



Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON Y EL
PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO
A UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA
RENAL CRONICA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

IDELMA PEREZ MONJARAS

No. de Cuenta 9562531-7

México, D. F.

285317

Septiembre del 2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON Y EL PROCESO DE
ATENCIÓN DE ENFERMERIA
APLICADO A UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL
CRÓNICA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
IDELMA PÉREZ MONJARAS
No. de. Cta. 9562531-7

Directora De Trabajo

LIC.EN ENF. ELIA ALJAMA-CORRALES

Secretaría de Salud
Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica
Unidad de Estudios y Asesoría Técnica
Servicio de Vigilancia Epidemiológica

MÉXICO, D.F.

SEPTIEMBRE DE 2000

DEDICATORIAS

A MIS HIJOS EDNA Y EDSON:

Porque muchas veces tuvimos que prescindir de la presencia mutua para el logro de ésta meta.

A LA MEMORIA DE MI MADRE: ISABEL

Por darme la vida, por enseñarme a valorar todos los esfuerzos, por impulsarme a seguir mi vocación hasta alcanzar mis metas. Gracias mamá por iluminarme hoy y siempre desde donde tu estés, te adoro.

A MIS HERMANOS:

Por la ayuda moral que me brindaron siempre, por saber guiarme por el buen camino, pero sobre todo a ti Heriberto, porque fuiste el pilar al inicio de mi carrera.

A MI ESPOSO:

Por ser un gran padre y estar al pendiente de todo.

A MI ASESORA:

Por la gran ayuda y paciencia para la realización de éste trabajo, por sus conocimientos, por su crítica y por su amistad, ¡gracias!

A mis compañeras:

Por su apoyo brindado.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
INTRODUCCIÓN.	
OBJETIVOS.	
METODOLOGÍA.	
I. MARCO TEÓRICO.	
1. ORIGEN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA	1
1.1. <i>La institucionalización de los cuidados de enfermería</i>	2
1.2. <i>Concepción Nightingale</i>	4
1.3. <i>Orígenes de la enfermería</i>	5
2. EL SURGIMIENTO DE LA ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN	7
3. EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU APLICACIÓN EN LA PRÁCTICA	10
3.1. <i>Valoración</i>	11
3.2. <i>Diagnóstico de enfermería</i>	12
3.3. <i>Planificación</i>	13
3.4. <i>Ejecución</i>	16
3.5. <i>Evaluación.</i>	17
4. EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON COMO MARCO DE REFERENCIA EN LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA	18
5. CONOCIMIENTOS DE OTRAS DISCIPLINAS QUE APOYAN EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	24
5.1. <i>Anatomía renal</i>	24
5.2. <i>Fisiología renal</i>	26
5.3. <i>Insuficiencia renal crónica</i>	28
5.4. <i>Diálisis peritoneal</i>	33
5.5. <i>Técnicas para cambio de solución dializante</i>	36
5.6. <i>Educación para la salud en el paciente con insuficiencia renal crónica.</i>	40

II.	APLICACIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON A UN	50
	PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	
2.1.	<i>Valoración de las 14 necesidades básicas a una mujer adulta con</i>	<i>50</i>
	<i>insuficiencia renal crónica.</i>	
2.2.	<i>Presentación de los planes de cuidados</i>	<i>56</i>
2.3.	<i>Planes de cuidados de enfermería de acuerdo a las 14 necesidades de</i>	<i>58</i>
	<i>Virginia Henderson</i>	
III.	CONCLUSIONES	
IV.	SUGERENCIAS	
V.	ABREVIATURAS	
VI.	GLOSARIO	
VII.	BIBLIOGRAFÍAS	

INTRODUCCIÓN

Hoy en día la Enfermería es muy distinta a aquella de hace cincuenta años. El entorno cambiante ha creado la necesidad de una formación rigurosa con el fin de mantenerse al día en el mundo moderno.

Es por eso que la Enfermería requiere tener un status profesional, para esto debe funcionar en forma autónoma en el control de sus actividades, tener autoridad legal para definir el alcance de su práctica, describir sus funciones particulares y sus roles, determinar sus metas, y responsabilidades en la realización de sus servicios.

En base a lo anterior se realiza el presente trabajo en donde se aborda el origen de los cuidados de Enfermería en las diferentes épocas, así como la institucionalización de los cuidados de Enfermería y la concepción Nightingale.

También se hace mención sobre el surgimiento de la Enfermería como profesión y las características que debe poseer.

En otro apartado se hace hincapié sobre la importancia del Proceso de Atención de Enfermería como un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de objetivos. Está caracterizado por su sentido humanista, porque el plan de cuidados se desarrolla y se pone en práctica de acuerdo a los intereses e ideales de cada persona y su entorno, el proceso de Enfermería se basa en principios y reglas que son efectivos en la promoción de la calidad de los cuidados, la eficiencia y la satisfacción del paciente.

El presente trabajo también pretende dar a conocer la aplicación teórica y práctica del Proceso de Atención de Enfermería aplicado a un paciente con Insuficiencia Renal Crónica, tomando en cuenta el modelo básico y esencial de Virginia Henderson. Actualmente existen varios modelos de Enfermería, no obstante se eligió el de Virginia Henderson, ya que es un modelo desarrollado sistemáticamente que contempla las catorce

necesidades básicas del individuo sano o enfermo que deben satisfacerse para mantener su integridad física y psicológica.

Tomando como base el incremento de pacientes con insuficiencia renal crónica en la unidad donde laboro, considero de importancia elaborar el presente trabajo a través del cual se dan a conocer algunos de los problemas que presentan dichos pacientes y las actividades y cuidados que debe realizar el personal de Enfermería para prestar atención oportuna al paciente demandante de un servicio de calidad y calidez para recuperar y/o mantener el equilibrio biofisiológico, psicológico y sociocultural.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Proporcionar atención integral a un paciente con insuficiencia renal crónica a través del Proceso de Atención de Enfermería basada en el modelo de Virginia Henderson.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ *Mantener o restaurar la independencia de un individuo con Insuficiencia Renal Crónica al satisfacer sus necesidades fundamentales.*
- ❖ *Basándose en las intervenciones de Enfermería incidir en la fuerza, la voluntad y el conocimiento del individuo con insuficiencia renal crónica llevándolo a la independencia posible en la satisfacción de sus necesidades.*

METODOLOGÍA DE TRABAJO

Se aplicó el Proceso de Atención de Enfermería basado en necesidades de atención de salud derivadas de la enfermedad de insuficiencia renal crónica, previamente se realizó una investigación bibliográfica exhaustiva del Proceso de Enfermería y del modelo de atención de Virginia Henderson.

El trabajo se realizó con base en los objetivos propuestos, por medio de la valoración, diagnóstico de Enfermería, la planeación, la ejecución y la evaluación.

El trabajo se inició con la valoración de Enfermería en el servicio de Medicina Interna del Hospital General de zona número 1 de la ciudad de Tapachula de Córdoba y Ordóñez Chiapas, se llevó a cabo una valoración clínica basándose en criterios biofisiológicos, psicológicos y socioculturales de las necesidades basadas en el fundamento teórico de Virginia Henderson, posteriormente, se construyeron los diagnósticos de Enfermería y después se priorizaron los problemas detectados y se planearon las intervenciones, se ejecutaron y se evaluaron.

ESPACIO:

- ❖ Aula de usos múltiples de la cooperativa San Agustín.*
- ❖ Biblioteca del Hospital General de zona número 1.*
- ❖ Servicio de Medicina Interna del Hospital General de zona número 1.*
- ❖ Domicilio Particular del paciente elegido.*
- ❖ Domicilio particular de la autora del presente trabajo.*

LÍMITES DE TIEMPO:

La selección del caso, la ejecución de cuidados de Enfermería y el seguimiento de la paciente se llevó a cabo del 29 de mayo al 22 de agosto del año 2000.

También se estableció una comunicación estrecha con el personal de Enfermería que labora en el servicio de Medicina Interna del Hospital General de zona número 1, con el objeto de que conjuntamente se determinara tanto el plan de cuidados como su ejecución y evaluación a la vez que existiera continuidad en los diferentes turnos.

La aplicación del instrumento de valoración y el seguimiento del plan de atención se siguió efectuando en el domicilio de la paciente cada tercer día en dos horas diarias por las tardes donde se mantuvo una estrecha comunicación con ella y con sus familiares con el fin de obtener información concreta.

RECURSOS MATERIALES:

- ❖ Diferentes bibliografías.*
- ❖ Material de apoyo para el seminario.*
- ❖ Instrumento metodológico para la atención de Enfermería según el modelo de Virginia Henderson.*
- ❖ Expediente clínico.*
- ❖ Tarjetas bristol.*
- ❖ Equipo de cómputo.*

RECURSOS HUMANOS:

- ❖ Asesor del trabajo.*
- ❖ Enfermeras de diferentes turnos que laboran en el servicio de medicina interna.*
- ❖ El paciente.*
- ❖ La autora del presente trabajo.*

II. MARCO TEÓRICO

1. ORIGEN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Desde los primeros tiempos la aplicación de cuidados es y será siempre indispensable, en éste sentido el concepto de ayuda bajo el que se configuran las prácticas de cuidados, está inmerso en un principio, dentro de la consideración del grupo ya que desde los tiempos del hombre primitivo éste se creía incapaz de subsistir disociado de los demás.

El origen de las prácticas de los cuidados se debieron a las actividades de alimentación y conservación relacionados con los aspectos de supervivencia en la que se desarrollaba la vida de los primeros hombres.

En las primeras comunidades prehistóricas la actividad de cuidar estaba ligada a las peculiaridades biológicas femeninas relacionadas con la fecundidad, por lo que ésta actividad le correspondía a las mujeres, práctica que le fue asignada por determinación biológica dentro de la comunidad.

Las plantas constituían la base de las prácticas tanto curativas como cuidadoras mejorando la función descubierta y asignada a cada una de ellas.

En los primeros siglos de nuestra era, los cuidados estaban delegados a los sirvientes y esclavos de las casas y organizadas por el ama. Y ambientados en el mundo mágico religioso. Es por eso que los cuidados fueron aprendidos en condiciones sociales de desventaja, porque no se introdujeron bajo la óptica de la filosofía natural ya que quienes la practicaban eran consideradas personas sin posibilidad de desarrollo intelectual o como objetos jurídicos sobre los que se tenía la propiedad. Ésta situación sociocultural ha obstaculizado el estudio de

los cuidados de Enfermería desarrollado por las mujeres y esclavos, ya que no quedaron testimonios escritos.

Para el mundo clásico los cuidados de Enfermería tuvieron escasa importancia, por la condición social de quienes la practicaban. Fue un arte aprendido en condiciones de desventaja. (1)

1.1 La institucionalización de los cuidados de Enfermería.

La institucionalización de los cuidados de Enfermería en la zona occidental europea, se refugió en los monasterios rurales, casa de caridad y pequeños hospedajes.

Las instituciones dedicadas al cuidado estaban sujetas en forma inevitable a la filosofía y al pensamiento cristiano. De ésta forma se determina que todo enfermo debía residir en un lugar específico y debía estar bajo el cuidado de un individuo apto. Y aquellos que dedicaran su vida al cuidado tuvieron la obligación de aceptar los votos religiosos de castidad, pobreza y obediencia. (2)

Es decir que durante millares de años no fueron propios de un oficio y aún menos de una profesión. Eran los actos de cualquier persona que ayuda a otra a asegurar todo lo necesario para continuar su vida en relación con la vida de grupo. (3)

En el siglo III d. C., las personas que proporcionaban los cuidados estaban a cargo de la gente que colaboraba con el obispo, quién era el que estaba al frente y lo consideraban el guía. Con él cola

1. Hernández Conesa, Juana "Significado Histórico de los cuidados de Enfermería" en Historia de la Enfermería p. p. 23-39.
2. Hernández Conesa, Juana. Ob cit. p. 43.
3. Coliere, Marie Françoise "Origen de las Prácticas de cuidados" en Promover la Vida p. 5.

boraban mujeres viudas que recibían el nombre de diaconisas, su tarea principal estaba dirigida al ejercicio de la caridad en el cuidado de los enfermos. Y fue en ésta época cuando por primera vez, se consideró a la Enfermería como un arte, diferenciado del servicio a los pobres. De éste modo, comenzó a construirse una primitiva organización Enfermera donde no se olvidaba la caridad como base fundamental de su labor.

El amor al prójimo, manifestado en el cuidado a los enfermos, presenta numerosos episodios históricos, entre los que se puede resaltar la actividad de los cristianos de Alejandria durante la epidemia del año 250, cuidando a los enfermos sin temor al contagio. Así queda reflejada la cristalización del concepto cristiano de ayuda, que permite el desarrollo de hospederías, hospitales y leproserías, donde los cuidados son practicados en forma institucionalizada.

En éste siglo el cristianismo continuaba proporcionando ayuda y cuidados a todos los necesitados.

Durante los siglos XII y XIII se destacó a un grupo de mujeres llamadas comadronas quienes además de asistir durante el parto se ocupaban de problemas ginecológicos. Su preparación teórica se realizó en la escuela médica de Salerno, dicha formación consistía en prepararse por un año con una comadrona experta para después presentar un examen con un médico de la administración local. (4)

4. *Hernández Conesa, Juana "Institucionalización de los Cuidados de Enfermería Cristiana" en Historia de la Enfermería p. p. 44-54.*

1.2 *Concepción Nightingale*

La concepción Nightingale se desarrolló con el inicio de la idea del progreso social y económico de la revolución industrial, donde los primeros programas de instrucción en cuidados de Enfermería resaltaron los conceptos de prevención de la enfermedad y fomento de la salud.

La Enfermería se había basado en una idea de arte y no de ciencia, por lo que llevó a Florencia Nightingale a propugnar su integración a un sistema interdependiente.

En 1847 comenzaron a manejarse los conceptos de asepsia y antisépsia de los que se benefició la Enfermería en sus prácticas de cuidados generales y materno infantil. Éste avance se debió principalmente a las nuevas condiciones de higiene incorporadas en el contenido de los cuidados de Enfermería que expuso Florencia Nightingale.

En el siglo XIX Florencia Nightingale introdujo como elementos de los cuidados el aspecto psicosocial que no aparece en ninguna época anterior, así mismo contempló los efectos físicos del color, la música y la influencia del cuerpo sobre el espíritu como medio de recuperación.

La concepción de Florencia Nightingale estaba centrada en el enfermo y no en la enfermedad. El modelo que nos legó Florencia Nightingale aún subyace en los programas de formación actual, donde la dependencia médico - técnica, unida a una disciplina con connotaciones religiosas constituyen los elementos claves de una representación estereotipada de la Enfermera en éste siglo.

La concepción Nightingale supone la consideración de la Enfermería como una opción profesional con un contenido específico.

Es suya la idea de una formación programada y sistémica impartida por Enfermeras de formación superior alejadas de la ignorancia en que se habían aplicado los cuidados en los siglos pasados. (5)

1.3 Orígenes de la Enfermería.

A finales del siglo XIX con la desacralización progresiva del poder político que dio lugar a la separación de la iglesia y del estado se ve aparecer el personaje de la Enfermería imprimiendo su imagen a la aplicación de los cuidados. Esto surgió primeramente en Inglaterra posteriormente en países anglosajones, la Enfermera se inscribe en un orden social tomando el relevo de las religiosas y de la mujer consagrada que anteriormente eran las que prestaban cuidados a los pobres, enfermos y desamparados. Basada su práctica profesional en valores morales y religiosos, no se le reconocía el dominio del conocimiento, pero esto cambió progresivamente con el desarrollo de la medicina y la tecnología, por lo que las actividades médicas se ampliaba más, el médico necesita delegar actividades que anteriormente el realizaba y es ahí donde surge la Enfermera auxiliar del médico y se ve a la Enfermera como servidora y se le enseñaba a no caminar jamás delante del médico, sino a seguirle. El médico era el que determinaba la actividad de la Enfermera. Pero a medida que se acerca el final del siglo XX, la Enfermería se ha visto forzada a realizar fuertes ajustes, ya que en la década de los años 30 habían pocas Enfermeras graduadas, por lo tanto, la mayor parte de los cuidados de Enfermería corrían a cargo de estudiantes y auxiliares. Los cuidados eran aplicados sin un enfoque holístico porque incluían una gran variedad de tareas que nada tenían que ver con la profesión.

5. Hernández Conesa, Juana "La Concepción Nightingale" en *Historia de la Enfermería* p. p. 62 - 80

En los años 40 hubo grandes innovaciones en los cuidados de la salud por lo que las Enfermeras ya aplicaban técnicas más sofisticadas.

A mediados de los años 50 se formuló y puso en funcionamiento el concepto de autocuidado y cuidados a domicilio, éste desarrollo de tipo específico aunque resultaba ventajoso en muchos aspectos, obligaba a contar con algún tipo de Enfermería especializada y alteraba la relación Enfermera - paciente, lo cual contribuyó a acentuar la carencia de profesionales.

Al ir disminuyendo el número de Enfermeras profesionales y aumentar las demandas se introdujo la Enfermería de equipo. Éste método nuevo y diferente de asignación requería menos personal bien preparado y estaba diseñado para las tareas concretas a los conocimientos y experiencias de la Enfermera que proporcionaba el servicio. La Enfermería de equipo era un sistema por el cual el personal de Enfermería de diferentes tipos podía ser incluido en un equipo para proporcionar cuidados de Enfermería de calidad a grupos de pacientes. La Enfermera profesional supervisaba a todos los pacientes y a los miembros del equipo para planificar y valorar los cuidados.

Por desgracia, la calidad de los cuidados de Enfermería y la satisfacción de los pacientes fueron decreciendo. Esto tuvo consecuencias graves debido a los avances dentro de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y el desarrollo de la tecnología. La ampliación del campo de la ciencia médica había hecho de la Enfermería algo más complejo para impartir los cuidados con eficacia. (6)

6. Donahue, M. Patricia, "La Enfermería Condición del Arte", en *Historia de la Enfermería* p. p. 3 - 12

2. EL SURGIMIENTO DE LA ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN

La profesión de Enfermería ha evolucionado durante siglos, para que la Enfermería tomara cuerpo científico faltaba un agente catalizador que permitiera su desarrollo y éste agente no llegó hasta que las condiciones sociales que permitían la esclavitud y la inferioridad fueron retrocediendo paulatinamente.

La reforma de la Enfermería llegó de la mano de una Enfermera británica llamada Florencia Nightingale, los esfuerzos de ella lograron que la Enfermería se convirtiera en una profesión respetada, ya que la Enfermería posee un cuerpo de conocimientos propios que le permiten proporcionar servicios de acuerdo con las necesidades del grupo social existente, una formación específica y el desarrollo de las ciencias prácticas y aplicadas específicamente del dominio de la profesión, lo que permite obtener un reconocimiento social y laboral por su trabajo.

En nuestro país, la práctica profesional de Enfermería ha sido predominantemente hospitalaria, enfocada a lo biológico, a lo curativo, a la realización de procedimientos derivados del tratamiento y de la tecnología médica, por ello es una de las mayores razones de insatisfacción del ejercicio profesional por no contar con un roll y autoridad propia.

Por lo tanto, todos debemos ejercer un impacto con la evolución profesional basándonos en una práctica alternativa como es hacia el entorno de la persona, centrarse en el cuidado de los individuos, con una visión integral tendiente a proteger y a mantener la salud, respetar los sentimientos y los derechos de la persona basado en un cuerpo teórico, disciplinario y con el desarrollo de tecnologías tendientes a resolver problemas de salud de manera independiente, de

tal modo que la práctica profesional de Enfermería debe poseer las siguientes características:

- 1. Ejercer una práctica centrada hacia lo que es propio de la Enfermería, el cuidado, privilegiando la salud de la persona y la vida.*
- 2. Sustentar su hacer en una concepción de persona, entorno, salud - enfermedad en las teorías, en el proceso y la tecnología de la Enfermería.*
- 3. Reconocer el proceso de Enfermería como el método propio para cuidar a las personas en los diferentes ámbitos en donde ésta se desenvuelve.*
- 4. Validar o construir modelos de atención tomando en cuenta a las personas que atienden y a las características del ámbito donde ejerce su práctica.*
- 5. Valorar la salud de la persona a partir de sus necesidades y respuestas humanas.*
- 6. Establecer los diagnósticos de Enfermería que orienten el cuidado y sus intervenciones independientes.*
- 7. Trabajar coordinadamente en las acciones encaminadas al cuidado integral de la persona planeando conjuntamente con ella, los cuidados que requiere.*
- 8. Realizar y evaluar los cuidados con base en las respuestas humanas y en el logro de metas de salud de las personas.*
- 9. Revisar y actualizar las técnicas y procedimientos para consolidar sus propias tecnologías que se requiere para atender las necesidades de la persona.*
- 10. Educar a la persona para el autocuidado que le permita mantener la vida.*

11. *Participar en la formación y actualización de los profesionales de Enfermería.*
12. *Investigar sobre el cuidado de Enfermería, que contribuya a consolidar el conocimiento disciplinario.*
13. *Participar junto con otros profesionales en el desarrollo de los programas prioritarios de salud.*
14. *Sustentar su práctica profesional en principios filosóficos, en su manera de actuar, en la búsqueda del conocimiento, los valores y el ser, así como la consolidación de una filosofía personal de Enfermería.*
15. *Demandar autonomía de juicio y acción en su desempeño profesional, dado que es responsable y sabedora de lo que requieren las personas para cuidar su salud. (7)*

Según Koziar el roll clásico de la Enfermería fue el del cuidado humano, tutela, consuelo y apoyo. A todo esto hay que añadirle las características propias del verdadero profesionalismo, incluida la educación, un código ético, un dominio del oficio, una persona informada e involucrada en la profesión con responsabilidad de sus actos. (8)

Con esto podemos caracterizar a la Enfermería profesional de nuestro tiempo, que implica entre todo lo anterior a asumir la responsabilidad de coordinar la atención de apoyo, comunicación sistemática y acciones de apoyo a la familia. Es decir la Enfermería tiene un roll colaborativo y un roll de ejercicio independiente que

7. *Leddy, Susan – Pepper J. Mae "Bases Conceptuales de la Enfermería" p.p. 13-16.*

8. *Koziar, Bárbara, et, al, Introducción a la Enfermería, p. 40*

implica responsabilidad legal, moral y compromiso de comprobar sus métodos y teorías para atender, ayudar, confortar y guiar con la racionalidad científica que debe tener un profesionalista que aplica sus conocimientos y su experiencia en beneficio de la sociedad.

3. EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU APLICACIÓN EN LA PRÁCTICA

El Proceso de Atención de Enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de los objetivos de salud del individuo. (9)

Según la OMS es un sistema de intervenciones propias de Enfermería sobre la salud de la persona, implica la satisfacción de sus necesidades de salud así como la jerarquización de aquellos que se pueden cubrir con mayor eficacia al proporcionar cuidados de Enfermería. (10)

El Proceso de Atención de Enfermería es organizado porque consta de cinco pasos secuenciales e interrelacionados que son:

- ❖ *Valoración*
- ❖ *Diagnóstico*
- ❖ *Planificación*
- ❖ *Ejecución*
- ❖ *Evaluación*

9. Alfaro – Lefevre, Rosalinda "Aplicación del Proceso de Enfermería" p. 249

10. Susan M. Hinchliff, "Enfermería y Cuidado de Salud" p. 175

A continuación expondré una breve descripción de las actividades que se efectúa en cada una de las etapas.

3.1. Valoración:

En ésta fase se reúnen y examinan datos con el fin de definir el estado de salud del paciente y describir sus capacidades y problemas. Ésta fase es tal vez la más importante ya que todo el plan se sustenta en la información obtenida, ésta etapa de valoración es aplicable a todos los grupos de pacientes. Se inicia con la obtención o recopilación y esto se logra a través de tres herramientas que son la observación, el interrogatorio o entrevista y la exploración física, esto se realiza en forma simultánea.

La observación es una habilidad de alto nivel que debe desarrollarse desde el inicio de la formación académica, ya que con ésta herramienta se puede llegar a formular un diagnóstico presuntivo o certero, la observación consiste en describir el estado de salud - enfermedad del paciente, el entorno físico o psicodinámico que le rodea. Dicha observación debe iniciarse desde el primer encuentro con el paciente y continuarse a través de la relación Enfermera - paciente. Para lograr una descripción detallada de lo observado se requiere de todos los sentidos como la vista, el tacto el oído, el olfato y el gusto.

El interrogatorio o entrevista, el propósito de ésta herramienta es obtener información y desarrollar la empatía, Enfermera - paciente. A través del interrogatorio, se obtiene la historia clínica, la entrevista es un método observacional que permite que el paciente exprese sus ideas, sentimientos y necesidades inmediatas y a largo plazo que nos servirá para el plan de atención de Enfermería y al

logro de los objetivos. Esto puede hacerse en forma formal e informal, el formal es mediante un formato organizado para la recolección de datos. El informal es la conversación Enfermera - paciente, donde el paciente expresa sus sentimientos y problemas.

El examen clínico. Esto nos conduce a una observación más precisa de los problemas del paciente, la exploración física debe realizarse de pies a cabeza, utilizando los métodos de inspección, palpación, percusión, auscultación y medición. Ésta fase también se complementa con los resultados obtenidos de los exámenes gráficos y químicos.

Las fuentes de la recolección de los datos, son a través de información, registro y expediente clínico.

Una vez recopilado los datos acerca del paciente, éstos deberán organizarse y analizarse para que nos permita tomar decisiones que aseguren el cuidado individualizado de Enfermería y formular los diagnósticos que nos guíen para brindar una atención óptima al paciente con bases teóricas y científicas de acuerdo a las necesidades de nuestros pacientes.

3.2. Diagnóstico de Enfermería:

El diagnóstico surge de la perspectiva de cada profesión respecto a la responsabilidad y forma de proceder del conocimiento para la práctica de cada uno en el campo de su competencia.

El diagnóstico de Enfermería es una conclusión o enunciado definitivo claro y conciso del estado de salud, los problemas y necesidades del paciente, que requieren modificarse por la intervención de la Enfermera (o) con el objeto de resolverlos o disminuirlos.

Para asegurar la exactitud del diagnóstico es esencial que la valoración sea exacta y completa.

Diagnosticar implica analizar y sintetizar los datos de la valoración para identificar áreas de funcionamiento positivo, así como áreas con problemas reales o potenciales.

El diagnóstico de Enfermería es el eje del Proceso de Atención de Enfermería; si todos los problemas están definidos en forma clara y concisa.

El diagnóstico de Enfermería se basa en necesidades y problemas, es individualizado y específico, está sujeto a modificaciones según el estado de salud o enfermedad del paciente, su redacción puede ser descriptiva, predictiva o explicativa.

Para determinar el diagnóstico de Enfermería es necesaria la interacción Enfermera – paciente.

Para formular el diagnóstico de Enfermería, es importante enunciar el problema del paciente más la causa con la finalidad de analizar situaciones que influyen en su salud o enfermedad y buscar estrategias posibles de acuerdo a los recursos disponibles.

Para elaborar en forma acertada el diagnóstico de Enfermería se debe contar con un acervo de conocimientos científicos, basados en las ciencias biopsicosociales, que permitan fundamentar su actuar en cualquier momento y poner en marcha el plan de atención de Enfermería.

3.3. Planificación:

Durante ésta etapa se desarrolla y anota un plan de cuidados individualizados dirigidos al logro de objetivos.

Ésta fase del Proceso de Atención de Enfermería es el acto de determinar que puede hacerse para apoyar al paciente en el restablecimiento, la conservación o el fomento de la salud.

La planificación implica:

- ❖ Fijación de prioridades.*
- ❖ Establecimiento de los resultados esperados.*
- ❖ Determinación de las intervenciones de Enfermería.*
- ❖ Documentación del plan de cuidados.*

El plan de cuidados sirve para:

- ❖ Facilitar la comunicación entre los distintos cuidadores.*
- ❖ Dirigir los cuidados y la anotación de los mismos.*
- ❖ Proporcionar un registro que pueda utilizarse para la evaluación y la investigación.*

- ❖ Fijación de prioridades:*

La fijación de prioridades es el proceso para establecer un orden de preferencia a los problemas más importantes, el hecho de elegir un diagnóstico como el más importante se basa en varios factores como son: los problemas que ponen en peligro la vida, como el deterioro grave o la pérdida de la función cardíaca, circulatoria, respiratoria o neurológica.

El modelo que con mayor frecuencia se utiliza para la fijación de prioridades, es la de las necesidades de Maslow, dicho autor refiere que las necesidades fisiológicas, de protección, de amor, de estima y de autorealización son las necesidades básicas humanas.

Así como el modelo de Virginia Henderson, reconoce 14 necesidades básica, las cuales se pueden priorizar basándonos en

las manifestaciones del problema del paciente ya que cada uno tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente.

La escala de prioridades está influenciada por:

- *La percepción de prioridades del paciente.*
- *Lo acertada que sea su propia comprensión de la situación general.*
- *El estado general de salud.*

Es importante mencionar que el personal de Enfermería no sólo debe resolver problemas del paciente en estado de enfermedad, sino también atender sus necesidades en estado de salud.

❖ *Establecimiento de los resultados esperados:*

Los objetivos o resultados esperados tienen 3 propósitos principales:

1. *Son los instrumentos de medición del plan de cuidados.*
2. *Dirigen las intervenciones.*
3. *Son factores de motivación.*

Trazar los objetivos es necesario para conocer específicamente lo que desea lograrse, es decir un objetivo describe un resultado futuro de una acción particular, que permite identificar el qué, cómo, cuándo y quién, del actuar de la Enfermera y del paciente. Es un instrumento útil en el diseño, implementación y evaluación del cuidado del paciente.

Para la elaboración de objetivos puede incluirse una o las tres áreas de acción que son: la cognoscitiva, la afectiva y la psicomotriz, los objetivos necesitan exponerse en términos del paciente y no de Enfermería.

❖ *Determinación de las intervenciones de Enfermería:*

Las intervenciones de Enfermería son actividades que realiza la Enfermera para controlar el estado de salud, prevenir, resolver o controlar un problema, ayudar a realizar las actividades de la vida diaria y promover la máxima salud de independencia.

❖ *Documentación del plan de cuidados:*

El plan de atención de Enfermería, se considera el núcleo o centro del Proceso de Atención de Enfermería, aquí se plantean los problemas, objetivos, acciones y respuestas, es el que dirige el actuar de la Enfermera para asistir al paciente en la resolución de sus problemas o para cubrir sus necesidades.

El plan de cuidados de Enfermería bien redactado proporciona dirección, guía y significado al cuidado.

Es una fuente central de información para todos los que intervienen en la atención de un paciente, por lo tanto, es el medio primario de comunicación, organización y coordinación de las acciones de todo el personal de Enfermería, dando continuidad a la atención.

3.4. *Ejecución:*

La ejecución, es la aplicación real del plan de atención de Enfermería. Éste contribuye a un cuidado integral y progresivo, ya que el plan considera los aspectos biópsicosociales del paciente.

Tanto el paciente como su familia debe participar en la planeación de cuidados, la comunicación terapéutica ayuda al paciente a identificar sus problemas, a explorar las posibles soluciones y a resolverlos.

El conocimiento es la base para efectuar las acciones de Enfermería, la fundamentación científica describe y explica la base de los cuidados, por eso es importante la fundamentación.

La ejecución de un plan de atención de cuidados de Enfermería contribuye a la continuidad del cuidado del paciente, facilita la identificación de las metas y los objetivos y apoya en la elaboración de una lista de las preferencias o expectativas del paciente para proponer enfoques de atención.

La valoración y revaloración son actividades claves para la ejecución, poner en práctica el plan implica, valorar antes, durante y después de las intervenciones.

3.5. Evaluación:

La evaluación es el proceso de valorar los progresos del paciente hacia los objetivos de salud, así como la calidad de atención que recibe el paciente por parte del personal de Enfermería.

La evaluación es un proceso continuo, terminal y es parte integral de cada una de las etapas del Proceso de Atención de Enfermería.

La evaluación de los resultados proporciona la retroalimentación necesaria para determinar si el plan de cuidados ha dado resultado reduciendo o previniendo los problemas del paciente, o si es necesario efectuar modificaciones del plan de atención de cuidados. (11)

11. Alfaro - Lefevre, Rosalinda "Aplicación del Proceso de Enfermería" p. p . 250-295.

4. EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON COMO MARCO DE REFERENCIA EN LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA.

El desarrollo de la teoría tuvo su momento en los años 60 y ha progresado marcadamente desde entonces con la ayuda de Enfermeras teóricas. (12). Tal es el caso de Virginia Henderson que establece un modelo de atención donde identifica las 14 necesidades básicas del paciente. Lo que a ella le llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la Enfermería. (13)

El modelo medicalizado de las enseñanzas de la Enfermería de aquella época le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo que le proporcionara una identidad profesional propia.

En el año de 1956 Virginia Henderson define que la función propia de la Enfermera es: "Asistir al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria". Todo ello de manera que le ayuden a recobrar su independencia de la forma más rápida posible. (14)

A partir de esa definición se extrae una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Virginia Henderson como son:

❖ *Persona*

Necesidades básicas:

12. Kozier, Bárbara, et, al. "Teoría de la Enfermería y Marco Conceptual" p. 58

13. Fernández F. Carmen et, al "El Modelo De Henderson y el Proceso de Enfermería" p. 82

14. Fernández F. Carmen et, al, Ob. Cit p. p. 82-83

- ❖ *Salud*
 - Independencia*
 - Dependencia*
 - Causa de la dificultad o problema*
- ❖ *Roll profesional*
- ❖ *Cuidados básicos de Enfermería.*
- ❖ *Relación con el equipo de salud.*
- ❖ *Entorno*
 - Factores ambientales*
 - Factores socioculturales*

Virginia Henderson no establece una definición específica de necesidad, pero identifica 14 necesidades básicas del paciente, que comprenden los componentes de los cuidados de Enfermería, ya que cada persona es un ser único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, las cuales debe satisfacer para mantener su integridad física y psicológica. Estas necesidades incluyen.

- *Necesidad de oxigenación.*
- *Necesidad de nutrición e hidratación.*
- *Necesidad de eliminación.*
- *Necesidad de moverse y mantener una buena postura.*
- *Necesidad de descanso y sueño.*
- *Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.*
- *Necesidad de termorregulación.*
- *Necesidad de higiene y protección de la piel.*
- *Necesidad de evitar peligros.*
- *Necesidad de comunicarse.*
- *Necesidad de vivir según sus creencias y valores.*

- *Necesidad de trabajar y realizarse.*
- *Necesidad de jugar / participar en actividades recreativas.*
- *Necesidad de aprendizaje.*

Éstas necesidades son comunes en todos los individuos, sin embargo cada persona la satisface de manera diferente dependiendo de los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona, así como la estrecha interrelación entre las diferentes necesidades, ya que cualquier alteración de alguna de ellas da lugar a modificaciones en las restantes.

Según Virginia Henderson para poder valorar el estado del individuo como un todo, debe efectuarse el análisis de las necesidades una a una y posteriormente buscar la interrelación con las diferentes necesidades para determinar el grado de satisfacción de acuerdo con los criterios denominados por ella de independencia y de dependencia.

Virginia Henderson considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales, con esto tratan de buscar y lograr la independencia y por lo tanto la satisfacción de las necesidades, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud. Cuando esto no es posible, aparece una dependencia que según Virginia Henderson se debe a tres causas que identifica como:

- ❖ *Falta de fuerza.*
- ❖ *Falta de conocimiento.*
- ❖ *Falta de voluntad.*

La independencia es definida como la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas.

Los niveles de independencia en la satisfacción de las necesidades son específicos y únicos para cada individuo y deben ser considerados de acuerdo con las características específicas de cada persona, las

cuales varían según los aspectos biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.

La dependencia puede considerarse como la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las catorce necesidades, o puede que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes.

Los criterios de dependencia deben considerarse de acuerdo con los componentes específicos de la persona, biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.

Las causas de la dificultad son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno que impiden a los individuos a satisfacer sus propias necesidades y éstas se agrupan en tres posibilidades.

❖ **FALTA DE FUERZA:**

Se entiende por falta de fuerza no solo a las capacidades físicas o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de funciones psíquicas, capacidad intelectual, etcétera.

❖ **FALTA DE CONOCIMIENTOS:**

En lo relativo a las cuestiones esenciales a la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

❖ **FALTA DE VOLUNTAD:**

Es la incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

Por lo tanto, es importante señalar que la presencia de éstas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente, lo cual deben ser valorados para la planificación de las intervenciones de la Enfermería. (15)

Si la función específica de la Enfermera consiste en conseguir a la persona, lo que le falta para ser completa, entera o independiente, los modos de intervención que debe disponer la Enfermera son: reemplazar, completar, sustituir, añadir, reforzar y aumentar la fuerza, la voluntad o el conocimiento de la persona. El juicio clínico de la Enfermera la lleva a reconocer las necesidades insatisfechas y las fuentes de dificultad relacionada. (16)

El modelo de Virginia Henderson como marco conceptual es perfectamente aplicable en todas las etapas del Proceso de Atención de Enfermería.

En las etapas de valoración y diagnóstico, sirve de guía en la recolección de datos, en el análisis y síntesis de los mismos. En ésta etapa se determina.

- ❖ El grado de independencia/ dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.*
- ❖ Las causas de la dificultad en tal satisfacción.*
- ❖ La interrelación de unas necesidades con otras.*
- ❖ La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.*

15. *IBIDEM* p.p. 84-86

16. Keroúac, M, Suzanne, et, al, "Independencia en la satisfacción de las necesidades fundamentales según Virginia Henderson" en *El Pensamiento Enfermero* p.p 28-29

En las etapas de Planificación y Ejecución, sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad encontrada, en la elección del modo de intervención más adecuado a la situación y en la determinación de actividades de Enfermería que impliquen al individuo en su propio cuidado.

En la etapa de Evaluación, el modelo de Virginia Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los modelos de independencia mantenidos y / o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados.

Según Henderson nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las 14 necesidades lo más rápido posible de acuerdo a sus propias capacidades y recursos. (17)

Henderson señala que si la Enfermería entiende que su función es la de proporcionar cuidados directos al paciente, encontrará una gratificación inmediata en conseguir la independencia del paciente. La Enfermera debe hacer cualquier tipo de esfuerzo para entender al paciente cuando a éste le falte la voluntad, conocimiento o fuerza. La Enfermera puede ayudar al paciente a independizarse mediante la valoración, la planificación, la realización y la evaluación de cada uno de los 14 componentes de los cuidados básicos de Enfermería.

Cada uno de los 14 componentes de los cuidados básicos de Enfermería suscita muchos interrogantes de investigación, y es labor de la Enfermera asumir la responsabilidad de identificar los problemas, validar continuamente su función, perfeccionar los métodos que utiliza y reafirmar la efectividad de los cuidados de Enfermería.

17 *Fernández Ferrín, Carmen et, al, El Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería p.p 88-89.*

Por esto la Enfermera no debería limitarse a realizar sencillas tareas de investigación como parte de su labor. Si no exigirse en ser una investigadora permanente ya que la función propia de la Enfermera a servido de importante trampolín para el surgimiento de la Enfermería como disciplina profesional y científica.

5. CONOCIMIENTO DE OTRAS DISCIPLINAS QUE APOYAN EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

Considero que el conocimiento de la patología de la insuficiencia renal crónica es importante para poder realizar el presente Proceso de Atención de Enfermería, ya que para la profesión de Enfermería es esencial contar con fundamentos científicos para poder ejecutar los cuidados que a la Enfermera le compete en éste padecimiento.

A continuación detallo la información que considero de importancia para complementar mi trabajo.

5.1. ANATOMÍA RENAL:

❖ Ubicación: El riñón es un órgano par, tiene forma semejante a una semilla de frijol, sus medidas son: 12 cm de largo, 6 cm de ancho, 3 cm de espesor, pesan 250 g cada uno, se localiza en posición retroperitoneal entre la segunda y tercera vértebra lumbar en la parte inferior de la espalda. El riñón derecho se encuentra más abajo que el izquierdo debido a la posición del hígado, el riñón izquierdo es un poco más largo que el derecho y está más cerca de

la línea media. Éstos se ubican en lugares diferentes para acomodarse a los cambios de posición del cuerpo, se mueven de arriba hacia abajo con los movimientos diafragmáticos de la respiración.

Constituyen la porción principal del sistema renal, las glándulas suprarrenales que están situadas en la parte superior de los riñones.

- ❖ Irrigación: La irrigación proviene de la aorta abdominal, por medio de la aorta renal que sufre varias subdivisiones hasta formar interlobulillares que de aquí va a partir la arteriola aferente para formar el glomérulo, la sangre venosa circula por la arteria renal y desemboca en la vena cava inferior.*
- ❖ Composición: A nivel microscópico el riñón se compone de una corteza y una médula. La corteza prácticamente es la parte funcional del riñón, un 70% de la irrigación del riñón va hacia la corteza, en ésta se realizan los mecanismos de excreción, la médula renal está formada por un conjunto de túbulos que se llaman pirámides de malpighio, éstas se unen para formar los cálices renales donde se junta la orina y se excreta a través de los uréteres, vejiga y uretra. En la médula se realizan los mecanismos de concentración de la orina.*
- ❖ Unidad funcional: La unidad funcional del riñón se llama nefrona, está compuesta por un glomérulo, un túbulo contorneado proximal, asa de henle, túbulo contornado distal y un tubo colector. Cada riñón contienen un millón de nefronas utilizando aproximadamente*

el 50% de ellas. El glomérulo está formado por una arteriola aferente y una arteriola eferente, éstas forman ovillos decapilares y condicionan el primer paso de filtración glomerular. Excretan las sustancias a un determinado peso molecular como son eritrocitos, proteínas, etcétera.

Los riñones reciben aproximadamente 1200 ml de gasto cardiaco que equivale al 25% del gasto total, procesa 180 litros de filtrado en 24 horas a partir de ésta cantidad produce y elimina 1000 a 1500 litros de orina al día. Éstos órganos desintoxican la sangre y eliminan los desechos.

5.2. FISIOLÓGÍA RENAL:

Las funciones principales del riñón son:

- ❖ *Excreción*
 - ❖ *Metabólica*
 - ❖ *Endócrina*
 - ❖ *Homeostática*
 - ❖ *Regulación de la presión arterial*
-
- ❖ *Excreción: (Orina) Es el resultado de diferentes mecanismos de filtración y de reabsorción tubular. Hay sustancias que no se absorben y se excretan como por ejemplo: los medicamentos, sustancias como urea y creatinina.*

 - ❖ *Metabólicas: Se refiere únicamente al metabolismo del calcio y fósforo, hay una íntima relación con la glándula paratiroides y ésta produce la hormona paratormona (PTH) ésta constituye en la producción de calcio, a mayor cantidad de calcio, mayor*

producción de hormona, cuando la hormona se encuentra elevada se denomina hiperparatiroidismo secundario.

La PTH actúa a nivel del riñón y produce vitamina D3 o calcitriol, ésta actúa a nivel del intestino para favorecer la producción de calcio que se consume.

- ❖ *Endocrina: Ésta tiene la producción de la hormona de eritropoyetina ésta actúa estimulando y regulando la producción de eritrocitos a nivel de la médula ósea, ésta hormona se produce en el riñón, hígado y pulmón, pero la mayor cantidad de eritropoyetina se produce a nivel del riñón entre un 80 y 90% .*

- ❖ *Homeostática: La función principal del riñón es la homeostática, tiene la capacidad de mantener el equilibrio hidrostático entre los 3 espacios intracelular, intersticial y extracelular. En el movimiento de solutos que son: sodio y potasio. Éste espacio maneja una presión osmolar de 240 a 310 osmoles, ésta es la que mantiene el equilibrio adecuado, se logra perdiendo o ganando sodio, cuando éste equilibrio se rompe, se altera la función renal.*

- ❖ *Regulación de la presión arterial. El riñón principal órgano para la producción de renina, ésta se produce en la zona llamada yuxta glomerular y se encuentra en la artereola eferente, la renina va a estimular la producción de angiotencina II, ésta va a producir la disminución de la aldosterona. La angiotencina II con un mecanismo natural va a cerrar los vasos sanguíneos provocando elevación de la presión arterial. (18)*

18. J. Tortora, Gerard, et, al "El Sistema Urinario" en Principios de Anatomía y Fisiología p.p. 1038-1043

5.3. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:

La insuficiencia renal crónica es una condición clínica con gran variedad de signos y síntomas tanto renales como extrarenales, resultantes del deterioro progresivo de la función renal, lo que interfiere en el mantenimiento de la homeostasis orgánica, produciéndose una intoxicación endógena permanente y total.

❖ PERIODO PREPATOGENICO:

Factores de Riesgo:

Agente: La primera causa de insuficiencia renal crónica en nuestro medio es el conjunto de glomerulopatías desencadenadas por agentes bacterianos, entre lo que tenemos: estreptococos, estafilococos, salmonelas o virus de la hepatitis B, hongos, algunos medicamentos como: D-Penicilamina, ácido acetil salicílico, y sustancias químicas como los metales pesados.

La segunda causa son las infecciones de vías urinarias de repetición instaladas en un huésped susceptible.

Huésped: La insuficiencia renal crónica se puede presentar en cualquier etapa de la vida, sin preferencia de sexo.

Ambiente: El problema de la insuficiencia renal crónica existe en todos los medios socioeconómicos, afecta a todos los países y clases sociales que no detecta o dan atención temprana a los agentes causales como los anteriores y a los que a continuación se mencionan:

- *Las condiciones de clima seco y cálido.*
- *En zonas que tienen agua con alto contenido en sales.*
- *En zonas que tienen agua con alto contenido en plomo.*
- *Medio laboral expuesto a sustancias nefrotóxicas.*
- *Hacinamiento y falta de higiene que favorezcan infecciones.*

- *Infecciones de vías urinarias frecuentes y rebeldes al tratamiento.*

❖ **PERIODO PATOGENICO:**

Fisiopatogenia: Los factores de riesgo más importantes relacionados con el daño renal progresivo, además del factor inmunológico de las glomerulopatías, son los directamente relacionados con la teoría de la "nefrona intacta". Se piensa que las nefronas remanentes suplen su función a las pérdidas; si el huésped no conoce su patología por falta de diagnóstico o ignora las indicaciones, las nefronas funcionantes se verán sometidas a un estado de hiperfiltración, lo cual origina un mayor daño y pérdida de nefronas. De ahí que el manejo de la insuficiencia renal crónica en sus etapas iniciales se enfatice la importancia de la dieta, el control de la hipertensión arterial y la eliminación de la hiperfotastemia, que son los tres factores de riesgo posiblemente controlables.

❖ **ETAPA CLÍNICA:**

Signos y síntomas: los signos clínicos en la insuficiencia renal crónica, son vagos y pueden pasar desapercibido, éstos son: poliuria, apatía, adinamia, astenia, cefalea, dependiendo también de los signos o síntomas de la enfermedad en general.

Manifestaciones hematológicas: incluyen palidez acentuada, con anemia normocítica, normocrómica que en ocasiones llega a hacer menor de 6g/dl de hemoglobina y 18 de hematocrito, bien tolerada por su cronicidad.

Manifestaciones neurológicas: se presenta apatía y sopor hasta la inconsciencia, crisis convulsivas y estado de coma, neuropatía

periférica manifestada como sensación de quemadura o calambres en los pies.

Manifestaciones gastrointestinales: las náuseas y los vómitos son los signos de intoxicación urémica, así como la estomatitis y el aliento urémico, hay también ulceraciones gastrointestinales difusas que pueden producir hemorragias graves.

Alteraciones cardiovasculares:

Las más frecuentes son insuficiencia cardiaca, con y sin edema agudo pulmonar, pericarditis urémica, hipertensión arterial y arritmias cardíacas.

Alteraciones oftalmológicas:

Conjuntivitis, amaurosis, nistagmus, anisocoria, así como las repercusiones de la hipertensión arterial.

Manifestaciones dermatológicas:

La piel está seca, con prurito y depósitos de cristales de urea que constituyen la escarcha urémica.

❖ **DIAGNÓSTICO PRECOZ:**

El diagnóstico es difícil de realizar a menudo se confunde con patologías tan diversas como anemias, trastornos hematológicos del tipo de púrpura trombocitopénica. Las crisis convulsivas, en ocasiones desvía la atención hacia problemas del sistema nervioso central. De ahí que el interrogatorio dirigido sea fundamental para fijar el comienzo de la enfermedad, así como la investigación de antecedentes que demuestren afecciones sistémicas, congénitas o familiares.

El examen físico detectará prurito, hipertensión arterial y lesiones en el fondo de ojo.

El laboratorio nos señala elevación de la urea y creatinina sérica, cambios en los electrolitos así como en el calcio y fósforo; la anemia es otro dato importante.

Todos éstos datos orientan y llevan a practicar pruebas de filtración glomerular como depuración de creatinina en colección de orina de 24 horas.

La insuficiencia renal crónica se clasifica de acuerdo a la depuración de creatinina.

Grado I por arriba de 40 ml/min/1.73 m² SC.

Grado II por arriba de 10ml/min/1.73 m² SC

Grado III menos de la cifra anterior.

❖ **TRATAMIENTO:**

Es posible tratar médicamente la insuficiencia renal crónica grado I y II; la del grado III sólo se controla mediante diálisis sea ésta peritoneal o hemodiálisis.

La dieta será baja en proteínas, de 0.5 a 1 g por kg de peso al día, el sodio debe restringirse cuando haya hipertensión o edema hasta 0.2 mEq/kg/día. El potasio sólo se restringirá cuando exista marcada reducción de la filtración glomerular manifestada con oliguria y acidosis.

La anemia se tratará administrando eritropoyetina recombinante humana, logrando una elevación constante y controlable de la hemoglobina y hematocrito.

La acidosis cuando es menor el CO₂ de mEq/l debe administrarse bicarbonato de sodio, de 1 a 2 mEq/kg/Vo.

La hipertensión arterial deberá ser estudiada en forma particular; si es dependiente de volumen, el uso de diuréticos y vasodilatadores es lo más conveniente ejemplo furosemide hasta de 10 mg/kg dosis, vía oral repartidos cada 4-6 horas. Si la

hipertensión es dependiente de renina, el uso de betabloqueadores como el captopril sería lo más adecuado.

Hiperfosfatemia, en etapas tempranas de insuficiencia renal crónica grado I y II, una dieta baja en proteínas y sustancias que bloquean la absorción intestinal de fosfatos como son sales de hidróxido de aluminio o el carbonato de calcio, son capaces no solo de prevenir la osteodistrofia renal sino de retardar la progresión del daño a la masa renal.

Al mismo tiempo que se procura conservar la homeostasis orgánica del paciente, es obvia la necesidad de contar con una atención multidisciplinaria que incluye la prevención y reajustes de los desequilibrios emocionales que una enfermedad crónica origina. Cuando ya no sea posible conservar la homeostasis orgánica, deberemos utilizar los procedimientos dialíticos teniendo como objetivo primordial el lograr finalmente llevar a transplante renal al mayor número de pacientes posibles.

❖ **LIMITACIÓN DEL DAÑO:**

Además del manejo médico de la insuficiencia renal crónica encaminado a retardar la progresión del daño en lo posible y cuando resulte necesario, ofreceremos el uso de diálisis peritoneal o hemodiálisis para mantener en condiciones adecuadas y poder realizar transplante renal a los pacientes.

La pérdida total de la función renal no se puede evitar en la insuficiencia renal crónica. Sin embargo en la actualidad en nuestro medio la alternativa de transplante renal de donador vivo relacionado, es totalmente factible dentro del marco de la ley general de salud. (19)

19. Martínez, M. Roberto, "Insuficiencia Renal Crónica" en La Salud del Niño y del Adolescente p.p. 992-996.

5.4. DIÁLISIS PERITONEAL:

❖ CONCEPTO:

Es el paso de solutos a través de una membrana semipermeable (peritoneo), para eliminar sustancias tóxicas del organismo.

❖ PRINCIPIOS FÍSICOS Y QUÍMICOS:

El desplazamiento de solutos durante la diálisis peritoneal depende de fuerzas de difusión y de osmosis que impulsan los solutos desde los capilares peritoneales hacia el líquido de diálisis.

❖ DIFUSIÓN Y ÓSMOSIS:

- *Difusión: Es el movimiento de partículas de un compartimento de mayor concentración a un compartimento de menor concentración a través de una membrana semipermeable.*
- *Ósmosis: Es el movimiento de agua de un compartimento de mayor concentración a un compartimento de menor concentración a través de una membrana semipermeable.*

La capacidad de las soluciones de diálisis peritoneal para extraer líquido de la economía, se da en virtud de que disponen de mayor osmolaridad que el plasma. Ésta osmolaridad está dada a partir de la suma de cada uno de los elementos que la integran. O sea que a mayor porcentaje en la concentración de glucosa, mayor su capacidad de extraer líquido. A ello obedece la existencia de concentraciones al 1.5%, 2.5% y 4.25%. Los porcentajes están tomados de la concentración de glucosa por cada 100 ml de agua.

❖ TIPOS DE DIÁLISIS PERITONEAL:

Se han desarrollado diversas técnicas para la realización de la diálisis peritoneal, las más utilizadas, son:

- *DPI: Diálisis Peritoneal Intermitente.*
- *DPCA: Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria.*

La Diálisis Peritoneal Intermitente consiste en realizar el tratamiento dialítico en forma manual, una o dos veces por semana, y en cada ocasión un determinado número de recambios (de 20 a 30). El tiempo de permanencia en la cavidad peritoneal es relativamente corto entre 30 y 45 minutos. El paciente acude a un área asignada generalmente a hospitalización y ahí el personal de Enfermería efectúa los recambios en forma manual, ésta alternativa ofrece mínimas ventajas.

La diálisis peritoneal continua ambulatoria, consiste en la aplicación de diálisis las 24 horas del día, todos los días del año. En cada recambio, se introducen la solución dializante, hacia la cavidad peritoneal, a través de un catéter previamente instalado. Permanece por un lapso de 4 a 5 horas durante el día y de 9 a 10 horas durante la noche, para posteriormente drenarse y dar paso a una nueva solución. Algunos requerirán de más o de menos recambios. Generalmente se realizan de 3 a 4 en 24 horas. Para prescripción, se dispone de diferentes esquemas de tratamiento, pudiendo utilizar soluciones de una misma concentración. (20)

❖ **DATOS EPIDEMIOLÓGICOS:**

El incremento de pacientes con insuficiencia renal crónica va en constante aumento, debido a la persistencia de padecimientos primarios y a la mayor sobrevivencia de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, de tal manera que las cifras de incidencias

20. Guantlett, B, Patricia "Diálisis Peritoneal" en Enfermería Médico Quirúrgica p.p. 1043-1044.

han aumentado en 20 años de 80 a 200 casos por millón de habitantes y según versiones de la sociedad Europea de Diálisis Y Transplantes es de 400 nuevos casos anuales por millón de habitantes. Eso significa que en México para el año 2000, habrá de 20,000 a 30,000 nuevos pacientes que requerirán a corto plazo diálisis crónica y/o transplante renal. (21)

En el hospital general de zona número 1 de Tapachula de Córdoba y Ordóñez donde actualmente laboro, ha habido 26 casos de pacientes con diagnóstico médico de insuficiencia renal crónica, del mes de junio de 1999 al mes de agosto del año 2000 que han requerido diálisis peritoneal, de éstos casos, 15 pacientes se encuentran en el programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria y 11 en diálisis peritoneal intermitente.

Y es aquí donde la función de la Enfermera es importante para la promoción de la salud, mediante la impartición de pláticas haciendo conciencia a todas las personas de los factores que contribuyen a la presencia de ésta enfermedad y a la prevención y detección de enfermedades crónicas degenerativas.

❖ **TRASCENDENCIA ECONÓMICA Y SOCIAL:**

Es indudable que la diálisis en el paciente urémico crónico ha superado la etapa puramente experimental para transformarse en un procedimiento terapéutico capaz de brindar una sobrevida en condiciones bastante aceptables. Pero también debe tenerse en cuenta que el costo de esa sobrevida supera con creces en la actualidad a las posibilidades económicas reales del individuo y de las diferentes instituciones de salud que cuentan con el programa de diálisis por la complicada infraestructura que demanda la

21. Treviño, B, Alejandro "Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica" en Nefrología Mexicana p. 7

instalación y mantenimiento de dicho servicio, así como los costos del procedimiento. En nuestro país, debe estimarse que la cifra del costo está lejos del ingreso medio per cápita de la inmensa mayoría de la población. (22)

Todo lo anterior tiene como consecuencias sociales y culturales la desintegración familiar por incomprensión del padecimiento, deficiencia económica y abandono de programas educativos.

5.5. TÉCNICAS PARA CAMBIO DE SOLUCIÓN DIALIZANTE

BOLSA CONVENCIONAL:

EQUIPO:

- *Una mesa pasteur preparada.*
- *Una bolsa de solución dializante al porcentaje indicado y a temperatura ideal para el paciente, previamente limpia.*
- *Un cubrebocas.*

PROCEDIMIENTO:

- *Cerrar puertas y ventanas.*
- *Colocación de cubrebocas.*
- *Drenado de la solución que tiene en cavidad peritoneal el paciente.*
- *Lavado quirúrgico (3 tiempos).*
- *Colocar la bolsa que se va difundir en el lado que se considera sucio de la mesa (izquierda). Con las letras hacia abajo y puertos de entrada hacia la parte superior de la mesa.*

22. Miatello, R. Víctor, et, al. "Insuficiencia Renal Crónica" en *Nefrología* p. 536

- Realizar un corte horizontal y otro vertical en la parte media de la bolsa protectora, proceder a colocar los bordes hacia los laterales.
- Lavado de manos médico.
- Tomar bolsa dializadora, haciendo una ligera presión para verificar la posibilidad de una fuga, colocando ésta en el área limpia de la mesa (derecha). Con letras hacia abajo y puertos hacia nosotros.
- La bolsa protectora se desecha tomando por la parte de adentro.
- Pinzar el puerto azul de la bolsa dializante.
- Se cortan dos tiras de tela adhesiva uno de 3 centímetros y el otro de 8 centímetros aproximadamente. El primero para cubrir el puerto de administración de medicamentos de la bolsa, el segundo para cubrir la gasa.
- Verificar que la llave de la bolsa drenada esté cerrada, posteriormente colocar la bolsa sobre el lado sucio de la mesa.
- Retirar la gasa que está fija con la tela adhesiva.
- Pinzar el puerto de la entrada de la espiga.
- Lavado de manos médico.
- Colocar el dedo pulgar e índice, los demás dedos sobre la bolsa como apoyo para retirar el protector azul de la bolsa nueva y lo colocamos en la parte media de la mesa.
- Tomar la línea de la bolsa drenada y extraer en forma rotatoria.
- Se introduce en forma rotatoria en la bolsa limpia, evitando cualquier contacto.
- Ya introducida la línea, tomamos una gasa estéril y se coloca del lado contrario al que fue tomado. Colocándola exactamente en la unión - espiga, para cubrir esto.
- Colocarle una pequeña cantidad de isodine solución uniendo extremos de la gasa y fijarla con la tela adhesiva previamente

cortada, dejando una pequeña referencia en la tela para facilitar su retiro.

- *Retirar la pinza, tomar la bolsa, colgarla dándole pequeñas palmadas para filtración de aire.*
- *Abrir la llave e iniciar la infusión.*
- *Se toma el protector azul que se retiró a la bolsa limpia y se le coloca a la bolsa sucia, se despinza y se procede a pesar la bolsa.*

BOLSA GEMELA:

EQUIPO:

- *Bolsa gemela ultrabag tibia.*
- *Dos pinzas de sujeción de color azul.*
- *Cubre bocas.*
- *Tapón minicap.*
- *Solución antiséptica.*
- *Mesa pasteur.*

PROCEDIMIENTO:

- *Realizar asepsia de la mesa con solución antiséptica (del centro a la periferia).*
- *Colocar las pinzas previamente lavadas y el tapón minicap en el área limpia.*
- *Colocar la bolsa gemela con su bolsa protectora en el lado considerado sucio de la mesa.*
- *Colocarse cubrebocas y lavarse las manos (lavado quirúrgico).*
- *Rasgar con la pinza cerrada la bolsa protectora, separar los bordes.*
- *Lavado de manos médico.*

- Sacar la bolsa, revisar su integridad, verificando que no existan fugas, concentración y fecha de caducidad.
- Colocar la bolsa en el lado limpio de la mesa con las líneas hacia arriba, desprender las líneas y la bolsa de drenaje, envolver las líneas con la bolsa dejando expuesto el empalme en Y.
- Colocar la pinza en la línea de infusión, fracturar los frangibles y sacar el anillo de tiro.
- Presentar la línea del paciente
- Lavarse las manos.
- Conectar el equipo a la línea de transferencia del paciente, sosteniéndolo firmemente (el empalme en Y dirigido hacia abajo hasta que quede asegurada).
- Bajar la bolsa de drenaje, abrir la llave de la línea de transferencia y drenar cavidad, cuando el drenaje se halla completado, pinzar la línea de drenaje y cerrar línea de transferencia (observar características de líquido drenada).
- Colgar la bolsa de infusión, abrir la línea de transferencia del paciente, retirar la pinza azul de la línea de infusión e infundirse el líquido.
- Al terminar de infundir, colocar nuevamente la pinza azul y cerrar la línea de transferencia.
- Abrir el empaque del tapón minicap, verificando caducidad y que la esponja interna del tapón se encuentre húmeda con isodine.
- Lavado de manos médico.
- Desconectar el equipo de la línea de transferencia, apuntando ésta hacia abajo, y enroscar el tapón minicap.
- Pesar la bolsa de drenaje.
- Desechar los materiales usados. (23)

23. Instituto Mexicano del Seguro Social, Manual de Diálisis Peritoneal p.p.20-23.

5.6. EDUCACIÓN PARA LA SALUD AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:

La educación para la salud es proporcionar conocimientos útiles, reforzar la actitud de que las personas son responsables de su salud y se les hace saber que cooperen. Y como actualmente las perspectivas de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica han cambiado de manera radical debido a las diferentes alternativas de la terapia para sustitución de la función renal y éstas van desde la diálisis peritoneal hasta el transplante renal.

Es por eso que en éste padecimiento es importante proporcionar alternativas para que el paciente con insuficiencia renal crónica pueda incrementar su calidad de vida, por lo tanto un manual de capacitación para el paciente en diálisis peritoneal continua ambulatoria, debe contener los siguientes puntos:

¿Qué son los riñones y dónde se encuentran ubicados? Los riñones son dos órganos en forma de frijol, como de tamaño del puño de una mano. Están ubicados en ambos lados de la columna en la parte posterior del cuerpo al nivel de la cintura.

¿Por qué son tan importantes los riñones? La función de los riñones consisten en limpiar la sangre de sustancias de desecho y exceso de agua que el organismo necesita eliminar.

¿Cómo funcionan los riñones? La sangre viaja a través de las arterias y penetra a los riñones, pasa a través de todos los pequeños filtros a fin de quedar limpia. Ya limpia regresa al torrente sanguíneo.

Los desechos y el exceso de agua se eliminan mediante el proceso de filtración en los riñones constituyéndose en lo que llamamos orina.

¿Cuáles son las principales funciones del riñón?

- *Eliminar los productos de desecho. Los dos tipos de desecho que los riñones principalmente tienen que eliminar se llaman "urea" y "creatinina".*
- *Control de líquidos. Los riñones sanos controlan la cantidad de líquidos que queda en el cuerpo y cuánto líquido sale de él.*
- *Control de la presión arterial. La presión arterial necesita mantenerse al nivel adecuado, de manera que usted pueda tener suficiente sangre en todas las partes de su cuerpo. Si la presión arterial fuera muy elevada, el corazón trabajaría demasiado.*
- *Producción de glóbulos rojos. Al producir sustancias químicas u hormonas, los riñones ayudan a que el cuerpo produzca glóbulos rojos.*
- *Huesos sanos. Los riñones controlan la cantidad de fósforo en la sangre. Demasiado fósforo desproveerá de calcio a los huesos y los debilitará.*

¿Qué pasa cuando los riñones dejan de funcionar? Una vez que los riñones dejan de funcionar, éstas cinco funciones dentro del cuerpo dejan de llevarse a cabo en forma adecuada, por lo tanto le hará sentirse enfermo, el exceso de urea en la sangre causa malestar a esto se le llama "uremia". Al sentirse urémico posiblemente le haga sentirse somnoliento, confundido o con náuseas. Le hace verse pálido y sentirse cansado. Cuando los riñones no pueden ayudar al cuerpo a producir glóbulos rojos, se presenta la anemia. Hace que se le hinche la piel, tobillo y alrededor de los ojos. Cuando los riñones no pueden eliminar el exceso de agua, el líquido empieza a acumularse en el cuerpo. Si el líquido se hubiera acumulado en los pulmones, posiblemente, sienta falta de aire. Sigue eliminando orina, no obstante, ésta orina no es como la orina normal, no contiene la cantidad normal de desecho que debiera contener. El tener mal sabor

en la boca, ya que los riñones no estaban eliminando desechos como la urea, y que se están acumulando en el cuerpo, es posible que esto le cause mal sabor en la boca, pérdida del apetito y náuseas.

Hay un buen número de razones por las cuales los riñones dejan de funcionar adecuadamente. La diabetes, la glomerulonefritis, la presión arterial alta y la enfermedad renal poliquística.

Únicamente porque los riñones han dejado de funcionar, no significa que usted siempre se sentirá enfermo o que tendrá alguno de los signos descritos. La diálisis peritoneal es muy efectiva en eliminar de la sangre el exceso de desecho y de agua a fin de evitar que usted se sienta urémico y enfermo.

¿Por qué necesito la diálisis? Cuando los riñones están sanos, funcionan las 24 horas del día, los siete días de la semana. Cuando comemos y bebemos hay algunas sustancias importantes de los alimentos que se introducen a la sangre para utilizarse como material de combustión, a fin de suministrarnos energía y mantenernos saludables. Los riñones son muy importantes porque permiten que nuestro cuerpo, conserve en la sangre las sustancias que son necesarias y elimine todas aquellas que no necesitamos.

¿Cuál es la función de la diálisis? La diálisis se encarga de eliminar del cuerpo los desechos y exceso de líquido que el riñón no puede hacer.

¿En qué consiste la diálisis peritoneal? Todos tenemos un peritoneo que consiste en una bolsa delgada y semipermeable que se encuentra en el interior del abdomen. Es como una bolsa grande que mantiene en su lugar al estómago, los intestinos, el hígado y a los demás órganos.

Al peritoneo lo irrigan muchos vasos sanguíneos, los cuales intervienen intercambiando desechos y el exceso de agua.

¿Cómo funciona la diálisis peritoneal? Durante la diálisis peritoneal, un líquido llamado diálisis se introduce al peritoneo a través de un catéter. Éste catéter consiste en un tubo hecho de un material suave y flexible, el catéter sale a través de la piel cerca del ombligo. El otro extremo del catéter se encuentra en el interior del peritoneo, lo que se conoce como la cavidad peritoneal. El líquido de diálisis en el interior del peritoneo funciona las 24 horas del día, 7 días a la semana para sacar de la sangre los desechos y el exceso de líquido.

Para realizar la diálisis peritoneal, usted tendrá que hacer los cambios diariamente. El cambio consiste en drenar el líquido de diálisis que tiene en cavidad peritoneal, una vez cumplida su función dializante, y volver a introducir un líquido nuevo. No es doloroso y usted tendrá tiempo suficiente para aprender cómo hacer los cambios.

¿En qué forma la diálisis peritoneal limpia la sangre? La diálisis peritoneal, se vale del peritoneo en el cuerpo para filtrar y limpiar la sangre. El peritoneo tiene un buen suministro de sangre. La membrana semipermeable tiene muchísimos vasos sanguíneos a su alrededor. Durante la diálisis peritoneal, los desechos y el exceso de agua quedan eliminados del torrente sanguíneo que rodea el peritoneo.

¿Cuántas clases de diálisis peritoneal hay? Hay dos clases de diálisis peritoneal a la disposición que son: DPCA, y DPI, la diálisis peritoneal continua ambulatoria es la clase de diálisis mediante la cual se hacen cambios cuatro veces al día, los siete días de la semana. La Diálisis Peritoneal Intermitente consiste en efectuarse cambios cada 8 días.

¿Cómo puedo evitar una peritonitis?

- *Haga siempre los cambios exactamente en la forma que se le enseñó. Hacer los cambios de la diálisis exactamente como la Enfermera se los enseña, hará disminuir las posibilidades de que los gérmenes se le introduzca al peritoneo.*

La Enfermera pudiera sugerirle que usted lleve puesto un cubrebocas a fin de impedir que los gérmenes procedentes de la nariz y de la boca, pudieran introducirse al catéter o a las conexiones en el momento en que se haga el cambio.

Lavarse bien las manos antes de cada cambio es importante para impedir infecciones, la Enfermera le mostrará la mejor manera de lavarse las manos.

- *Manténgase limpio. Bañarse diariamente es importante para conservar limpio su catéter para la diálisis peritoneal, al mismo tiempo usted tiene que realizar la higiene del sitio de salida del catéter, como le enseñó la Enfermera de su unidad.*
- *Asegúrese que el lugar en donde se haga el cambio esté limpio. El sitio en donde usted haga el cambio debe de estar limpio, seco, bien iluminado y sin corrientes de aire. Use una superficie de trabajo limpia, plana y lo suficientemente amplia de manera que los materiales no se amontonen.*

Las mascotas no deberán ser admitidas en el lugar en donde usted hace los cambio de bolsa, tampoco cerca de donde usted guarda el equipo. Cierre la puerta del cuarto mientras hace el cambio del líquido. Si hubiera negligencia o descuido de su parte, podría causar contaminación.

- *Evite el estreñimiento. Algunas veces, las bacterias o los gérmenes dentro del intestino pueden desplazarse a través de la pared intestinal hasta el interior del peritoneo, causando una infección. La Enfermera le ofrecerá sugerencias respecto a cómo evitar el*

estreñimiento comiendo saludablemente o tomando medicamentos para el estreñimiento si éste fuera un problema para usted.

¿Por qué es tan importante lavarse las manos? Los gérmenes viven en la piel, especialmente en las manos, entre los dedos y debajo de las uñas. Usted deberá de lavarse bien las manos con bastante agua y jabón antes de cada cambio de bolsa y antes de asearse el orificio de salida del catéter. Séquese bien las manos, una vez de que se halla lavado las manos. Si usted tocara algo después de haberse lavado las manos, simplemente regrese y láveselas de nuevo.

¿Cómo saber si presento peritonitis y qué debo hacer? Probablemente usted sepa que la peritonitis es una complicación que los pacientes de diálisis peritoneal sufren cuando los gérmenes penetran al peritoneo. La peritonitis se puede atender, pero pudiera convertirse en una enfermedad muy grave si no se atendiera inmediatamente.

¿Cómo me enfermaría de peritonitis? Hay varias formas a través de las cuales los gérmenes se introducen en el peritoneo.

- *Al tocar alguna de las conexiones estériles.*
- *Infecciones en el sitio de salida.*
- *Estornudar o toser durante los cambios de bolsa.*
- *Deficiente lavado de manos.*
- *Una fuga por rotura en cualquier parte de su sistema para la diálisis peritoneal.*

¿Cómo puedo saber si sufro peritonitis? Hay tres signos que revelan que usted sufre de ésta infección.

- *Bolsa de contenido turbio.*
- *Dolor abdominal.*
- *Fiebre alta.*

Si usted notara alguno de éstos signos, deberá acudir a su centro inmediatamente. Si usted tuviera una bolsa de contenido turbio, no espere a ver si se le quita lo turbio cuando se haga el siguiente cambio de líquido.

Acuda a su unidad de diálisis inmediatamente, la peritonitis no se le quitará por sí misma, conserve la bolsa que contiene la solución turbia, usted deberá llevarla a su unidad de diálisis. No se deshaga de esa bolsa.

La peritonitis puede transformarse en una enfermedad grave si no se atiende oportunamente.

¿Qué deberé hacer respecto a las infecciones del sitio de salida? Recuerde los 4 signos que indican que usted tiene infección en el sitio de salida.

- Enrojecimiento.*
- Hinchazón.*
- Dolor.*
- Pus.*

Si usted notara alguno de éstos signos, acuda a su unidad de diálisis inmediatamente.

¿Qué debo hacer si tuviera algún problema mientras estoy efectuando un cambio de bolsa? Hay partes del sistema para la diálisis peritoneal que son estériles y que no deben tocarse. Si usted accidentalmente tocara alguna de éstas partes, tosiera o estornudara mientras éstas partes están al descubierto, comience su cambio nuevamente con una nueva bolsa estéril.

Si usted tocara alguna de las conexiones de su sistema de diálisis, cierre la pinza de rodillo de la línea de transferencia, no la utilice más. Es posible que algunos gérmenes se hayan introducido al catéter y que pudieran desplazarse hasta el interior del peritoneo. Acuda a su

centro de diálisis si cualquiera de las partes del equipo de la diálisis peritoneal comenzara a gotear, una vez que usted la haya conectado a la bolsa, pince y acuda a la unidad de diálisis.

Los medicamentos también ayudan a reemplazar las funciones renales.

¿Cuáles son los medicamentos que deberé tomar y que efectos tendrán en mi organismo? Los medicamentos sustituyen algunas funciones de los riñones y trabajan conjuntamente con la diálisis, la dieta y el control del líquido. Los medicamentos más comunes son:

- *Fijadores del fósforo. Durante cierto periodo el exceso de fósforo en la sangre pueden causar daño a los huesos y hacerlos más frágiles y quebradizos.*

Los fijadores de fósforo se toman para ayudar a evitar que se acumulen exceso de fósforo en el organismo. Los fijadores deben tomarse a la hora de las comidas, para que surtan efecto.

- *Vitamina D. La vitamina D disminuye cuando los riñones fallan. Durante la diálisis peritoneal también se elimina, la vitamina D abre las puertas de los huesos para que el calcio pueda entrar a fortalecerlos.*

- *Hierro. El hierro ayuda a que el cuerpo produzca los glóbulos rojos.*

- *Laxantes. Laxante es el nombre común que se da al medicamento que alivia el estreñimiento, el cual pudiera algunas veces producir infecciones en el peritoneo o causar dificultades en el drenaje durante el cambio de bolsa. Se puede evitar el estreñimiento aumentando la fibra en su dieta, como por ejemplo granos integrales y salvado.*

- *Eritropoyetina. Muchos pacientes de la diálisis peritoneal reciben éste medicamento con el fin de ayudar a elevar el nivel de glóbulos rojos en la sangre.*

La dieta ayuda a reemplazar otras funciones del riñón.

¿Por qué necesito comer alimentos ricos en proteínas? La proteína es algo que se elimina junto con el dializado y cuando se drena éste, entonces las proteínas se pierden. Así que al someterse a la diálisis, el cuerpo necesita más proteínas que de costumbres.

¿Por qué tendré que restringir ciertas clases de alimentos dentro de mi dieta? Hay algunos desechos en la sangre que no se eliminan muy bien durante la diálisis peritoneal. Éstos desechos tiene que ser limitados en la dieta, de manera que no se acumulen en el cuerpo y deje de ser saludable. Algunos de éstos desechos son los siguientes:

- Fosfato.
- Potasio.
- Sodio.

Fosfato: Al pasar un periodo de tiempo, el exceso de fosfato en la sangre podría afectar a los huesos y hacerlos más frágiles y susceptibles a quebrarse.

Potasio: El potasio es un mineral que se necesita para mantener a los nervios y a los músculos en buen funcionamiento. Si los niveles suben demasiado, el corazón puede afectarse, lo cual es peligroso.

Sodio: El sodio o la sal, sirven para retener agua en el cuerpo. Los riñones, ya no pueden eliminar del cuerpo el exceso de sodio, así que quizás haya demasiado sodio en la sangre, y pueda hacer que el cuerpo retenga agua.

¿Cuáles son las pautas para comer sanamente, mientras estoy bajo tratamiento de diálisis peritoneal?

1. Cosas que debe comer más:

- Proteína en abundancia.
- Incluye abundante fibra en su dieta.

2. Cosas que debe comer menos:

- Evite comer alimentos ricos en fosfatos y potasio.
- Vigile su consumo de sodio.

¿Por qué necesito controlar los líquidos? Los riñones saludables se encargan de equilibrar la cantidad de líquido dentro del cuerpo al sacar de la sangre el exceso de agua.

¿Cómo puedo equilibrar los líquidos?

- Ponga atención a su peso.
- Esté atento si sus miembros se hinchan.
- Use una solución más concentrada en los cambios de diálisis peritoneal.
- Revise su presión arterial.
- Ponga atención a la cantidad de líquidos que usted bebe, en algunos casos es necesario establecer una relación entre los líquidos que toma y los que elimina.

¿Cómo puedo saber si tengo demasiado líquido? La señal es que nos indica que hay demasiado líquido en el cuerpo son:

- Aumento de peso.
- Hinchazón de la piel alrededor de los ojos, de los tobillos y de los dedos de las manos.
- Presión arterial más elevada de lo normal.

¿Cómo puedo saber si me hace falta líquido?

Usted se dará cuenta que tiene muy poco líquido si presenta los siguientes signos:

- Sensación de mareo.
- Presión arterial baja.
- Peso del cuerpo más bajo de lo normal. (24)

II. APLICACIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON A UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.

2.1. Valoración de las 14 necesidades básicas a una mujer adulta con insuficiencia renal crónica.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE.

Sexo: Femenino.
Edad: 22 años.
Estado civil: Soltera.
Ocupación: Secretaria.
Escolaridad: Bachillerato más secretariado comercial.
Religión: Católica.

ANTECEDENTES: HEREDO FAMILIARES.

Padre: Vivo de 64 años de edad aparentemente sano:
Madre: Viva de 52 años de edad con litiasis renal, sin otros datos de importancia que mencionar.
Hermanos: Tiene 3 hermanos aparentemente sanos.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Niega quirúrgicos, transfuncionales, metabólicos, cardiovasculares, refiere haber padecido varicela en su infancia, así como cuadros repetitivos de faringoamigdalitis rebeldes al tratamiento. Sin otros datos de importancia para el padecimiento actual.

PADECIMIENTO ACTUAL:

Lo inicia hace 3 días (26 de mayo del año 2000). Con presencia de cansancio al deambular, incremento en la frecuencia respiratoria,

palidez de tegumentos, edema parpebral y de miembros inferiores, por lo cual deciden ingresarla al Hospital General de Zona número 1 para su atención médica, el día 29 de mayo del año 2000. Donde se le efectúan estudios de laboratorio detectándose insuficiencia renal crónica, por lo que es ingresada al servicio de medicina interna.

En la valoración inicial se obtiene peso de 37 kilogramos con talla de 1.51 cm, temperatura de 36.5° C, Frecuencia respiratoria de 28/minuto, frecuencia cardiaca de 86/minuto, presión arterial de 130/90 y dextrostix de 80 mg.

1. Necesidad de oxigenación.

La paciente comenta que al deambular presenta cansancio e incremento en la frecuencia respiratoria, sin antecedentes de problemas cardiorespiratorios.

A la exploración paciente con campos pulmonares bien ventilados, con incremento en la frecuencia respiratoria de 28 respiraciones por minuto y respiraciones superficiales.

Refiere no fumar ni convivir con gente fumadora.

2. Necesidad de nutrición e hidratación:

Paciente de bajo peso (37 Kg.) en relación a edad, sexo y talla, ya que su peso ideal es de 55 Kg., con piel reseca, edema parpebral y de miembros inferiores (+)

Refiere anorexia, por tener dieta hiposódica prescrita, con restricción de líquidos de 1000 ml en 24 horas y sabor de boca desagradable.

Comenta que la comida la ingiere acompañada de su papá, el cual come lo mismo que ella, la efectúa 3 veces al día de buena calidad pero en poca cantidad.

3. Necesidad de eliminación:

Refiere orinar dos veces al día en escasa cantidad, aproximadamente 100 ml en 24 horas, de color amarillo claro. Confirmándose durante su hospitalización. Se efectúa labstix en orina reportando presencia de proteínas (+++), presencia de sangre (++) , glucosa negativa y bilirrubinas negativa.

Así mismo manifiesta que su periodo menstrual se presenta cada 3 a 6 meses con incremento en duración de 7 a 8 días y cantidad del flujo menstrual con cambio de toallas sanitarias de 8 veces al día aproximadamente, acompañado de dolor suprapúbico.

La eliminación intestinal es normal, refiere efectuarla una vez al día.

A la exploración se observó edema parpebral y de miembros inferiores (+), así como palidez de tegumentos.

4. Necesidad de movilidad y postura.

Refiere sentirse débil al deambular, con falta de fuerza física, manifiesta efectuar ejercicios pasivos, movilidad frecuente de articulaciones, utiliza zapatos bajos para la deambulación.

Se observa con debilidad muscular y marcha cansada.

5. Necesidad de descanso y sueño:

Refiere dormir sola, su recámara se encuentra bien ventilada, acostumbra a dormir 9 horas diarias.

Actualmente manifiesta que por su enfermedad se ha alterado su patrón de sueño al no tolerar la posición de decúbito dorsal, al mantener el líquido de diálisis en cavidad peritoneal por lo que tiene que utilizar almohadas para poder conciliar el sueño. Se observa con ojeras marcadas y adinámica.

6. *Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas:*

Comenta vestirse y desvestirse sola, su tipo de ropa la selecciona ella, tiene medios económicos para comprar su ropa ya que lo que gana en su trabajo es exclusivamente para ella.

Actualmente utiliza ropa con una talla más a la que utilizaba anteriormente, debido a la presencia de catéter Tenkoff y a bolsa dializadora. Esto le resulta un poco incómodo debido al abultamiento que le ocasiona y a que tiene que utilizar ciertos modelos de ropa exclusivos como son faldas y blusas para poder ocultar la bolsa.

7. *Necesidad de termoregulación:*

Manifiesta adaptarse con facilidad a los cambios de temperatura ambiental, su habitación cuenta con buena ventilación.

Posteriormente al haber ingresado al programa de diálisis peritoneal ambulatoria refiere exceso de calor en el momento de entrar a su cuarto especial para su cambio de bolsa dializadora, ya que una de las condiciones del entorno es que no haya corrientes de aire.

8. *Necesidad de higiene y protección de la piel:*

Refiere bañarse diariamente con cambios de ropa completa, lavado de dientes 4 veces al día y lavado de manos antes de comer y después de ir al baño.

Así mismo, manifiesta que la zona de la piel donde se localiza instalado el catéter Tenkoff lo mantiene limpio y seco.

Actualmente con su padecimiento comenta la necesidad de mantener la piel lubricada con cold cream por tener piel escamosa, reseca y con prurito.

9. *Necesidad de evitar peligros:*

Su familia está compuesta por su padre y tres hermanos mayores que ella, manifiesta conocer las medidas de prevención de accidentes, en su domicilio no utilizan productos tóxicos, sus medicamentos los tiene en un lugar especial, acude a su control de atención médica en forma periódica.

Su familia la ha apoyado durante su enfermedad y ella acepta la ayuda que le proporcionan.

Se efectúa visita domiciliaria donde se observa casa de dos plantas, donde su recámara está localizada en la planta alta por lo que se detecta el riesgo de sufrir caída, debido a que presenta marcha cansada, y debilidad muscular.

10. *Necesidad de comunicarse:*

Refiere que expresa lo que siente en forma verbal, tiene buenas relaciones interpersonales, pero comenta que al estar platicando se siente fatigada y cansada.

Actualmente, se siente un poco aislada de sus amistades y compañeros de trabajo debido al procedimiento dialítico continuo y sentirse un poco incómoda por tener halitosis,

aunque eso no ha provocado la separación con su novio, ya que éste siempre la ha apoyado.

11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores:

Refiere haber sido educada en su creencia religiosa católica, que es la que actualmente profesa. Tiene sus propios valores personales integrados como son la importancia de su familia, a la vida, al trabajo y a la muerte.

Manifiesta tener miedo a morir y cree ella que será pronto debido a su padecimiento actual.

12. Necesidad de trabajar y realizarse:

Refiere trabajar como secretaria en un hotel durante 8 horas en forma discontinua, su remuneración económica le permite cubrir sus necesidades básicas.

Actualmente manifiesta contar con incapacidad médica para trabajar, por lo que ella refiere sentir miedo a la pérdida de su trabajo y por consiguiente a la vigencia dentro del seguro social y no poder seguir llevando su tratamiento.

13. Necesidad de jugar/participar en actividades recreativas:

Comenta que nunca ha participado en algún tipo de deporte, el tiempo libre lo utiliza para distracción, como acudir al cine en compañía de su novio. Pero que últimamente no ha acudido porque su tratamiento dialítico es continuo y esto le ocasiona aburrimiento.

14. *Necesidad de aprendizaje:*

Manifiesta haber estudiado el bachillerato y secretariado, sin ninguna dificultad para el aprendizaje.

Y las habilidades nuevas le es más fácil aprenderlas observando.

Comenta tener miedo y estar ansiosa por el desconocimiento sobre lo referente a su estado actual, al tratamiento y sobre todo al procedimiento dialítico al que tendrá que ser sometida.

2.2. PRESENTACIÓN DE LOS PLANES DE CUIDADO

A continuación se describen los pasos acerca de cómo se realizó el Plan de Cuidados aplicado a un paciente con insuficiencia renal crónica.

Se inició con la valoración, con el apoyo de un instrumento metodológico que se modificó de acuerdo a las circunstancias del padecimiento y a través de la observación, que se inició desde el primer encuentro con ella, tomándose en cuenta los factores biofisiológicos, psicológicos y socioculturales del que hace mención el modelo de Virginia Henderson, detectándose las necesidades de la paciente, posteriormente se organizaron los datos de dependencia e independencia para así realizar los diagnósticos de Enfermería, priorizando las necesidades reales o potenciales. En la planeación se formularon los objetivos, se planearon las intervenciones dirigidos a prevenir, a resolver o controlar los problemas para poder lograr la

independencia del paciente. En la ejecución se aplicaron las intervenciones de Enfermería para lograr en la paciente los objetivos trazados. En la evaluación se valoraron el logro de los objetivos, y se identificaron los factores que afectaron el logro de éstos. Posteriormente se elabora una hoja de evolución de los cuidados de Enfermería donde se narra la evolución del estado de salud del paciente durante su estancia hospitalaria y en su domicilio.

**2.3 PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE ACUERDO A
LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON:**

NECESIDADES	MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA	CAUSAS DE LA DIFICULTAD			DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		F	C	V					
O X I G E N A C I O N	DEPENDENCIA - Cansancio al deambular. - Incremento en la frecuencia respiratoria. - Respiraciones superficiales.	X			Alteración de la función respiratoria relacionado con el aumento de toxinas en el organismo manifestado por disnea, cansancio al deambular y respiraciones superficiales.	La paciente disminuirá la alteración de la función respiratoria.	- Cambios de posición. Oxigenoterapia	- Colocar a la paciente en posición semifowler. - Colocar oxígeno por catéter nasal a tres litros por minuto en forma continua.	Posterior a la colocación en posición semifowler y el catéter nasal con oxígeno se logra disminuir las alteraciones presentes de la función respiratoria.
	INDEPENDENCIA - Campos pulmonares bien ventilados. - No antecedentes cardio-respiratorios. - No fuma. - No convive con fumadores.								

EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

29 de mayo 2000.

Inicialmente presenta dificultad para respirar, por lo que es necesario colocar a la paciente en posición semifowler y oxigenoterapia nasal, logrando disminuir la alteración respiratoria.

Explicándole que el proceso dialítico desempeña una función importante para la disminución o control de las manifestaciones existentes, no logra aceptar el procedimiento.

El 30 de mayo 2000.

Presenta un aumento importante de la frecuencia respiratoria, por lo que acepta de manera rápida el procedimiento dialítico, siendo intervenida quirúrgicamente para instalación de catéter Tenkoff obteniendo resultados satisfactorios al término de la sesión dialítica, realizándole tres baños de entrada por salida y 30 baños con 30 minutos de líquido en cavidad peritoneal.

HOJA DE PLAN DE CUIDADOS

NECESIDADES	MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA	CAUSAS DE LA DIFICULTAD			DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		F	C	V					
E L I M I N A C I Ó N	DEPENDENCIA - Requiere de toma de diuréticos. - Edema parpebral. - Edema de miembros inferiores. - Micción en poca cantidad.	X			Alteración en la eliminación urinaria relacionada con lesión renal manifestado por edema parpebral y de miembros inferiores.	La paciente logrará disminuir el edema.	Administra- ción de medicamen- tos. - Dieta hiposódica y control de líquidos. - Proceso dialítico.	- Administrar furosemide 40 mg. vía oral cada 12 horas. - Enseñarle a la paciente la importancia de tomar sus medicamentos preescritos y no automedicarse. - Exponerle la importancia de ingerir dieta hiposódica y mantener controlada su ingesta de líquidos. - Explicarle la importancia del procedimiento dialítico como sustituto de las funciones del riñón.	Con el procedimiento dialítico se logra disminuir el edema.
	INDEPENDENCIA - Acepta indicaciones de tomar diuréticos. - Micciona en forma espontánea.	X							

EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN:

13 de Junio - 2000

Al ser egresada a su domicilio la paciente acepta la ingesta de diuréticos, dieta hiposódica y líquidos restringidos, ya que fue egresada sin aceptar aún el procedimiento dialítico ambulatorio.

El 20 de junio - 2000.

Ingresa al servicio de diálisis peritoneal intermitente con presencia de edema parpebral y de miembros inferiores. Efectuándole tres cambios de solución dializante de manera entrada por salida, para lograr así el desecho de mayor cantidad de líquidos retenidos y posteriormente en forma alterna de bolsas dializantes en concentración de 1.5% y 4.25%. realizando 10 cambios, con una estancia en cavidad peritoneal de media hora, logrando así disminuir el edema. Se hace incapié sobre la importancia de ingresar al programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria pero no lo acepta.

22 de Junio - 2000.

Al ser egresada nuevamente a su domicilio se le explica que de no entrara al programa de DPCA sus ingresos a diálisis intermitente serán frecuentes y los signos y síntomas se acentuarán cada vez más.

HOJA DE PLAN DE CUIDADOS

NECESIDADES	MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA	CAUSAS DE LA DIFICULTAD			DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		F	C	V					
A P R E N D I Z A J E	<p>DEPENDENCIA Desconocimiento de su patología. Desconocimiento de su tratamiento. - Tiene conocimientos equivocados. - Incertidumbre de conocer lo que le espera.</p>		X		<p>Déficit del conocimiento relacionado con su patología, procedimiento dialítico y pronóstico desconocido manifestado por ansiedad y miedo.</p>	<p>La paciente logrará conocer lo referente a su patología al pronóstico y al procedimiento dialítico.</p>	<p>- Capacitación referente a su patología.</p>	<p>- Ayudar a la paciente a que exponga sus dudas y tratar de aclarárselas. - Explicarle todo lo referente a insuficiencia renal crónica. - Explicarle todo lo referente al tratamiento y la técnica de los procedimientos dialíticos.</p>	<p>Logra conocer todo lo referente a su patología pero aún no logra integrarse al programa de DPCA.</p>
	<p>INDEPENDENCIA - Estudió preparatoria y secretariado comercial. - Está alerta en sus cinco sentidos.</p>	X	X						

CONTINUACIÓN

HOJA DE PLAN DE CUIDADOS

NECESIDADES	MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA	CAUSAS DE LA DIFICULTAD			DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		F	C	V					
A P R E N D I Z A J E							<ul style="list-style-type: none"> - Enseñarle los tipos de diálisis, sus ventajas y desventajas de los mismos como Diálisis Peritoneal Intermitente. - Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (consultar 5.1 en educación para la salud). - Se exhorta a ingresar al programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria para mejorar su estado de salud. 		

EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD DE APRENDIZAJE:

29-05-2000

Durante su ingreso, la paciente manifiesta ansiedad y miedo por desconocer lo referente a su patología y al tratamiento propuesto como es la diálisis. Por lo que se capacita en todo lo referente a su patología, pero que a primera instancia no lo acepta, no obstante al incrementarse su sintomatología y conociendo sobre esto lo admite. Posteriormente se le enseña los tipos de diálisis peritoneal y las ventajas de cada una y se le exhorta a ingresar al programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria para mejorar su estado de salud. Aún no lográndose su ingreso al programa antes mencionado pero insistiéndose sobre el mismo.

El 3 de julio - 2000

Acude al servicio de diálisis peritoneal continua ambulatoria acompañada de su hermana a recibir la capacitación para poder ingresarse al mismo.

El 20 de Julio del 2000.

Previamente haber sido capacitada ingresa al programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria.

HOJA DE PLAN DE CUIDADOS

NECESIDADES	MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA	CAUSAS DE LA DIFICULTAD			DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		F	C	V					
V I V I R S E G Ú N S U S C R E E N C I A S	<p>DEPENDENCIA - Temor a la muerte.</p> <p>INDEPENDENCIA - Es católica. - Le importa su familia y la vida. - Tiene apoyo de su familia. - Tiene novio.</p>	X	X	X	<p>Sufrimiento espiritual alterado relacionado con la pérdida de la función renal manifestado por temor a la muerte.</p>	<p>La paciente logrará continuar sus prácticas espirituales que la apoyan, para disminuir el sufrimiento y temor ante la muerte.</p>	<p>Ayuda espiritual</p>	<p>- Expresarle el deseo de ayudar a satisfacer sus necesidades espirituales. - Estimularla a ponerse en contacto con el sacerdote. - Responder a sus preguntas con la mayor honestidad posible, manteniendo una visión positiva y esperanzada.</p>	<p>El objetivo se logra parcialmente, la paciente acude a la iglesia pero aún continúa con miedo a morir.</p>

EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS:

1 de junio - 2000.

Durante el seguimiento efectuado, Matilde manifiesta tener miedo a morir, por lo que se le expresa el deseo de ayudarla respondiéndole sus preguntas con la mayor honestidad posible, y se le estimula a ponerse en contacto con el sacerdote. No logrando disminuir su temor ante la muerte.

También se le explica la alternativa del trasplante renal y la donación de órganos de familiares para que ella pueda ser transplantada.

11 de agosto - 2000.

Se expresa más tranquila, manifestando que su hermano está dispuesto a donarle un riñón.

22 de agosto - 2000.

Acude a la consulta de nefrología acompañada de su hermano para iniciar protocolo de trasplante renal.

HOJA DE PLAN DE CUIDADOS

NECESIDADES	MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA	CAUSAS DE LA DIFICULTAD			DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		F	C	V					
DESCANSO Y SUEÑO	DEPENDENCIA - Intolerancia a la posición en decúbito dorsal. - Diálisis peritoneal continua. - Líquido en cavidad peritoneal.			X	Alteración del patrón de sueño relacionado con intolerancia a la posición en decúbito dorsal secundario a líquido en cavidad peritoneal manifestado por adinamia y ojeras marcadas.	- Que la paciente logre disminuir las alteraciones en el patrón del sueño.	- Posición. -Capacitación	- Colocar a la paciente en posición semifowler. -Explicarle que al tener el líquido en cavidad peritoneal Comprime el diafragma y esto le dificulta tolerar la posición en decúbito dorsal.	Al colocarse en posición semifowler, la paciente logra conciliar el sueño.
	INDEPENDENCIA - Duerme sola. - Recámara bien ventilada. - Duerme 9 horas diarias.		X	X					

EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO:

29 de Mayo- al 13 de Junio - 2000.

Durante su estancia hospitalaria se detectó que la paciente tenía problemas para conciliar el sueño, al encontrarse en posición de decúbito dorsal, por lo que se coloca en posición semifowler y se le explica que es por mantener el líquido en cavidad peritoneal y que éste le comprime el diafragma dificultándole tolerar la posición en decúbito dorsal.

Durante la capacitación para ingresar al programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria, se le dan alternativas de colocarse almohadas para poder conciliar el sueño.

El 27 de Julio - 2000.

Se efectúa visita domiciliaria, ella ya encontrándose en el programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria, refiere no acostumbrarse a mantener el líquido durante todo el día en la cavidad peritoneal.

El 11 de Agosto - 2000.

Se establece una comunicación telefónica donde manifiesta estar acostumbrándose a mantener el líquido en cavidad peritoneal y a conciliar con mayor facilidad el sueño.

HOJA DE PLAN DE CUIDADOS

NECESIDADES	MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA	CAUSAS DE LA DIFICULTAD			DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		F	C	V					
M O V I L I D A D Y P O S T U R A	<p>DEPENDENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hematíes bajos. - Necesita apoyo para deambular. <p>INDEPENDENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuenta con familiares que la ayudan. - Tiene ánimo para tolerar el deterioro de la movilidad. - Hace ejercicios pasivos. - Efectúa movilidad frecuente de articulaciones. - Tiene pasamanos en la escalera. - Utiliza zapatos bajos con suela antiderrapante. 	X	X		<p>Deterioro de la movilidad física relacionado con disminución de los hematíes manifestado con debilidad para deambular.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Que la paciente logre utilizar medidas de seguridad mediante la deambulación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo durante la deambulación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Explicarle a la paciente que al deambular utilice apoyo del pasamanos. - Que al necesitar deambular, llame a la persona que en ese momento se encuentre con ella. - Orientar a los familiares de la importancia de no dejarla sola y de ayudarla cuando necesite deambular. 	<ul style="list-style-type: none"> - La paciente acepta utilizar las medidas de seguridad, y cuenta con el apoyo de sus familiares.

EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD DE MOVILIDAD Y POSTURA.

1 de junio - 2000.

Paciente que durante su hospitalización se detecta dificultad para la deambulación, necesitando apoyo para efectuarla, por lo que se le acompaña a deambular, o se le asiste pasándole el cómodo a su cama para que efectúe sus necesidades fisiológicas.

5 de Junio - 2000.

Durante la estancia hospitalaria se detectan hematíes bajos, siendo necesario transfundirla con paquete globular para lograr el incremento de éstos pero debido a su patología vuelven a descender.

13 de Junio - 2000.

Al egresar a su domicilio se le explica que cuando necesite deambular solicite apoyo a la persona que se encuentre con ella.

Se platica con los familiares la importancia de no dejarla sola y de acompañarla durante la deambulación.

22 de Agosto - 2000.

La paciente refiere ya no necesitar apoyo para la deambulación.

HOJA DE PLAN DE CUIDADOS

NECESIDADES	MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA	CAUSAS DE LA DIFICULTAD			DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		F	C	V					
N U T R I C I Ó N	<p>DEPENDENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dieta hiposódica. - Restricción de ciertos alimentos. 			X	<p>Bajo peso de acuerdo a edad, sexo y talla relacionado con dieta rigurosa sin sodio y sabor de boca desagradable</p>	<p>La paciente logrará aceptar la dieta indicada.</p>	<p>- Dieta hiposódica.</p>	<p>- Explicarle a la paciente que como los riñones ya no pueden eliminar el exceso de sodio, esto ocasiona que el organismo retenga agua.</p>	<p>El objetivo durante el tiempo que estuvo hospitalizada, se logró en forma parcial porque acepta muy poca dieta.</p>
	<p>INDEPENDENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Come por sí sola. - Come acompañada de su papá. 			X					

EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD DE NUTRICIÓN:

El día 29 de mayo - 2000.

Se le explica la importancia de consumir dieta hiposódica, ya que el sodio sirve para retener el agua en el cuerpo y como la función del riñón está disminuida puede hacer que el organismo retenga agua, favoreciendo esto a otras complicaciones.

Pero, que es importante el consumo de la dieta para que logre recuperar su peso aunque ella refiere durante su estancia hospitalaria que le es muy difícil aceptar éste tipo de dieta, por lo que es egresada a su domicilio aún con bajo peso.

El 5 de agosto - 2000.

Asiste la paciente a la consulta externa a control médico de nefrología donde se le toman los signos vitales y la somatometría, reportando T/A de 130/80, frecuencia respiratoria de 24 por minuto, temperatura de 36.5 grados centígrados, frecuencia cardíaca de 88 por minuto, detectándose el incremento de 4 kg de peso y no presencia de edema. Manifiesta que con la diálisis efectuada en su domicilio, ha logrado disminuir el mal sabor de boca y esto le ha permitido ingerir un poco más de alimentos.

HOJA DE PLAN DE CUIDADOS

NECESIDADES	MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA	CAUSAS DE LA DIFICULTAD			DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		F	C	V					
N U T R I C I Ó N	<p>DEPENDENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Restricción de ingesta de líquidos por disminución de la función renal. - Piel reseca. 		X		<p>Déficit en la hidratación de la piel en relación a la restricción de líquidos manifestado por piel reseca.</p>	<p>La paciente logrará mantener su piel hidratada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Control de líquidos con resultados neutros. 	<ul style="list-style-type: none"> - Anotar los ingresos y egresos de líquidos de la paciente . - Pesar diariamente a la paciente en ayunas. 	<p>Se logra llevar un balance hídrico neutral, pero continúa con piel reseca.</p>
	<p>INDEPENDENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acepta por tratamiento la restricción de líquidos. - Come. 								

EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD DE NUTRICIÓN:

29 de mayo - 2000.

La paciente se encuentra hospitalizada, aceptando el control de líquidos prescritos. Se puede observar piel reseca, orientándole que necesita aplicarse lubricante corporal posterior al baño, para disminuir la resequeidad.

1 de junio - 2000.

Se le explica que la falta de hidratación de su piel es condicionada por aumento de toxinas en su organismo secundaria a la disminución de la función renal, por lo que es necesario, valore y reflexione, de lo importante de ingresar al programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria.

El 20 de julio - 2000.

Ingresó al programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria previo adiestramiento en donde se explica signos que determinen deshidratación como son: sensación de mareo, presión arterial baja, peso del cuerpo más bajo de lo normal.

HOJA DE PLAN DE CUIDADOS

NECESIDADES	MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA	CAUSAS DE LA DIFICULTAD			DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		F	C	V					
E L I M I N A C I Ó N	<p>DEPENDENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Su periodo menstrual se presenta cada 3 a 6 meses. - Incremento en duración y cantidad del flujo menstrual. 	X			<p>Alteración del bienestar relacionado con periodo menstrual prolongado y dolor suprapúbico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La paciente logrará disminuir el dolor. - Logrará comprender el porqué de las alteraciones en la menstruación 	<ul style="list-style-type: none"> - Educación sobre la menstruación en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. - Ejercicios respiratorios. - Administración de medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar información de la presentación del periodo menstrual en pacientes con insuficiencia renal crónica. - Se enseñan técnicas de relajación como: respiraciones profundas y lentas. - Se administran analgésicos prescritos, butiliosina una tableta vía oral cada 8 horas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Comprende en forma total los motivos de la alteración en la menstruación. - Con las técnicas de relajación, disminuye el dolor. - Al administrar analgésicos, desaparece el dolor totalmente.
	<p>INDEPENDENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trata de realizar ejercicios de relajación. - Deambula durante su periodo menstrual. 	X							

EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD DE ELIMINACION:

1 de Agosto - 2000.

A través de las intervenciones de enfermería se logra que la paciente comprenda las alteraciones existentes en su periodo menstrual, consiguiendo que practique técnicas de relajación disminuyendo así el dolor suprapúbico presente.

Cabe mencionar que necesita de analgésicos prescritos para que la sensación del dolor desaparezca totalmente.

HOJA DE PLAN DE CUIDADOS

NECESIDADES	MANIFESTACION DEL PROBLEMA	CAUSAS DE LA DIFICULTAD			DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		F	C	V					
USAR PRENDAS ADECUADAS PARA VESTIR	<p>DEPENDENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utiliza prendas de vestir una talla más a la indicada. - Está restringida a ciertos modelos. 			X	<p>Alteración en el vestido relacionado con deterioro de la imagen por presencia de catéter Tenkoff y bolsa dializadora.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Que la paciente logre aceptar el cambio en su nueva imagen. - Conocer otras alternativas para conservar su bolsa dializadora. 	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo de bolsa dializadora. - Dar a conocer cambios en el vestido. 	<ul style="list-style-type: none"> - Explicarle que debe cuidar bien su bolsa dializadora para que no sufra fracturas, ya que esto le puede ocasionar alguna infección. - Darle a conocer otras alternativas para conservar su bolsa donde no se vea mucho como: <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar una bolsa canguro. - Hacerle una bolsa oculta a su vestido a nivel donde está el catéter tenkoff. - Si utiliza pantalón, meta la bolsa en la bolsa del pantalón y utilice blusa larga. 	<p>Acepta los cambios propuestos y conserva su bolsa en perfectas condiciones.</p>
	<p>INDEPENDENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - No necesita ayuda para vestirse. - Tiene medios económicos para comprar éste tipo de vestidos. 			X					

EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADA:

El 13 de Julio - 2000 .

Egresa la paciente a su domicilio a un sin haber ingresado al programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria; pero ya con el catéter Tenkoff instalado, por lo que manifiesta sentirse incómoda por tener que utilizar prendas de vestir mayor a la adecuada.

El 4 de julio - 2000.

Durante la capacitación para ingresar al programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria, se le dan las alternativas de cómo poder ocultar el catéter y su bolsa dializadora, aceptando ella los cambios propuestos y manteniendo su bolsa dializadora en buenas condiciones.

22 de Agosto - 2000.

*La paciente manifiesta sentirse bien, con el procedimiento dialítico efectuado en su domicilio
Y haberse adaptado a mantener su catéter y su bolsa dializadora en forma oculta.*

ESTÁ TESIS NO DEBE
SER DE LA BIBLIOTECA

HOJA DE PLAN DE CUIDADOS

NECESIDADES	MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA	CAUSAS DE LA DIFICULTAD			DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		F	C	V					
NECESIDAD DE DECISION MÓRGEN	<p>DEPENDENCIA - Cuarto de procedimiento dialítico sin corrientes de aire.</p> <p>INDEPENDENCIA - Facilidad para adaptarse a los cambios de temperatura. - Casa bien ventilada.</p>		X		Calor excesivo relacionado con cuarto para procedimiento dialítico sin corrientes de aire manifestado con abundante transpiración.	La paciente logrará disminuir el tiempo en el cuarto.	Alternativas para cambio de bolsa dializadora.	Se dan alternativas a la paciente para que efectúe el cambio de la bolsa dentro del cuarto sin ventilación, pero para la infusión de líquido a cavidad peritoneal, lo realice donde halla ventilación.	La paciente acepta efectuarse la infusión en su recámara que es donde hay mayor ventilación que en el cuarto para efectuarse la diálisis.

EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD DE TERMOREGULACION :

22 de julio - 2000.

La paciente aceptó la alternativa de efectuarse la infusión de líquido dianeal en su recámara, pero manifiesta que durante el cambio de la bolsa, continua con transpiración excesiva, pero no hay alternativas que pueden solucionar dicho problema, ya que como norma de procedimiento, el área del cambio dialítico debe estar cerrado y libre de corrientes de aire.

HOJA DE PLAN DE CUIDADOS

NECESIDADES	MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA	CAUSAS DE LA DIFICULTAD			DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		F	C	V					
H I G I E N E Y P R O I E L C I Ó N D E L A	DEPENDENCIA - Necesita utilizar lubricante para mantener hidratada su piel.		X		Deterioro de la integridad cutánea relacionado con acúmulo de toxinas en el organismo manifestado por prurito, piel reseca y escamosa.	La paciente logrará: - Mantener la piel íntegra. - Conservar lubricada la piel. - Disminuir o evitar el prurito.	- Lubricación de la piel. - Aplicación de medicamentos.	- Explicarle que puede utilizar aceites o cremas para mantener lubricada la piel. - Explicarle que se aplique cold cream en todo el cuerpo posterior al baño.	Mantiene piel íntegra y lubricada, pero el prurito no logra disminuir.
	INDEPENDENCIA - Se baña sola. - Baño diario. - Cambio de ropa completa diaria. - Lavado de dientes cuatro veces al día. - Se lava las manos antes de comer y después de ir al baño.						- Ingresarla al programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria.	- Explicarle la importancia del procedimiento dialítico continuo para disminuir las toxinas en el organismo y para esto debe ser en su domicilio las 24 horas del día los 365 días del año.	

EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL.

29 de Mayo - 2000.

Inicialmente la paciente refiere mantener piel reseca y prurito por lo que tiene que utilizar lubricante para mantener la piel hidratada.

13 de junio - 2000.

Al ser egresada a su domicilio, manifiesta que aún teniendo lubricada la piel, el prurito no desaparece, pero se le insiste en la integración al programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria, explicándole que ésta modalidad de diálisis logrará el desecho de mayor toxinas y le ayudará a disminuir el prurito.

20 de julio - 2000.

La paciente logra integrarse al programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria, previa capacitación.

11 de agosto - 2000.

Al tener comunicación telefónica con la paciente, manifiesta que ha disminuido el prurito aunque no ha logrado desaparecer totalmente.

HOJA DE PLAN DE CUIDADOS

NECESIDADES	MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA	CAUSAS DE LA DIFICULTAD			DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		F	C	V					
E V I T A R P E L I G R O S	DEPENDENCIA - Necesita apoyo para deambular. - Recámara en planta alta.	X			Riesgo potencial de traumatismo relacionado con marcha cansada al deambular y recámara en planta alta.	La paciente: - Evitará algún tipo de traumatismo. - Conservará un entorno seguro	- Ubicación de la recámara. - Deambulación con apoyo. - Uso de calzado con suela antiderrapante.	- Orientar a la paciente y familiares sobre la importancia de mantener su recámara en planta baja. - Explicarle a la paciente que cuando necesite subir a su recámara solicite ayuda. - Explicarle la importancia de utilizar zapatos antiderrapantes y utilizar el pasamanos de la escalera.	Matilde siempre ha tenido el apoyo de sus familiares y le instalaron su recámara en planta baja.
	INDEPENDENCIA - Cuenta con una recámara en planta baja. - Cuenta con apoyo de familiares. - La escalera tiene pasamanos.	X							

EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS:

20 de julio - 2000.

Se realiza visita domiciliaria, observándose que la ubicación de su recámara es en la planta alta, y la paciente se encuentra con dificultad a la deambulaci3n, por lo que necesita apoyo para efectuar el traslado a su recámara.

Se platica con ella y con los familiares para orientarles en cuanto a la necesidad de ubicar su recámara en la planta baja, y al mismo tiempo sobre la ubicaci3n del cuarto a utilizar para poder ser ingresada al programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria. Logrando la aceptaci3n por parte de los familiares para dicho cambio.

18 de julio - 2000.

Al estar siendo capacitada para su ingreso a diálisis peritoneal continua ambulatoria, refiere tener la recámara y el cuarto para efectuar el procedimiento dialítico ya instalado en la planta baja.

20 de julio - 2000.

La paciente ingresa a dicho programa.

HOJA DE PLAN DE CUIDADOS

NECESIDADES	MANIFESTACION DEL PROBLEMA	CAUSAS DE LA DIFICULTAD			DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	PLANEACION DE LOS CUIDADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		F	C	V					
E V I T A R P E L I G R O S	<p>DEPENDENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procedimiento dialítico con técnica rigurosa de higiene. 		X		<p>Riesgo potencial de infección relacionado con procedimiento dialítico efectuado en su domicilio.</p>	<p>La paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evitará infectarse. - Conocerá los riesgos de infección. - Conocerá los signos y síntomas de una infección peritoneal. 	<p>Medidas de Higiene</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Enseñarle la técnica de lavado de mesa donde se realiza el procedimiento, la técnica de lavado quirúrgico y médico. - Explicarle que debe tener uñas cortas, que su cuarto sea exclusivo para su cambio de bolsa, que su baño sea diario de regadera, nunca de tina. - Enseñarle a mantener limpio el sitio de salida del catéter, y a evitar el estreñimiento. - Enseñar los signos y síntomas de la peritonitis. 	<p>Hasta el momento no ha presentado ningún problema de infección.</p>
	<p>INDEPENDENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tiene cuarto especial para realizar el procedimiento dialítico. - Recibió capacitación previamente. - Cuenta con el apoyo de sus familiares. 								

EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

20 de julio - 2000.

La paciente es ingresada al programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria previa capacitación, por lo que se le enseñaron las medidas higiénicas necesarias para evitar infección peritoneal, insistiéndose en el lavado de manos, el mantener las uñas cortas, el lavado de la mesa y que el cuarto sea exclusivamente para efectuarse el cambio de bolsa. También se le explica la importancia de mantener limpio y seco el sitio de salida del catéter Tenkoff. Así como los signos y síntomas que puede presentar al tener un cuadro de peritonitis y que es lo que ella tiene que hacer en caso de presentarlo.

Se ha logrado mantener con la paciente una comunicación muy estrecha donde manifiesta sentirse muy a gusto con el procedimiento efectuado en su domicilio, ya que ha logrado disminuir en forma importante algunos de los signos y síntomas que presentaba al inicio de su padecimiento.

11 de agosto - 2000.

Durante la comunicación telefónica, refiere no haber presentado ninguna complicación secundaria al procedimiento dialítico efectuado en su domicilio.

HOJA DE PLAN DE CUIDADOS

NECESIDADES	MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA	CAUSAS DE LA DIFICULTAD			DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		F	C	V					
C O M U N I C A R S E	DEPENDENCIA - Fatiga y cansancio al platicar. - Palidez de tegumentos. - Hematíes bajos.	X			Deterioro de la comunicación verbal relacionado con disminución de los hematíes manifestado con fatiga y cansancio.	Que la paciente logre comunicarse sin fatigarse.	Metodos de comunicación.	- Animarla a que haga un esfuerzo para hablar más despacio haciendo respiraciones profundas entre frases. -Explicarle a los familiares si está cansada o fatigada le hagan preguntas con respuestas cortas.	El objetivo se logra en forma parcial porque logra entablar comunicaciones cortas.
	INDEPENDENCIA - Buena relación con sus familiares. - Apoyo de su novio.								

EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD DE COMUNICARSE :

29 de mayo - 2000.

Cuando es ingresada al servicio de medicina interna, se entabla comunicación con la paciente, detectándose que se le dificulta la comunicación verbal, presentando fatiga y cansancio al efectuarlo. Durante la hospitalización, se le dan métodos para lograr la comunicación tanto con el personal del servicio como con sus familiares.

20 de Julio - 2000.

Posteriormente de haber ingresado al programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria, ella manifiesta que han disminuido los signos y síntomas que presentaba al inicio de su enfermedad y que actualmente ya logra entablar comunicación, aún cortas pero con menor dificultad.

22 de Agosto - 2000.

La paciente ya logra entablar una comunicación verbal, sin dificultad para efectuarla.

HOJA DE PLAN DE CUIDADOS

NECESIDADES	MANIFESTACION DEL PROBLEMA	CAUSAS DE LA DIFICULTAD			DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		F	C	V					
C O M U N I C A R S E	DEPENDENCIA - Aislada de sus amistades. - Halitosis. - Procedimiento dialítico.	X	X	X	Aislamiento social relacionado con halitosis y procedimiento dialítico con horario.	La paciente logrará integrarse a su grupo social. Integrarse al club de pacientes de diálisis continua ambulatoria.	-Higiene bucal. -Alternativas de cambio de bolsa.	- Enseñarle a efectuarse lavado bucal con agua bicarbonatada. - Se le dan horarios que pueda utilizar en sus cambios de bolsa para poder acudir con sus amistades. - Se invita a ingresar al club de pacientes de diálisis peritoneal continua ambulatoria.	Paciente que logra integrarse al club de pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria.
	INDEPENDENCIA - Convive con sus familiares. - Convive con su novio. - Se lava los dientes frecuentemente.	X							

EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD DE COMUNICARSE :

5 de junio - 2000.

La paciente manifiesta que desde el inicio de su enfermedad a presentado halitosis, se le explica que se debe al incremento de la uréa y se le enseña a efectuarse lavados bucales con agua bicarbonatada.

20 de julio - 2000.

Al ser ingresada al programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria, refiere encontrarse aislada de sus amistades, por el horario de los procedimientos dialíticos, se le dan alternativas para efectuarse el cambio de bolsa y así lograr integrarse con su núcleo social. También se le invita a ingresar, al club de pacientes de diálisis peritoneal continua ambulatoria, donde ella acepta, por lo que el 22 de julio se habló con el Presidente de dicho club, para solicitarle los requisitos para que Matilde pudiera ser ingresada, el cual muy amablemente me acompaña a visitarla a su domicilio para platicar con ella y estimularla a seguir adelante.

28 de julio - 2000.

Queda incorporada al club de pacientes de diálisis ambulatoria.

HOJA DE PLAN DE CUIDADOS

NECESIDADES	MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA	CAUSAS DE LA DIFICULTAD			DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		F	C	V					
D E T R A B A J A R Y R E A L I Z A R S E	<p>DEPENDENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incapacidad médica para trabajar. - Miedo a perder vigencia de derecho en atención médica. - Procedimiento dialítico continuo. <p>INDEPENDENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buena remuneración económica. - Apoyo familiar 	X	X		Riesgo potencial de pérdida de atención en el sector salud (IMSS), relacionado con incapacidad prolongada para trabajar debido a procedimiento o dialítico continuo.	La paciente logrará integrarse a su trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación administrativa. - Alternativas de horario en la diálisis peritoneal continua ambulatoria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se solicita apoyo con trabajo social para orientación relacionada con la vigencia de derechos. - Se dan alternativas de horario para procedimiento dialítico, cuando éste se hace en su domicilio para poder integrarse a su trabajo como: efectuarse un cambio antes de irse a trabajar, el otro al regresar, el otro antes de volverse a ir a trabajar y el último antes de dormir. 	Este objetivo no se ha logrado, la paciente no se ha integrado a su trabajo.

EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE:

25 julio - 2000.

Durante el seguimiento la paciente, refiere contar con incapacidad médica para trabajar, aunque ya está dializándose en su domicilio, por lo que manifiesta temor a perder su trabajo.

Se le dan alternativas de como efectuarse los cambios de bolsa para poderse integrar a su trabajo, también se solicita el apoyo de trabajo social para que la oriente sobre los trámites administrativos.

11 de agosto - 2000.

Por vía telefónica, refiere aún no acostumbrarse al procedimiento dialítico efectuado en su domicilio y que todavía no logra integrarse a su trabajo, pero que pronto lo hará.

22 de agosto - 2000.

Manifiesta no haberse integrado a su trabajo.

HOJA DE PLAN DE CUIDADOS

NECESIDADES	MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA	CAUSAS DE LA DIFICULTAD			DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		F	C	V					
A C J T U I G V A I R D / A P D A E R S T I R C E I C P R A E R A T E I N V A S	DEPENDENCIA - Procedimiento dialítico continuo.	X			Falta de actividad recreativa relacionado con procedimiento dialítico continuo manifestado con aburrimiento.	La paciente logrará incorporarse a su actividad recreativa	Capacitación sobre horarios de cambios de bolsa.	- Se dan alternativas de horario en su cambio de bolsa. - Se sugiere actividades recreativas como acudir al cine. - Se sugiere elaboración de manualidades.	La paciente continúa aburrída, ya que aún no logra acudir al cine aunque para ella es su pasatiempo favorito.
	INDEPENDENCIA - Deambula sola. - Su novio la apoya.								

EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD DE JUGAR /PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

25 de julio - 2000.

Matilde que aún conociendo las alternativas de horario para su cambio de bolsa, no acepta salir de su casa. La cual refiere que conforme se vaya adaptando a su tratamiento reiniciará su actividad recreativa acompañada de su novio.

El novio la visita diariamente con el consentimiento de sus padres.

22 de agosto - 2000.

Refiere que hace dos días acudió al cine con su novio.

III. CONCLUSIONES

La herencia de la Enfermería es rica, su historia es un relato de descubrimientos que refleja los nuevos avances realizados en cada generación. Los adelantos científicos, tecnológicos y sociales han tenido un efecto significativo sobre el desarrollo de los cuidados de la salud, por lo tanto ha venido desarrollando cambios y uno de ellos ha sido la realización del Proceso de Atención de Enfermería basado en un modelo, el cual permite la delimitación de la función propia de la misma.

Virginia Henderson fue una de las primeras Enfermeras que elaboró en forma esquemática un modelo de atención, que a mi juicio resulta verdaderamente de interés como marco de referencia para aplicarla en la práctica diaria de los cuidados de Enfermería, tomando al individuo sano o enfermo en sus componentes biofisiológicos, psicológicos y socioculturales.

Tuve la oportunidad de aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a un paciente con insuficiencia renal crónica, pero el desconocimiento de ciertos aspectos, me hizo tener grandes tropiezos, que me impulsaron a la búsqueda de más información, así mismo pude darme cuenta que hay un largo camino por recorrer para el conocimiento de la Enfermería en todas sus dimensiones, y para ubicarla en el lugar profesional que le corresponde, requiere ciertos conocimientos, destrezas, preparación especial y desarrollar investigación en nuestro campo, de tal forma que se pueda comprobar modelos, generar otros y teorizar sobre ellos, bajo la visión de que la Enfermería se orienta hacia el cuidado de la salud del individuo sano o enfermo, de manera individual o en grupo.

El Proceso de Atención de Enfermería con una base teórica, permite un alto grado de reflexión y análisis en cada una de sus etapas, también exige la consulta bibliográfica permanente.

Así mismo considero que existe una diferencia muy grande en la forma que aprendí a desarrollar el Proceso de Atención de Enfermería al principio de mi formación y al que realicé con motivo de obtener el grado de licenciatura, ya que el primero estaba caracterizado en tener un

enfoque médico, curativo basado en signos y síntomas, sin contar con diagnósticos de Enfermería, y por consiguiente el tratamiento era totalmente médico. En el presente proceso que apliqué, me permitió realizar una valoración de Enfermería identificando las necesidades básicas de la paciente, formular los diagnósticos, planear y realizar las intervenciones de Enfermería en forma independiente y específica

Una de las limitaciones que encontré, es que en la práctica de Enfermería dentro de la unidad hospitalaria donde desarrolle este trabajo, aún no se lleva a cabo el cuidado basado en el Proceso de Atención de Enfermería con una base teórica y sistemática por falta de difusión y conocimiento del mismo, así como por la falta de unificación para llevar a cabo el Proceso de Atención de Enfermería en cada una de las instituciones de salud en nuestra localidad lo que ocasiona que al paciente no se le proporcionen un cuidado organizado y sistemático.

En relación a los conceptos de Virginia Henderson, considero que las interacciones que menciona para detectar los problemas, están enfocados a un nivel sociocultural más elevado que al de nuestro medio, por lo que se requiere adquirir habilidad tanto para la identificación de las necesidades de nuestros pacientes como para la determinación y construcción de los diagnósticos de Enfermería.

El haber realizado y aplicado el Proceso de Atención de Enfermería, enriqueció mi desarrollo profesional porque pude darme cuenta que tan importante es para nosotras las enfermeras el valorar al paciente como un todo, a través de sus necesidades básicas, dimensiones y valores y no enfocarnos a ellos únicamente a sus necesidades físicas y así poder enriquecer la identidad profesional.

En el caso particular que traté mediante la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería se logró que la paciente alcanzara una mayor independencia, mejorando su Estado de salud, ya que considero que el haber logrado que ingresara al programa de Diálisis Peritoneal Continua ambulatoria ella pudo incorporarse a la sociedad.

IV. SUGERENCIAS

- ❖ *Que las enfermeras valoremos el estado del individuo desde el punto de vista holístico.*
- ❖ *Que durante la formación profesional exista una materia de Proceso de Atención de Enfermería.*
- ❖ *Que hallan cambios en los planes o programas de estudio donde se determine la forma de aplicar el Proceso de Atención de Enfermería*
- ❖ *Las enfermeras debemos pensar y actuar como profesionales responsables en todos los aspectos de la vida profesional, y la clave es el conocimiento que se adquiere a través de la superación ya que es una de las maneras para poder desmarcarse de la influencia médica y mejorar el ejercicio profesional.*
- ❖ *Lograr despertar el interés del personal de Enfermería por la superación profesional y de ésta manera mejorar la calidad de la atención.*

V. ABREVIATURAS

DPCA: Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria.

DPI: Diálisis Peritoneal Intermitente.

IRC: Insuficiencia Renal Crónica.

PTH: Hormona paratormona.

VI. GLOSARIO

Pirámide de Malphigio: Estructura triangular de la médula renal compuesta por los segmentos de los túbulos renales.

Uremia: Niveles tóxicos de urea en la sangre que se originan de una disminución severa de las funciones de los riñones.

Hiperfosfatemia: Exceso de fosfato.

Nistagmus: Movimientos rítmicos involuntarios y constantes de los bulbos del ojo (globos oculares) que pueden ser horizontales, giratorios o verticales.

VII. BIBLIOGRAFÍA

- ❖ Alfaro - Lefevre, Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería, guía práctica, Tr. Por María Teresa Luis Rodrigo, 3ª ed. Edit. Mosby - Doyma, Madrid, 1996.
- ❖ Baxter. Manual de capacitación del paciente en diálisis Peritoneal. Edit. División Renal, México, 1997.
- ❖ Carpenito, Linda Juall. Manual de Diagnóstico de Enfermería. 3ª edición. Edit. Harla, México, 1992.
- ❖ Colliere, Marie - Francoise. Promover la vida. Edit. Interamericana. España, 1993.
- ❖ Donahue, M. Patricia, "La Enfermería, La Condición del Arte", en, Historia de la Enfermería, Tr. Por María Picazo y Carmen Hernández, Edit. Doyma, Barcelona, 1988.
- ❖ Fernández Ferrín, Carmen, et, al, El Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería, Edit. Masson - Salvat, Barcelona, 1995.
- ❖ Guantlett Beare, Patricia, et, al, "Insuficiencia renal crónica" en Enfermería Médico Quirúrgica. 2ª ed. Edit. Mosby - Doyma, España, 1995.
- ❖ Hernández Conesa, Juana, "Significado Histórico de los Cuidados de Enfermería" en, Historia de la Enfermería. Edit. Intaramericana Mc. Graw- Hill, Madrid, 1995.

- ❖ Instituto Mexicano del Seguro Social, Manual de Diálisis Peritoneal, México, D.F., 1999.
- ❖ J. Tortora Gerard, et, al, "El Sistema Urinario" en Principios de Anatomía y Fisiología, 6ª ed. Edit. Harla, México, 1993.
- ❖ Kozier, Bárbara, et, al, "Introducción a la Enfermería", en Enfermería Fundamental I, Tr. Por Carlos J. Bermejo Ceja y otros, 4ª ed. Edit. Interamericana Mc Graw - Hill, Madrid, 1993.
- ❖ Keroúac M. Suzanne, et, al, "Independencia en la Satisfacción de las Necesidades Fundamentales según Virginia Henderson" en El Pensamiento Enfermero, Edit. Masson, Barcelona, 1996.
- ❖ Leddy, Susan - Pepper J. Mac. Bases Conceptuales de la Enfermería. México, ops, 1989.
- ❖ Manual de diálisis peritoneal, Instituto Mexicano del Seguro Social, Tapachula, Chiapas, 1999.
- ❖ Martínez Y M. Roberto, "Insuficiencia Renal Crónica" en La Salud del Niño y del Adolescente, 3ª ed. Edit. JGH editores, México, 1995.
- ❖ Miatello - R. Víctor, et,al, "Insuficiencia Renal Crónica" en Nefrología, 2ª ed. Edit. Intermédica, Buenos Aires, 1991.
- ❖ Phaneuf Margot. "Las Necesidades Fundamentales Según el Enfoque de Virginia Henderson" en Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería, Tr. Por Carlos Ma. López González y Julia López Ruiz, Edit. Mc. Graw - Hill, Madrid, 1993.

- ❖ Susan M. Hinchliff, et, al, Enfermería y Cuidado de Salud, Edit. Doyma, Madrid, 1995.

- ❖ Treviño, B. Alejandro "Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica" en Nefrología Mexicana, Num. 1, Vol. 19, México, Enero - Marzo, 1998.