidades estructurales o funcionales que tiene como consecuencia que el riñón pierde la capacidad de producir orina, y a su vez de eliminar las toxinas de la sangre, entre otras funciones que son necesarias para la vida. Es un proceso fisiopatológico multifactorial de carácter progresivo e irreversible que frecuentemente lleva a un estado terminal en el que el paciente requiere de terapia de reemplazo es decir diálisis o trasplante para poder vivir.

Los riñones realizan varias funciones en el organismo: 1) filtran la sangre y eliminan productos de desecho del metabolismo así como sustancias endógena y exógenas, 2) mantienen el balance hidroelectrolítico, 3) regulan el equilibrio acido-base, 4) secretan hormonas como la heritropoyetina y la renina y 5) modifican sustancias como la vitamina D para la regulación del fosforo y del calcio.

Una de las herramientas que adquirimos en nuestra formación académica es identificar las alteraciones en relación a las necesidades básicas del ser humano esto es

en base a teorías de enfermería de los patrones funcionales de Marjory Gordon, 1 para llevar a cabo un proceso sistematizado para poder alcanzar un estado de confort en nuestros pacientes. El actuar de enfermería nos lleva a las valoraciones necesarias, intervenciones fundamentación y tratamiento que necesite el paciente para alcanzar nuestros objetivos y así la recuperación.

Los patrones funcionales son una configuración de comportamientos más o menos comunes en todas las personas que contribuyen la salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano que se da de una manera secuencial a lo largo de su proceso en el que se encuentra, de estos datos obtenemos datos físicos, químicos, sociales del entorno relevantes que nos ayudaran a encontrar esas alteraciones presentes.

El conocimiento científico, la atención humanística identifican a los profesionales de enfermería para el cuidado y desarrollo de planes necesarios para a brindar una atención holística.

En el presente trabajo se aborda la patología Insuficiencia Renal Crónica, su progresión y sus complicaciones, de igual forma mencionar como el ser humano que vive con esta patología lleva su vida diaria en su entorno y familia se hace mención que una de las responsabilidades de del personal de enfermería es la educación tanto al paciente como a familiar esto para evitar posibles complicaciones todo esto en base a una fundamentación científica.

2. JUSTIFICACIÓN

La realización de un proceso de atención de enfermería PAE es parte crucial y guía importante en la atención que brinda la enfermera en el cuidado de toda persona enferma y refuerza las habilidades y aspectos socio humano.

La capacidad del personal de enfermería aumenta a través del conocimiento teórico, ya que es más probable que los métodos tengan éxito si están desarrollados sistemáticamente y sirven de referencia ante la duda.

El proceso de enfermería es el cimiento, la capacidad constante esencial que ha caracterizado a la enfermería desde el principio de la profesión con los años.

Dicho proceso ha cambiado y evolucionado y, por ende, ha adquirido mayor claridad y comprensión.

El personal de enfermería juega un papel importante en el restablecimiento del enfermo; hay que incorporar el conocimiento acumulado a través de métodos científicos para poder describir, explicar, pronosticar y prescribir intervenciones de enfermería y vincularse con la persona en el contexto de su mundo único para lograr su salud.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Proporcionar los cuidados de enfermería a un paciente con Insuficiencia Renal Crónica a través del Proceso de atención de Enfermería en base a una valoración de Patrones funcionales de Marjory Gordon y NANDA, durante su estancia hospitalaria.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificación del paciente en sala de diálisis

Valoración al paciente en base a metodología de Marjory Gordon.

Desarrollar plan de atención para proporcionar los cuidados resolviendo o mejorando el estado de salud del paciente y así pueda lograr su recuperación.

Educar al paciente y/o familia sobre cuidados posteriores fuera del entorno hospitalario.

4. METODOLOGÍA

El presente Proceso Atención Enfermería se enfocó en un paciente con IRC ya que en la actualidad esta patología maneja un índice elevado en ingresos que maneja el Hospital General Zona 1 IMSS en la sala diálisis. Se fue obteniendo información directa e indirecta a través de valoraciones por patrones funcionales, y valoración focalizada, indagando en aquellas alteraciones presentes y secuenciales en base a su patología que alteran su estado fisiológico, biológico, emocional y social.

Posteriormente se revisó en su expediente, evolución de la patología esto con la finalidad de recabar más información y poder analizar su proceso al desarrollar IRC.

Se elaboró un plan de atención priorizando diagnósticos para resolver sus problemas de salud, con las intervenciones y respectiva evaluación del plan.

El plan se actualizó diariamente según cambiaba la evaluación.

Se investigó sobre misma enfermedad, los tratamientos y los cuidados inherentes para poder orientar y educar al paciente y/o familia,

Para finalizar se desarrolló un plan de alta y posteriormente cuidados en su vida diaria.

5. MARCO TEÓRICO

Los modelos conceptuales se usan en múltiples disciplinas para poder explicar los fenómenos, definir fronteras profesionales y reflejar las creencias, valores y aspiraciones profesionales.¹

El cuerpo filosófico de enfermería es complejo ya que existen un gran número de modelos conceptuales y teorías de enfermeras algunas de difícil comprensión.²

Los modelos habitualmente tienden a centrarse en 'lo que debería ser' lo cual se opone a la visión de la realidad enfermería, en las que los profesionales de base se preocupan por su labor diaria, adoptando los recursos disponibles a sus necesidades en general se observa que las enfermeras consideran habitualmente utópica su aplicación³ y cuando realmente se implantan se realiza a través de un modelo enfermero sustitutivo o funcional.

A mediados de la década de 1970 Marjory Gordon creó una herramienta, con el objetivo de sistematizar la valoración de pacientes llamada patrones funcionales.

¹Simpson J, Taylor D. Do conceptual models of nursing work today? Can Nurse 2002;98:24-6

²Lopez M, Santos S, Abril D, Rocabert M, Mañe n et al, reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. Enferm Clin 2006;16:

³ Mckenna H The perception of psychiatric-hospital ward sister/charge nurses towards nursing models. J Adv Nurs 1990;15:1319-25

6. Marjory Gordon

Fue una teórica y profesora estadounidense, que creó una teoría de valoración de enfermería conocida como patrones funcionales de salud de Gordon (*Gordon's functional health patterns*).

Fue la primera presidenta de la NANDA.⁴ Ha sido miembro de la Academia Americana de Enfermería desde 1977 y fue nombrada como una «Leyenda Viviente» por la misma organización en 2009.

M. Gordon proporciona una clasificación de **11 patrones funcionales de salud**, que describen todas las áreas que comprende el ser humano. En cada patrón, el profesional debe recoger datos sobre la conducta disfuncional y funcional del paciente.

Se entiende por patrones funcional una configuración de comportamientos más o menos común a todas las personas que contribuyen a la salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo, así contemplan al paciente de forma holística y recogen toda la información necesaria del paciente, familia y entorno⁵.

La utilización de la herramienta de patrones funcionales permite una valoración enfermería sistémica y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, del paciente (físicos, químicos, sociales y del entorno), de una manera

⁴ «NANDA International History 1973 to 1979» (en inglés). NANDA. Archivado desde el original el 8 de diciembre de 2012. Consultado el 17 de septiembre de 2012.

⁵ Alligood MR, Tomey AM. Modelos y teorías en enfermería. 7.ª ed. Elsevier. 2011.

ordenada lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos, es decir cumple con los requisitos exigible a una valoración correcta.

La valoración del paciente tiene una gran importancia para conocer su respuesta a los procesos vitales o problemas de salud reales, o potenciales que puedan ser tratados por las enfermeras; es decir la valoración para llegar al diagnóstico de enfermero.

La valoración enfoca 11 áreas con importancia para la salud de los individuos, familia o comunidades las cuales son interactivas e independientes.

6.1. Patrones Funcionales

- Patrón 1: Percepción Manejo de la salud.
- Patrón 2: Nutricional-Metabólico.
- Patrón 3: Eliminación
- Patrón 4: Actividad-Ejercicio
- Patrón 5: Sueño-Descanso.
- Patrón 6: Cognitivo-Perceptual.
- Patrón 7: Autopercepción- Autoconcepto.
- Patrón 8: Rol-Relaciones.
- Patrón 9: Sexualidad- Reproducción.
- Patrón 10: Adaptación – Tolerancia al estrés.
- Patrón 11: Valores y Creencias.

6.2. PATRÓN 1: PERCEPCION-MANEJO DE LA SALUD

Este patrón describe básicamente como percibe el propio individuo la salud y el bienestar y como maneja todo lo relacionado con la salud respecto a su mantenimiento o recuperación, se incluye en el las practicas preventivas como vacunación, hábitos higiénicos, autoexploraciones recomendadas a la población etc. La adherencia a

tratamientos médicos, e identificación de prácticas perjudiciales para la salud como consumo de alcohol, drogas y tabaco.

En concreto mediante la valoración de este patrón pretendemos determinar las percepciones sobre la salud del individuo, el manejo general de la salud y las practicas preventivas.

6.3. PATON 2: NUTRICIONAL-METABOLICO

Se pretende determinar las costumbres de consumo de alimentos y líquidos, en relación con las necesidades metabólicas de los individuos y las disponibilidades de aquellos y también se explora los posibles problemas de su ingesta.

Así mismo se identifica las características de la piel, mucosas y estado se indagara sobre peso, talla y temperatura.

6.4. PATRÓN 3: ELIMINACIÓN

Describe el patrón de la función excretora (intestinal, urinaria y de la piel) y todos los aspectos relacionados con ella: rutinas personales, uso de dispositivos o materiales para su control o producción y características de las excreciones.

6.5. PATRÓN 4: ACTIVIDAD-EJERCICIO

Este patrón describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad para la realización de ejercicio también describe la costumbre de ocio y de recreo, busca conocer el nivel autónomo del individuo para las actividades de la vida diaria que requieren algún grado de consumo de energía.

6.6. PATRÓN 5: SUEÑO-DESCANSO

Describe los patrones del sueño, descanso y relax a lo largo de la vida y los usos y costumbres individuales para conseguirlos.

6.7. COGNITIVO-PERCEPTUAL

En este se describe el patrón sensorio-perceptual y cognitivo del individuo se observa la adecuación de las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas comprobando si fuera el caso la existencia de prótesis para su corrección.

En este patrón también se determina la existencia del dolor.

Asimismo se comprueban las capacidades cognitivas relativas a la toma de decisiones la memoria y el lenguaje.

6.8. AUTOPERCEPCION –AUTOCUIDADO

Describe el patrón de autoconcepto y las percepciones de uno mismo, incluye las actividades del individuo hacia sí mismo, así su imagen corporal y su identidad observa el patrón conversaciones y manifestaciones del lenguaje no verbal (postura corporal, contactos oculares).

6.9. PATRÓN 8: ROL-RELACIONES

Incluye el rol o papel social, qué juega el individuo en el seno familiar, laboral etc., así como responsabilidades que tiene que asumir debidas al mismo.

6.10. SEXUALIDAD-REPRODUCCION

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad y así mismo describe el patrón reproductivo y todo lo relacionado con el mismo.

6.11. ADAPTACION –TOLERACION AL ESTRÉS

Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés sistema de apoyos familiares de otro tipo y la capacidad percibida para controlar y manejar la situación.

6.12. VALORES-CREENCIAS

Describe patrones, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del individuo incluye como lo percibido importante en la vida y la percepción de conflictos en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la Salud.

7. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

La insuficiencia renal crónica (IRC) se presenta como consecuencia de una serie de enfermedades renales progresivas crónicas que afectan al parénquima renal o que obstruyen el sistema excretor, se origina una situación en la cual los riñones sufren una pérdida progresiva e irreversible de nefronas funcionales (glomérulos y túbulos).

Los síntomas no suelen ser apreciables hasta que se ha perdido un 80-90% de la función renal por lo que el paciente, a menudo, no advierte la enfermedad hasta que se ha producido una insuficiencia renal grave.

Son características fundamentales un aumento del BUN y de la creatinina sérica así como, en la mayor parte de los casos, una disminución del tamaño de los riñones que adoptan un aspecto contraído⁶.

7.1. EPIDEMIOLOGÍA

La enfermedad renal crónica (ERC) es la resultante de diversas enfermedades cronicodegenerativas, entre las que destacan la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, fenómeno que ocurre de manera similar en todo el mundo y que, lamentablemente, conduce hacia un desenlace fatal si no es tratada. Las cifras de morbilidad y mortalidad son alarmantes; en México, esta es una de las principales causas de atención en hospitalización y en los servicios de urgencias se considera una enfermedad catastrófica debido al número creciente de casos y detección tardía.⁷

⁶Insuficiencia renal crónica. En: Beers MH, Berkow R, editores. Manual Merck de Geriátría. 2.ª ed. Madrid: Harcourt

⁷ Insuficiencia renal crónica: enfermedad emergente, catastrófica y por ello prioritaria. Cir Ciruj. 2004;72:3-4.

El 80% de los pacientes son atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)⁸ , seguro Popular 15,1%, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) 11,9%, sector privado 3,9%, hospitales militares 2% y otros 4,9%.⁹

Desafortunadamente a la fecha no contamos con información precisa, pues no existe en México un registro nacional centralizado de casos de padecimientos renales, de gran valor para su caracterización, determinación de incidencias y prevalencias, análisis de costos, planeación de acciones y recursos, ya que muchas de las verdaderas causas de muerte que serían atribuibles a la enfermedad, en su progresión desde las etapas tempranas.

La enfermedad renal crónica (ERC) constituye actualmente un problema de salud pública a nivel mundial. La incidencia y prevalencia de la misma han aumentado en las últimas 3 décadas, así como los costos derivados de su tratamiento.

Por otro lado, la evidencia indica que algunos de los resultados adversos en los pacientes con ERC pueden ser prevenidos o retrasados, mediante un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.

Desafortunadamente, ésta es infra diagnosticada e infra tratada en muchas ocasiones, lo que se traduce en pérdida de oportunidades para llevar a

⁸ Evaluación de los riesgos considerados en el programa de administración de riesgos institucionales. Coordinación de Administración de Riesgos Institucionales.

Dirección de Finanzas. Instituto Mexicano del Seguro Social 2007, p. 39-44.

⁹ Jassal SV, Lok CE. A randomized controlled trial comparing mupirocin versus polysporin Triplea for the prevention of catheter-related infections in Peritoneal dialysis patients (the mp3 study). *Perit Dial Inter.* 2008;28:67-72.

Cabo medidas preventivas en estos pacientes, debido, entre otras cosas, al desconocimiento por gran parte de la comunidad médica de los criterios para definir y clasificar a la enfermedad.

Una vez que la diálisis en la década de los 60 se convirtió en una opción terapéutica para los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT), el interés por parte de nefrólogos y servicios de salud se enfocó en los altos costos de dicho tratamiento. Posteriormente, en la década de los 80, ya con información acumulada en los registros de pacientes con diálisis, se hizo evidente que la morbilidad y mortalidad en este grupo era elevada.

8. ANATOMÍA

El riñón es un órgano par que se ubica en la región retroperitoneal, entre el nivel de la doceava vértebra torácica y la tercera vértebra lumbar, su aspecto normal semeja un frijol de gran tamaño, el riñón derecho se ubica en posición más baja al ser desplazado por el hígado, tienen una longitud de 12 +/- 2 cmts, amplitud 6 cmts y grosor 3 cmts, su peso en un adulto normal es de 150 a 170 gramos. Por el hilio renal a cada riñón llega una arteria y egresa una vena, la vena renal del lado izquierdo es más larga que la del lado derecho, Cada riñón está rodeado de la grasa perirrenal, En la parte superior de los riñones se encuentran las glándulas suprarrenales.

El sistema vascular del riñón inicia con la arteria renal que da lugar a una serie de arterias anteriores, posteriores, superiores e inferiores, y de quienes emergen las arterias interlobares, de ellas las arterias arcuatas paralelas a la superficie del riñón, continuándose con las arterias interlobulares, quienes van a suplir a cada uno de los glomérulos por intermedio de las arteriolas aferentes. Estas últimas al llegar al glomérulo dan origen a 3-5 capilares. De cada glomérulo emerge la arteriola eferente, de quien surge una red de capilares peritubulares y vasas rectas descendentes.

Si practicamos un corte sagital en el riñón podemos dividir el parénquima renal en varias áreas conocidas con el nombre de corteza, medula externa y medula interna, estas últimas de forma cónica conocidas como pirámides renales las que en su extremo más interno terminan en las papilas.

El sistema colector excretor renal está constituido por los cálices menores espacio al que drenan las papilas renales (por cada papila renal hay un cáliz menor) y convergen en los

cálices mayores, los que se fusionan en la pelvis renal, la que a su vez continúa con el uréter, quien desemboca en la vejiga, alcanzando finalmente la orina el exterior a través de la uretra.

Los riñones están constituidos por unidades funcionales llamadas nefronas las cuales están formadas por un glomérulo y un túbulo. El glomérulo es un conjunto de vasos sanguíneos a través del cual se filtran más de 150 litros de sangre al día. Este ultrafiltrado del plasma que contiene moléculas pequeñas como urea, creatinina, glucosa e iones pasa al espacio capsular y posteriormente a los túbulos. En los túbulos se reabsorbe agua y sustancias químicas útiles como aminoácidos y iones, concentrándose las sustancias de desecho y el exceso de agua que terminan excretándose en 1 o 2 litros de orina al día.

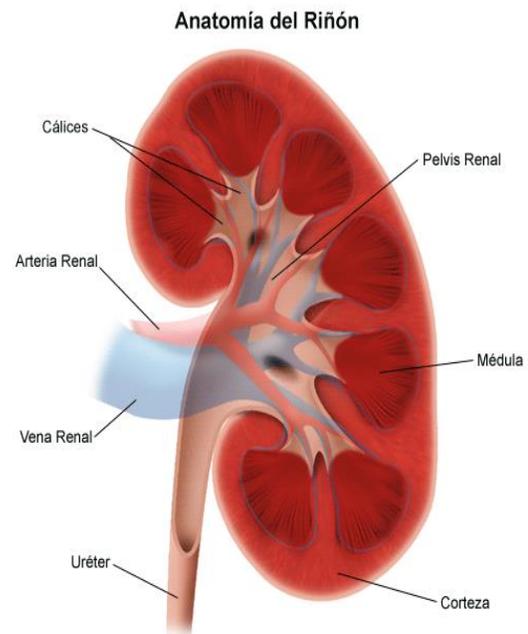
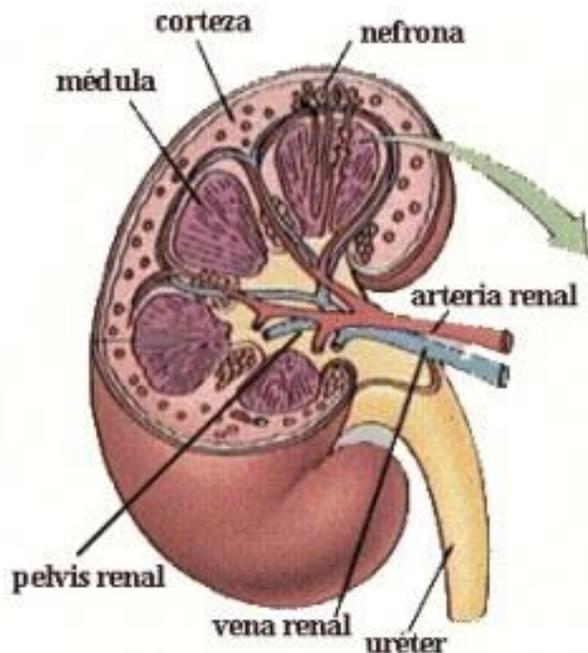
La corteza está constituida principalmente por glomérulos, túbulos contorneados proximal y distal, mientras que las asas de Henle y túbulos colectores corticales ocupan principalmente la región medular. Las nefronas superficiales contienen cortas asas de Henle, mientras que las yuxtamedulares se caracterizan por glomérulos en la región de la corteza adyacente a la medula, y contiene asas de Henle largas que se extienden profundamente en la medula, participando activamente en la concentración de la orina.

El aparato yuxtaglomerular es una región especial de la nefrona constituido por la arteriola aferente, arteriola eferente, y la rama ascendente del asa de Henle en su porción distal.

En este último segmento tubular se presenta un grupo de células epiteliales hiperplásicas que constituyen la macula densa, con importantes propiedades en la detección del contenido de sodio en la luz tubular. También tenemos en la pared de la arteriola aferente células musculares especializadas llamadas yuxtaglomerulares o granulosa, que

contienen renina siendo el único sitio demostrado hasta la fecha de síntesis de Renina. Esta región se encuentra densamente innervada por terminales nerviosas simpáticas.¹⁰

La eritropoyetina es el principal estímulo en la producción de glóbulos rojos y se secreta cuando existen niveles bajos de oxígeno en sangre. La renina es una enzima secretada por las células yuxtaglomerulares como respuesta a la hiperkaliemia y la disminución de la tasa de filtración glomerular, regulando la presión arterial sistémica al fragmentar el angiotensinógeno en angiotensina I, la cual a su vez por acción de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) se convierte en angiotensina II. La angiotensina II tiene una fuerte acción vasoconstrictora y estimula la secreción de aldosterona que induce la reabsorción renal de sodio y la excreción de potasio.



¹⁰ RENNKE H G, DENKER B M; Renal Pathophysiology, the essentials; third edition; Baltimore; Lippincott William and Wilkins; 2010; 1- 378.

9. Etiología

Las causas de IRC se pueden agrupar en enfermedades vasculares, enfermedades glomerulares, túbulo intersticiales y uropatías obstructivas. Actualmente en nuestro país la etiología más frecuente es la diabetes mellitus, siendo responsable del 50% de los casos de enfermedad renal, seguida por la hipertensión arterial y las glomerulonefritis. La enfermedad renal poliquística es la principal enfermedad congénita que causa IRC.

10. Manifestaciones Clínicas

- Cursan con síntomas tempranos de disfunción del sistema nervioso central causados por la uremia como dificultad para concentrarse, somnolencia e insomnio.
 - Retención de sodio.
 - disminución de la capacidad de concentrar la orina y posteriormente se ve afectada la capacidad de excretar agua en orina.
 - Disminución en el volumen urinario diario y retención de agua, lo que lleva a edema manifestado por aumento de peso e incluso insuficiencia cardiaca y edema pulmonar.
 - Posteriormente se presentan cambios de comportamiento, pérdida de la memoria y errores de juicio, que pueden asociarse con irritabilidad neuromuscular como hipo, calambres y fasciculaciones. En el estado urémico terminal es común observar asterixis, clonus y corea, así como estupor, convulsiones y finalmente coma.

11. Complicaciones

- La hipertensión arterial es la complicación más común de la IRC en presencia de uremia, un alto porcentaje de pacientes con IRC desarrollan hipertrofia del ventrículo izquierdo y cardiomiopatía dilatada.
- La disminución en la síntesis de eritropoyetina ocasiona anemia, que por lo general se observa cuando la TFG disminuye a menos de 30ml/min/1.73m.
- Acidosis, hiperglucemia, malnutrición y aumento de la osmolaridad sérica.
- Uremia es una leve intolerancia a carbohidratos, en las mujeres con IRC es amenorrea y la incapacidad de llevar un embarazo a término.
- Una vez que la TFG disminuye a menos de 20 ml/min/1.73 m, se presentan síntomas como anorexia, hipo, náusea, vómito y pérdida de peso que son los síntomas más tempranos de la uremia.
- La neuropatía periférica

12. Terapia de Reemplazo Renal

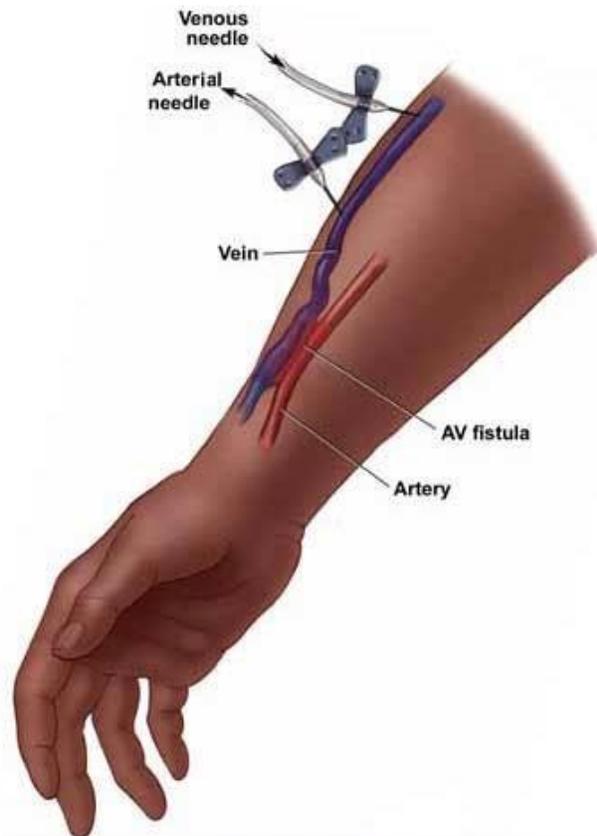
12.1 Trasplante renal

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

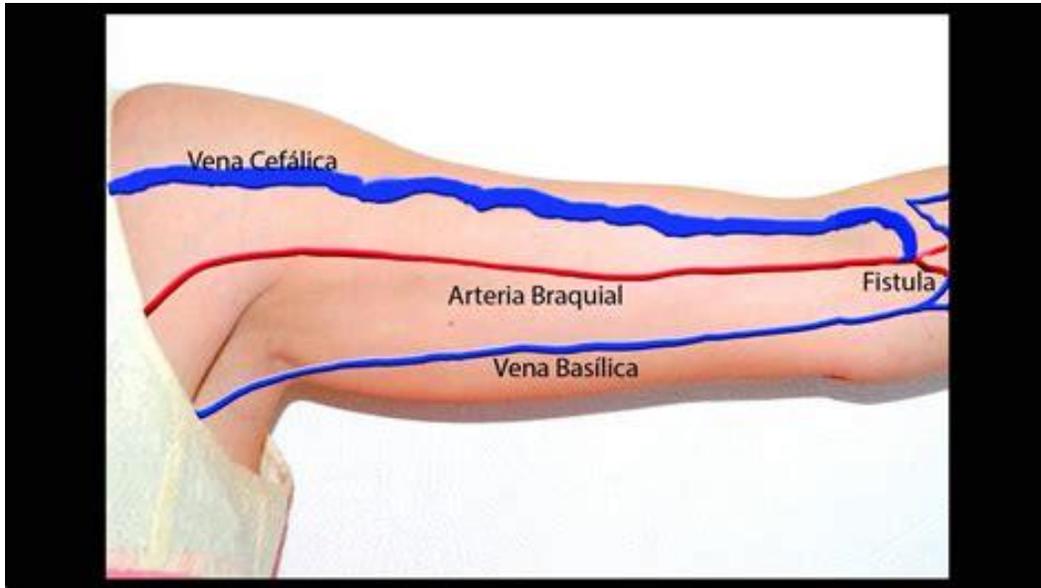
12.2. La hemodiálisis

Consiste en utilizar un circuito extracorpóreo para eliminar sustancias tóxicas y exceso de líquido. Los tres componentes principales de la diálisis son: el dializador, el sistema de transporte y la composición del líquido de diálisis. La sangre se pone en contacto con el líquido de diálisis a través de una membrana semipermeable. El movimiento de sustancias y agua ocurre por procesos de difusión, convección y ultrafiltración.

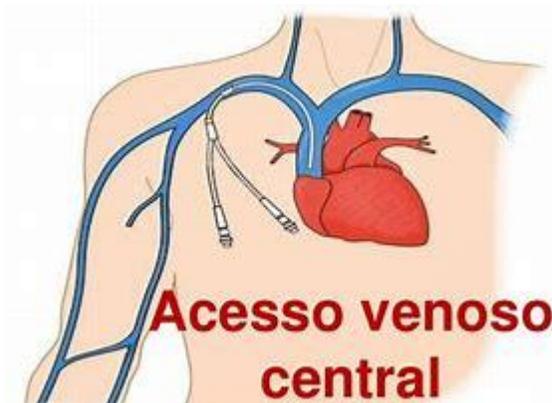
La hemodiálisis requiere establecer de manera temprana un acceso vascular que permita la entrada y salida de sangre. Existen diferentes tipos de acceso: la fístula arteriovenosa (FAV), el injerto y el catéter central. La FAV es una anastomosis que se realiza entre una arteria y una vena. Las más utilizadas son las fístulas radiocefálica, braquiocefálica y braquiobasílica.



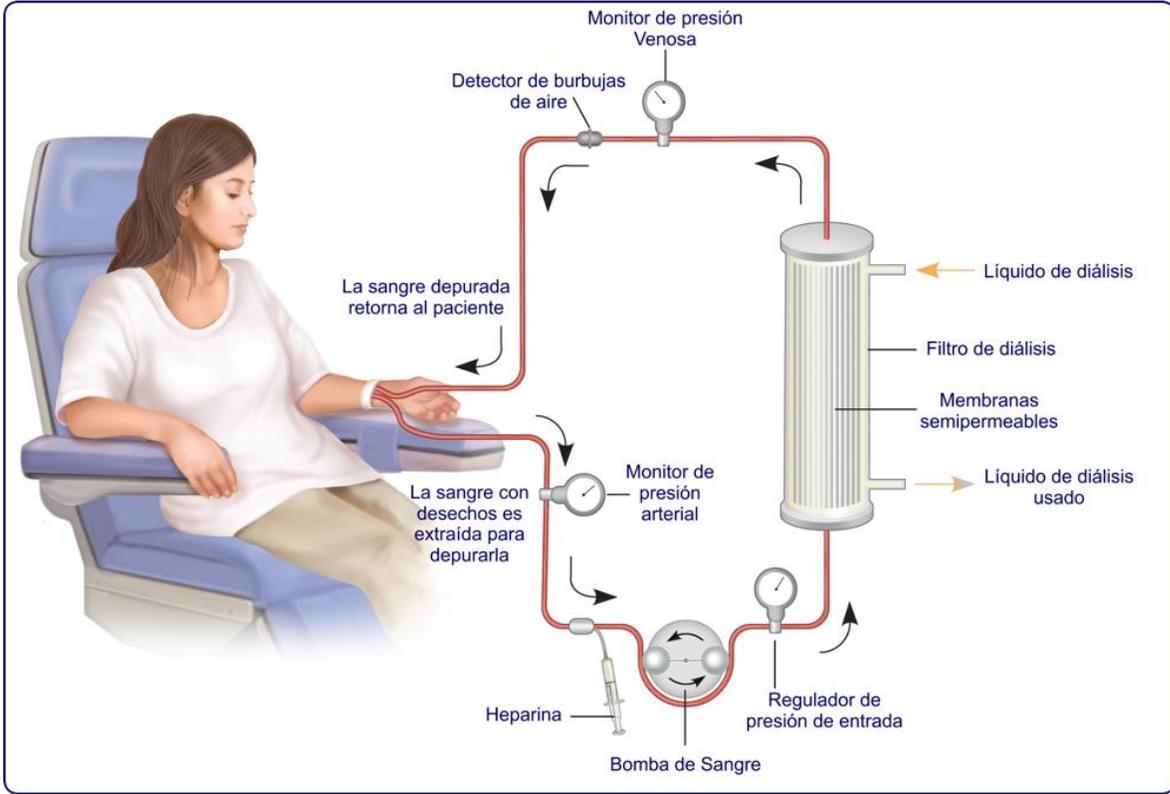
Cuando no es posible realizar una FAV se utiliza un injerto para establecer una conexión entre una arteria y una vena. Los injertos tienen la ventaja de poder ser utilizados semanas después de su colocación y son relativamente fáciles de canular.



Quando se requiere de hemodiálisis con urgencia, cuando ocurrió fracaso del primer acceso o cuando hubo remisión tardía del paciente al nefrólogo se utiliza el catéter venoso central, que no es el más adecuado por su alto índice de complicaciones, siendo la bacteremia la más importante.



Actualmente las técnicas de hemodiálisis siguiendo un régimen de 5 horas 3 veces por semana, solamente alcanzan una depuración equivalente a 20 ml/min en un individuo de 70 kg



12.3. La diálisis peritoneal con sus diferentes modalidades

El objetivo de la terapia dialítica es la extracción de moléculas de bajo y alto peso molecular y exceso de líquido de la sangre que normalmente se eliminarían por vía renal y la regulación del medio intra y extracelular.

El sistema de diálisis peritoneal consta de una bolsa que contiene el líquido de diálisis, conectada a un catéter a través del cual se introduce el líquido a la cavidad abdominal. Dentro del abdomen se lleva a cabo la diálisis en la membrana peritoneal y posteriormente el líquido con los desechos drena a una bolsa de salida.

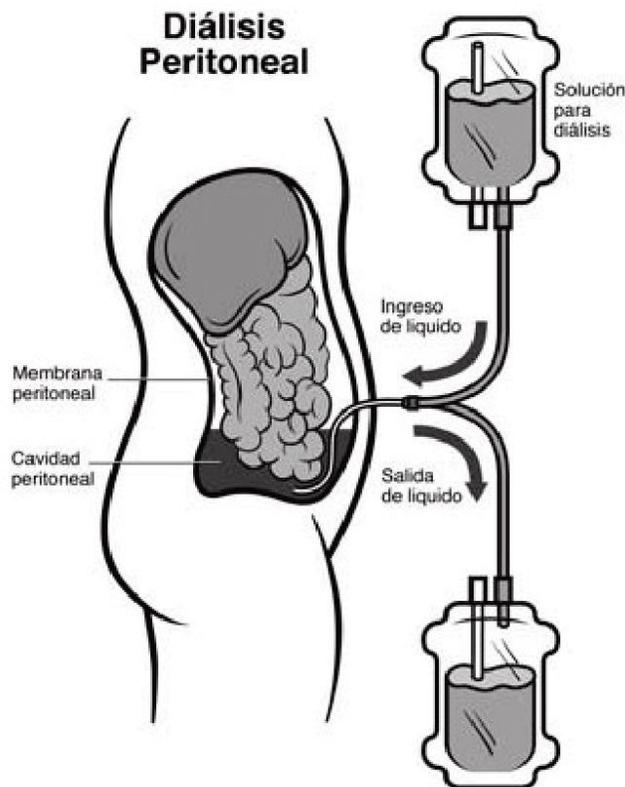
La diálisis peritoneal en los pacientes con IRC es un proceso crónico por lo que se utiliza un catéter flexible de silicón que se coloca en un túnel subcutáneo en la pared abdominal de modo que estimula el crecimiento de células a su alrededor que forman una barrera contra la infección. Existen diferentes variedades de catéteres, sin embargo todos ellos tienen una vida media del 85 al 90% al año y una tasa similar de complicaciones.

Las principales complicaciones relacionadas al catéter son la infección del túnel y del sitio de salida, las fugas y disfunción del catéter. Un metanálisis reportó que no existe diferencia entre episodios de peritonitis, infección del túnel, necesidad de cambiar el catéter y mortalidad por cualquier causa entre los diferentes tipos de catéteres

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

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.

Las soluciones de diálisis tradicionalmente contienen glucosa como agente osmótico y se encuentran disponibles en varias concentraciones de acuerdo al grado de ultrafiltración que requiera el paciente.¹¹



¹¹ Ajay K. Israni, B. L. (2007). Laboratory Assessment of Kidney Disease: Clearance, Urinalysis, and Kidney Biopsy. En S. A. Barry M Brenner, Brenner and Rector's The Kidney (8th ed., págs. 724-58). Philadelphia, PA, USA: Saunders Elsevier. Blake P, J. P. (2004). Economics of dialysis. En K. K. Horl WH, Replacement of Renal Function by Dialysis. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer. Canada-USA (CANUSA) Peritoneal Dialysis Study Group. (1996). Adequacy of dialysis and nutrition in continuous peritoneal dialysis; association with clinical outcomes. J Am Soc Nephrol , 7, 198-207. Caravaca F, A. M. (2003). Progression of renal insufficiency in the pre-end-stage renal disease setting. Nefrología , 23, 510-19. Canadian

13. Caso Clínico

A continuación se realiza un caso clínico de un paciente con insuficiencia renal crónica el estudio se realizó en el “Servicio de diálisis” del hospital General Zona 1 en San Luis Potosí. El periodo de estudio quedó comprendido entre el mes de septiembre para ello se presenta en primer lugar el caso propiamente dicho y se desarrolla el proceso de atención de enfermería.

Se utiliza como herramienta el modelo Virginia Henderson ya que en él se busca satisfacer las 14 necesidades que integran el aspecto físico, social, psicológico y espiritual del ser humano, además se utiliza un lenguaje universal enfermero, siguiendo la taxonomía NANDA.

Los diagnósticos de enfermería se jerarquizan según el orden de prioridad y se presentaran en el plan de cuidados ordenados de este modo, se mencionan aquellas necesidades o patrones alterados.

Se trata de paciente masculino RLL de 44 años, estado civil casado, quien arribó al Servicio de Urgencias de la clínica N° 1 IMSS Adultos, con diagnóstico médico insuficiencia renal crónica, al cual se le realiza tratamiento de diálisis peritoneal, se procede a drenaje de líquido ascítico con salida de dos litros a consecuencia de ascitis y derrame pericárdico severo, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II descontroladas, con patrón de eliminación presente, debilidad, signos vitales de T°37.5 °C, frecuencia respiratoria 20 x', Sop de 80%, frecuencia cardiaca 69 x' y tensión arterial 162/86 mmHg, glucemia 200 mmg/dl, maneja tratamiento farmacológico con losartan 1-0-0 al día y Furosemida 40mg 1-1-0 .

Para proceder a la recogida de los datos, se recabó la autorización previa de todos los agentes implicados, quedando garantizado durante todo el proceso la protección y la confidencialidad de los datos aportados para la realización del estudio.

El procedimiento de recogida de la información se ha desarrollado a través de las siguientes fuentes:

- Información verbal proporcionada por el paciente a través de entrevista.
- La observación directa del paciente.
- Exploración física del paciente.
- La historia clínica del paciente.
- Los registros de evolución médica y enfermera.
- La valoración de enfermería según los patrones de Marjory Gordon.

Antecedentes personales

HTA en tratamiento

DM Tipo II

No hábitos tóxicos

Enfermedades previas y otro tipo de intervenciones anteriores:

Historia nefrológica: Enfermedad Renal Crónica (ERC)

Inicio diálisis peritoneal y recibe primer trasplante renal

14. Valoración de patrones funcionales de Marjory Gordon.

Paciente: RLL Nacimiento 2/11/1975

Tipo sanguíneo: O+ Estado civil: Casado Escolaridad: Secundaria

Cuidador principal: SML Parentesco: Esposa

Domicilio: Av. Cordillera 304 Col Dalias Telefono: 4526356

1.- Percepción/Manejo de la salud

Ingreso: Acompañado __ Solo: __ Familia: X Amigo:

Motivo de consulta: IRC **Antecedentes personales:** HTA +DM Tipo II
intervenciones quirúrgicas: recibe primer trasplante renal aproximadamente 6 años.

Vacunas: TD y Hepatitis e Influenza **Alergias:** Negadas

Higiene personal: Cada tercer día **Toxicomanias:** Tabaquismo

Grado de información y actitud sobre su enfermedad y sus cuidados:

Poca información y acepta padecimiento.

Tratamiento farmacológico:

Dieta sin sal -Reposo relativo

Losartan 50mg 1-0-0 (Antihipertensivo)

Amlodipino 5mg 1-0-1 (Antihipertensivo)

Furosemida 40mg 1-1-0 (Diurético)

Acetato calcico 500mg 1-2-1 en mitad de las comidas (Para el control de la hiperfosfatemia en pacientes con insuficiencia renal avanzada)

Mimpara 60mg 1-0-0 (Tratamiento del hiperparatiroidismo (HPT) secundario en pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis)

Aspecto general

Paciente se observa inquieto, aseado, manifiesta debilidad, facies de dolor, edema generalizado, aumento de volumen abdominal, palidez generalizada.

II.-Nutricional/Metabólico

Número de comidas/día: 3/día **Tipo de dieta** (características): Lácteos, carnes blancas, cereales, verduras. **Dieta especial:** No

Estado de piel: Deshidratada, poca elasticidad, mucosas con resequead en nariz, mínima presencia de saliva, pelo con poca hidratación, uñas débiles y dientes con presencia de desgaste Color: Normal

Dificultades en la masticación, deglución, digestión: Normal

Llenado capilar: Lento

Cambios recientes de peso: aumento 6 kg

Peso: 90kg

Talla: 1.60cm

IMC: 35.1

Ingesta de líquidos/día: 1L/agua natural

Suplementos nutritivos: Ninguno

Relación enfermedad/alimentación: Cambios hábitos alimenticios

Temperatura corporal: 36.7 °C

III. ELIMINACIÓN

Eliminación intestinal

Frecuencia: 1/día

Dificultad: Presencia de estreñimiento

Eliminación urinaria

Normal: No Disuria: Negado Retención: En ocasiones Frecuencia: 2/día

Dificultad: Si

Aspecto: Color Amarilla intensa

Uso de diuréticos: Furosemida 40mg 1-1-0

OBSERVACIÓN/EXPLORACIÓN

Presencia de catéter peritoneo.

IV. ACTIVIDAD–EJERCICIO

Actividad de la vida diaria: Dificultad para realizar actividad diaria, dificultad en la marcha o al movimiento.

Factores que condicionan la actividad: Presencia déficit neuromuscular, disnea, espasmos musculares con el ejercicio, etc.

OBSERVACIÓN/EXPLORACIÓN

taquicardia, presión arterial elevada ,13`x

Masa muscular, fuerza, constitución corporal: Bajo tono muscular, complexión delgado.

V.-SUEÑO–DESCANSO CÓMO DESCANSA.

Sueño: 6 horas

Descanso (al despertar, durante el día y tiempo): 3 hr

OBSERVACIÓN: presencia de Cansancio, ojeras, ojos cansados, bostezos

VI. COGNITIVO-PERCEPTIVO.

Nivel de conciencia.: Orientación en tiempo y espacio

Sentidos: Disminución en la vista

Estado de conciencia orientado: alerta y coherente en situación actual.

Conducta que maneja: Demandante e inquieto

Estado Neurosensorial:

Visión: Déficit

Audición: Normal

Olfato: Normal

Gusto: Normal

Tacto: Déficit

Pupila: Isocóricas

Dolor: Presente en región abdominal **Intensidad:** 8 EVA

Características: Presencia dolor con intensidad en región abdominal se irradia hacia MI.

VII. AUTOESTIMA Y AUTOPERCEPCIÓN

Estado de ánimo positivo, autoestima confianza en sí mismo, tranquilo con sus logros y confianza en sí mismo.(opinión de sí mismo, identidad, imagen corporal, satisfacción).

Autopercepción (cómo se ve, qué le preocupa) piensa que tendrá recuperación satisfactoria.

OBSERVACIÓN/EXPLORACIÓN

Percepción de habilidad cognitiva, afectiva y física: Postura corporal Inquieto, movimiento, voz sin presencia de temor, angustia, entendimiento a cualquier pregunta razonamiento lógico.

VIII. ROL–RELACIONES CÓMO SE RELACIONA CON LOS DEMÁS

Sin problemas para relacionarse, confianza en las demás persona, apoyo de terceras personas (familia), amigos y personal de salud.

Vive con familia.

IX. SEXUALIDAD–REPRODUCCIÓN

Menciona estar en una etapa de satisfacción reproductivo.

X. ADAPTACIÓN–TOLERANCIA AL ESTRÉS

Aumento de estrés por condiciones presentes, dificultad a la adaptación de situación actual, preocupación a diferentes cambios en su vida cotidiana y laboral.

XI. VALORES–CREENCIAS

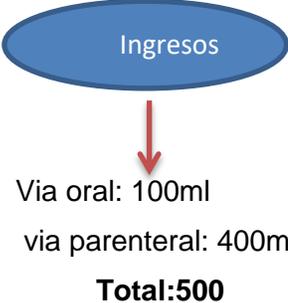
Inquieto, profesa religión católico, acude a sesiones de apoyo espiritual.

15. Plan de atención

Definición: Aumento de la retención de líquidos isotónicos.

Dominio II: Fisiológico

VALORACION	DIAGNOSTICO	TIPO	OJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUCION
Retención de líquidos	Exceso de volumen de líquidos r/c compromiso de los mecanismos reguladores m/p desequilibrio electrolítico, edema y cambios en la presión arterial.	Real	Lograr que el paciente elimine la retención de líquidos	<p>1.-Valoracion constantes vitales.</p> <p>2.-Ministracion de diurético.</p>	<p>1.-El cambio de la estabilidad de las funciones vitales nos indica una alteración en el funcionamiento del organismo.</p> <p>2.-Inihidores en el reabsorción de NaCl,↑ la diuresis, ↓el volumen plasmático y de la cavidad abdominal.</p>	<p>1.-Se identificaron datos de alteración de en constantes vitales se realiza un registro de los mismos.</p> <p>2.-Se cuantifica la diuresis en el turno con un resultado de 1500 ml.</p> <p>Se regula lps 1000ml para 24 hrs.</p> <p>$1000/24= 125\text{ml/h}$</p> <p>$125\text{ml}/3= 41\text{gtsx}$.</p> <p>Se pasaran 41gtsx</p>

				<p>3.-Dieta baja en Sodio</p> <p>4.-Ajustar el nivel de perfusión intravenosa Solución Hipotonica glucosado al 5%.</p>	<p>3.-El sodio atrae el agua y una dieta alta en sodio dirige el agua hacia el torrente sanguíneo, lo que aumenta el volumen de la sangre y, con el tiempo, puede aumentar su presión arterial. La presión arterial alta (también conocida como hipertensión) obliga al corazón a trabajar más y puede dañar los vasos sanguíneos y los órganos, lo cual aumenta su riesgo de padecer enfermedades del corazón, enfermedades renales y derrames cerebrales.</p> <p>4.-Son las que tienen una osmolalidad inferior a la de Los líquidos corporales y, por tanto, ejercen menos presión osmótica.</p>	<p>3.-Paciente mantuvo ingesta de dieta baja en sodio en una totalidad de un 60% en cada comida.</p> <p>4.-Se realiza el balance de ls.</p> <div style="text-align: center;">  <p>Via oral: 100ml via parenteral: 400ml Total:500</p> </div>
--	--	--	--	--	---	--

				<p>5.-Cuantificación del volumen de la orina.</p>	<p>5.- El volumen de la orina depende en relación a la entrada por LsPs y nutrición.</p> <p>La orina tiene 96% que es agua y el 4%son solutos (urea, amoniaco, creatinina y ácido úrico.</p> <p>La eliminación de líquidos depende de la cantidad de solutos que se han de excretar, de la perdida de líquidos por la transpiración , el aire exhalado, del estado cardiaco y renal.</p>	<div style="text-align: center;">  <p>Egresos</p> <p>↓</p> <p>Evacuaciones:50gr Diuresis: 100ml Total:150 Positivo de 350</p> </div> <p>Como resultado tenemos un balance + de 350 se elimina menos líquidos, continua con retención de líquidos.</p>
--	--	--	--	---	--	---

Definición: Disminución de la reservas de energía que provoca la incapacidad de la persona para sostener la respiración adecuada para el mantenimiento de la vida.

Dominio II: Fisiológico

Clase: Función respiratoria

VALORACION	DIAGNÓSTICO	TIPO	OBJETIVO	EJECUCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Dificultad al respirar	Deterioro de la respiración espontanea r/c factores metabólicos m/p disnea, hipoxia y aumento de la FC.	Real	El paciente lograra mantener un equilibrio del intercambio gaseoso.	1.-Valoracion de FR (frecuencia, volumen, ritmo y características de la respiración.	1.-A través de estos datos subjetivos y cuantitativos se determina el estado del intercambio gaseoso en las etapas de ventilación pulmonar, difusión de gases y transporte de oxígeno.	1.-Se determina acciones para favorecer FR..
				2.-Adoptar posturas semi-fowler.	2.-Al mantener una postura adecuada ayuda a que exista una expansión pulmonar al inhalar, el diafragma se contrae y el espacio disponible en la cavidad torácica se agranda. Los músculos externos intercostales también ayudan a	2.-El paciente presenta mejoría para el acto de inspiración y expiración.

				<p>agrandar la cavidad torácica, permitiendo que el aire entre a los pulmones. Después de la inhalación, el diafragma se relaja.</p> <p>Cambios posturales frecuentes: sobre todo si son pacientes encamados o pacientes que no se mueven de forma voluntaria, para evitar el acúmulo de secreciones en una misma zona pulmonar y también las úlceras por presión.</p>	
--	--	--	--	--	--

Definición: Reducción del aporte de oxígeno que provoca la incapacidad para nutrir los tejidos a nivel capilar.

Dominio II: Fisiológico

Clase: Mecanismos cardiacos usados para mantener la perfusión tisular.

VALORACION	DIAGNOSTICO	TIPO	OJETIVO	EJECUCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Llenado capilar retardado.	Perfusión tisular inefectiva r/c deterioro transporte de oxígeno m/p alteración de la FR por debajo de los niveles aceptables y disnea.	Real	El paciente lograra aumentar el nivel de saturación.	3.-Oxigenoterapia	3.-Incrementa la tensión de oxígeno alveolar aumentar la fracción inspirada de oxígeno (FiO2).	Como resultado se mejoro el porcentaje de saturación de oxígeno a un 93% se valora Llenado capilar menor de 2 seg.

Definición: Experiencia sensitiva y emocional, inicio Súbito o lento de cualquier intensidad leve o grave con un fin anticipado o previsible y una duración menor de seis meses.

Dominio I: Función

Clase: Confortal

VALORACION	DIAGNOSTICO	TIPO	OBJETIVO	EJECUCION	FUNDAMENTACION	VALORACION
Dolor	Dolor agudo r/c agentes químicos m/p conductas expresivas e información verbal de dolor.	Real	El paciente lograra disminuir el umbral del dolor.	<p>1.-Valorar las constantes vitales.</p> <p>2.-Registro de Intensidad, Localización y cualidad del dolor.</p>	<p>1.-Determinan estado actual del paciente.</p> <p>2.-Se llevara un registro del umbral del dolor para iniciar con tratamiento farmacológico.</p>	<p>1.-El paciente logra disminuir el Dolor durante el turno.</p> <p>2.- Al realizar palpación en región Paciente informa verbalmente sentir mejoría</p>

Definición: Reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces excesivamente duras y secas.

Dominio II: Fisiológico

Clase: Eliminación

VALORACION	DIAGNOSTICO	TIPO	OBJETIVO	EJECUCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Eliminación Fecal disminuida	Estreñimiento r/c malos hábitos alimenticios m/p disminución de la frecuencia de evacuaciones.	Real	El paciente lograra equilibrar su alimentación durante su estancia hospitalaria.	1.-Valoracion: Frecuencia Características 2.-Dieta rica fibra, vegetales, frutas y legumbres	1.-Permite conocer el grado de evolución sobre el trastorno presente. 2.-La primera parte del tracto digestivo es la boca donde los dientes cortan o mastican los alimentos mezclados con la saliva, posteriormente el alimento pasa el esófago para llegar al estómago y junto con sus paredes deshacen la comida para pasar a la primera parte del intestino delgado, se necesita de otros órganos para continuar su proceso, la vesícula biliar degrada las grasas y bilis producida por el	Durante el turno se presenta mínima presencia de evacuaciones.

					<p>hidalgo ayuda al intestino delgado a su funcionamiento, los alimentos son empujados por una serie de contracciones de los músculos de sus paredes.</p> <p>La fibra ayuda a eliminar el exceso de sustancias alimenticias.</p>	
--	--	--	--	--	--	--

Definición: Alteración de la integridad estructural dentaria.

Dominio II: Fisiológico

Clase: Integridad Tisular.

VALORACION	DIAGNOSTICO	TIPO	OBJETIVO	EJECUCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Desgaste Dental	Deterioro de la Dentición r/c higiene oral ineficaz m/p dientes desgastados	Real	El paciente mantendrá la higiene bucal con ayuda de familiar.	1.-Educacion paciente-familiar sobre higiene bucal	1.-Fomenta hábitos higiénicos.	El paciente realiza hábitos de higiene dental después de cada comida.

Definición: Limitación del movimiento independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.

Dominio: Funcional

Clase: Actividad Ejercicio

VALORACION	DIAGNOSTICO	TIPO	OBJETIVO	EJECUCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Problemas al movimiento	Deterioro de la movilidad física r/c intolerancia a la actividad m/p dificultad para girarse en la cama.	Real	Evitar lesiones cutáneas.	1.-Cambios posturales	1.- Al realizar cambios posturales se expone menos regiones Oseas (puntos de presión).	Se logra mantener confort.

Definición: Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta automática (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo) sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.

Dominio III: Psicosocial

Clase: Emocional

VALORACION	DIAGNOSTICO	TIPO	OJETIVO	EJECUCION	FUNDMENTACION	EVALUACION
Inquieto	Ansiedad r/c estado de salud m/p inquietud y angustia.	Real	El lograra mantener un estado de relajación	1.-Uso de algún objeto (pelota) anti-estrés.	1.-Actua los neurotransmisores a mandar señales químicas actúa como mensajero para mandar señal al sistema nervioso.	1.-Se logra distracción en relación a su entorno.

Definición: Riesgo de sufrir alteraciones fisiológicas o psicológicas como consecuencia del traslado de un entorno a otro.

Dominio III: Psicosocial

Clase: Afrontamiento.

VALORACION	DIAGNOSTICO	TIPO	OBJETIVO	EJECUCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Estrés	Riesgo de estrés del traslado r/c deterioro del estado de salud físico.	Riesgo	Recuperar un estado de tranquilidad.	1.Musicoterapia	1.-Lograra cambios de conducta ante su Entorno	Se mantiene relajado y cooperativo con pensamientos positivos.

16. CONCLUSIONES

Con el trabajo que se presentó, he comprendido que tenemos una suma de actividades importantes dentro del área de atención en aquellos pacientes con alteraciones de salud, nuestro aprendizaje teórico-práctico es fundamental para desarrollar estrategias y lograr que el individuo mantenga una homeostasia en relación a salud, entorno y familia.

En la actualidad se tienen datos registrados sobre el incremento de casos con IRC el profesional de enfermería colabora de manera directa e indirecta con responsabilidad para lograr un estabilizar en base a los planes sistematizados.

Una pieza fundamental para lograr resultados satisfactorios es desarrollar un plan de atención así mismo educar a paciente y familia en relación a cuidados necesarios para lograr un estado de salud estable.

17. Referencias Bibliográficas

1. REV ESP ENFERM DIG (Madrid) Vol. 96. N.º 9, pp. 667, 2004
2. Michael Murray.N.D enciclopedia of nutrional supplements De prima ISBN 0-765-0410-9
3. FDA: www.fda.gov.
4. Malick L.B.) Desequilibrios hídricos, electrolíticos y ácido Ebase.) En: Lewis S.M., Heitkemper M.Mc.,)
5. Dirksen S.R.) Enfermería Medicoquirúrgica.) Valoración y cuidados de problemas clínicos.) Vol I) y II.) Madrid: Elsevier.) 6ª ed.) 2004.) 338E67.
- 6.-Vanders, A.J., Renal Physiology, McGraw-Hill, 1991
- 7-Pagina de celadores del Hospital de La Mancha centro de Alcazar de San Juan. [pagina web de Internet] Posiciones de colocación de enfermos. [actualizado 8/02/2005; citado septiembre 2006] [aprox. 16 pantallas] Disponible en: <http://>
- 8.-humano.ya.com/tiopamino/POSICIONES%20DE%20COLOCACION%20DE%20ENFERMOS.htm
- 9.Id.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-adulto/manual_de_fisioterapia_respiratoria_5.pdf
- 10.- American Association for Respiratory Care (AARC). Clinical Practice Guideline. Oxygen therapy for adults in the acute care facility. Respir Care 2002; 47(6):717-720.
- 11.-Arévalo, A. (2009). Importancia del folklore musical como práctica educativa. Revista electrónica de LEEME 23, 1-14.
- 12.-Benenson RO. Musicoterapia de la teoría a la práctica. Barcelona: Paidós; 2000.
- 13.-Cautela JR, Groden J. Técnicas de relajación (Manual práctico para adultos, niños y educación especial). Barcelona: Martínez Roca; 1985.