



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Aplicado a un paciente con Insuficiencia Renal Crónica

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE :
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA :

**Valentín García Gaytán.
Nº DE CUENTA: 097610827**

Directora de trabajo:

Lic. Carolina Solís Guzmán.

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



SECRETARÍA DE ASUNTOS ESCOLARES

Noviembre, 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Indice.**Pag.**

Introducción. -----	1
Justificación. -----	2
Objetivos. -----	3
Metodología. -----	4
1.-Marco teórico. -----	5
1.1.-El proceso d atención de enfermería. -----	5
1.2.-Modelo de Virginia Henderson. -----	34
1.3.-Insuficiencia renal. -----	40
2.-Aplicación del proceso atención de enfermería. -----	44
2.1.-Presentación del caso clínico. -----	44
2.2.-Valoración de las 14 necesidades básicas. -----	46
2.3.-Diagnóstico de enfermería en las 14 necesidades . -----	50
2.4.-Planeación, ejecución y evaluación de los cuidados de enfermería. -----	54
3.-Plan de alta. -----	80
Conclusiones. -----	84
Bibliografía. -----	87

INTRODUCCIÓN

Este proceso de enfermería se realizó en el Hospital Naval de Campeche en el servicio de hospitalización, sala de medicina interna a un paciente con diagnóstico de insuficiencia renal crónica secundaria a pielonefritis.

Aplicar el proceso es un reto para todo el personal de enfermería que busca su identidad profesional y brindar una atención de calidad al individuo, familia y comunidad. Con el proceso de atención de enfermería se logrará delimitar el campo específico de enfermería como profesión ya que la enfermera, realiza numerosas acciones que van mas allá del cumplimiento de una prescripción médica.

La enfermera al aplicar el proceso podrá experimentar satisfacción, puesto que será valorada por su capacidad y competencia profesional. así mismo el empleo de una metodología le facilitará el trabajo y le permitirá el logro de sus objetivos.

Por otra parte el proceso compromete al enfermo y su familia a tomar parte activa en las decisiones y cuidados que debe mantener para recuperar la salud.

Por otro lado, al aplicar estas etapas permite que la atención de enfermería se torne mas científica ya que se emplean diversos procesos del razonamiento.

Se aplican todas las etapas del proceso de atención de enfermería identificando las necesidades reales y potenciales del paciente.

JUSTIFICACIÓN

El presente proceso de atención de enfermería se realizó a un paciente con una enfermedad crónica degenerativa (insuficiencia renal crónica), con la finalidad de aplicar los conocimientos teóricos y prácticos que se adquieren durante la carrera de enfermería y a la vez investigar nuevos conceptos o procedimientos.

La relación enfermera - paciente, permite aplicar el proceso de enfermería facilitando el desarrollo personal en su relación a través de la autenticidad, la cual es la capacidad de estar conscientes de nuestros sentimientos o de ser real, aceptándolo en forma incondicional y un deseo continuo de comprender o sentir empatía por el otro. Estos aspectos se aplican en especial a la relación enfermera - paciente.

Fue precisamente, esta relación enfermera-paciente la que me motivó para aplicar el proceso atención de enfermería a un paciente con Insuficiencia Renal Crónica la cual me permitió brindar cuidados a un individuo para que este logre en la medida de sus posibilidades llegar a la independencia.

OBJETIVOS

Objetivo General

Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente a través de los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos, para establecer planes y resolver en la medida de lo posible la necesidad que se presente, aplicando los cuidados de enfermería de acuerdo con el Modelo de Virginia Henderson.

Objetivos Específicos

Proporcionar cuidados generales y específicos a un paciente con Insuficiencia Renal Crónica para que este logre en la medida de sus posibilidades ser menos dependiente.

Determinar intervenciones de Enfermería para la solución de necesidades reales y de alto riesgo en un paciente con Insuficiencia Renal Crónica.

METODOLOGIA

El presente proceso de enfermería se aplica a un paciente con insuficiencia renal crónica, que se encuentra hospitalizado en el cuarto número dos del servicio de hospitalización del Hospital Naval de Campeche.

Fue elaborado durante 6 días del 01 al 06 de octubre del 2002, con horario de 07:30 a 14:30 horas, y de 18:00 a 21:00 horas, realizando los cuidados integrales, generales, y funciones administrativas del servicio.

Se utilizaron fuentes primarias para la obtención de la información tales como: la observación, exploración física, interrogatorio directo e indirecto, cuestionario de preguntas abiertas de acuerdo con el modelo de Virginia Henderson.

La información obtenida se recabo del médico tratante, del expediente clínico, de libros de texto, del paciente y sus familiares.

Así mismo se aplicó el modelo de Virginia Henderson siguiendo las etapas del Proceso Atención de Enfermería las cuales son valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación, para concluir en la presentación del presente trabajo.

1.- MARCO TEÓRICO

1.1- EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA¹

Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque básico de cada persona o grupo de personas, que responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

El proceso como método es un camino a seguir para la enfermera, que le permite planear acciones individualizadas dando respuesta a las necesidades y problemas del enfermo y su familia. Se puede aplicar en todas las áreas del ejercicio profesional y bajo cualquier modelo o teoría de enfermería.

Consiste en cinco etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente.

La meta de enfermería es considerar al paciente de modo multifocal. Los individuos, las familias y las comunidades tienen múltiples aspectos que están interrelacionados e influyen uno en el otro, por lo que los elementos fisiológicos, biofísicos, espirituales y socioculturales del paciente, deben tomarse en cuenta para asegurar una valoración precisa y comprensiva.

Confianza, empatía, afecto, autonomía y mutualidad, son cinco conceptos básicos para el desarrollo de una relación enfermera - paciente, conceptos que

¹Dueñas. El proceso Atención de enfermería. Consultado el 26 de agosto del 2003 en <http://www.tierra.es/personal/dueñas/pae.htm>. P.1-27

necesitan ser recíprocos durante las interacciones; todo esto es posible lograr cuando la enfermera esta dispuesta a considerar sus propios valores, prejuicios, fuerzas y limitaciones, esto no puede hacerse solo a través del desarrollo intelectual, debe estar abierta al descubrimiento de sus propias motivaciones y sentimientos a través de la experiencia y de sus relaciones con los demás.

1.1.1. ÉTAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

ETAPA DE VALORACIÓN:

Es la primera etapa del proceso, consistente en la recolección de información sobre el enfermo y su estado de salud así como de la familia y comunidad permitiéndonos el desarrollo de las cuatro etapas siguientes; la valoración aporta dos tipos de datos: las respuestas humanas y las repuestas fisiopatológicas como consecuencia de la enfermedad.

La obtención de datos se logra mediante el uso de tres instrumentos; interacción, observación y medición. Se consideran datos de la interacción a cualquier palabra dicha por el paciente, por el personal del equipo de salud o por otras personas que tengan importancia en relación con el paciente. Los datos de la observación se obtienen mediante los sentidos, incluyendo documentos escritos, los datos de la medición son aquéllos obtenidos por el uso de instrumentos que cuantifican la información.

La valoración de enfermería a través de un modelo conceptual nos permite identificar respuestas humanas y fisiopatológicas y a la vez conduce a la valoración integral del individuo. Con un modelo médico, permite sólo identificar

respuestas fisiopatológicas y conduce a la valoración reduccionista y mecanicista del individuo.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies" sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos", se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud" la recolección de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

En esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.

- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

En la recolección de datos necesitamos:

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc...) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).
- Convicciones (ideas, creencias, etc.)
- Capacidad creadora.
- Sentido común
- Flexibilidad.

Tipos de datos a recoger:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado. Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

Los tipos de datos:

- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica (sentimientos).
- Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- Datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones

pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (hospitalizaciones previas).

- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos:

A) Entrevista Clínica:

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en el cual la enfermera realiza la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre la enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son:

- Obtener información específica y necesaria para un diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos Y también
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración

B) La observación:

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del

paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

C) La exploración física:

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- Inspección: Es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración.
- Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de

sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos.

Mates: aparecen sobre el hígado y el brazo. Hipersonoros: aparecen cuando percudimos sobre el pulmón normal lleno de aire y

Timpanos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

- Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras del pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar. El examen físico se puede abordar desde la cabeza a los pies por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:
 - Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
 - Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.
 - Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funciones concretas.

* ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS:

Es el cuarto paso en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas o por patrones funcionales. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información.

Los componentes de la valoración del paciente que hemos seleccionado como necesarios hoy en día son:

- Datos de identificación
- Datos culturales y socioeconómicos
- Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnosticas y los tratamientos prescritos.
- Valoración física
- Patrones funcionales de salud.

* DOCUMENTACIÓN Y REGISTRO DE LA VALORACIÓN

Es uno de los componentes de la fase de valoración y las razones que justifican su uso son entre otros los que siguen:

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad (véase tema referente a la garantía de la calidad de los cuidados enfermeros),
- Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.
- Son una prueba de carácter legal.
- Permite la investigación en enfermería.
- Permite la formación del pregrado y postgrado.

Para la correcta anotación de su registros en la documentación:

- A) Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar

(entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.

- B) Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- C) Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, <<normal," <<regular". etc.
- D) Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma, tamaño, etc.
- E) La anotación debe ser clara y concisa.
- F) Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.
- G) Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común.

ETAPA DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Es un problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta humana de un individuo o grupo y que la enfermera es responsable de identificar y tratar independientemente.

Para determinar si un problema de salud debe ser considerado como diagnóstico de enfermería, basta con preguntarse si se puede resolver en forma independiente; es decir sin la participación de otros profesionales de la salud.

Cuando encuentra un problema, de salud que solo puede ser resuelto con la participación conjunta del médico, enfermera, trabajadora social, nutrióloga, etc., está ante un problema interdependiente.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

- La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- La dimensión interdependiente de la enferma, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo.
- Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería.

Los pasos de esta etapa son:

1.- Identificación de problemas:

- Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis.
- Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

2.- Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes de acuerdo con los componentes de las Categorías Diagnósticas aceptadas por la NANDA.

- Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:
 - 1.- Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial) Es una frase o término que representa un patrón.
 - 2.- Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
 - 3.- Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.
 - 4.-Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.
 - 5.- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo, por ejemplo:
 - Factores Fisiopatológicos (biológico y psicológicos): shock, anorexia nervios.

- o Factores de Tratamiento (Terapias, pruebas diagnósticas, medicación, diálisis, etc.)
 - De medio ambiente como, estar en un centro de cuidados crónicos, residuos tóxicos, etc.
 - Personales, como encontramos en el proceso de muerte, divorcio, etc.
- o Factores de Maduración: paternidad/maternidad, adolescencia, etc.

Tipos de diagnósticos:

La forma de enunciar los diagnósticos será de acuerdo al diagnóstico que se ha identificado los cuales son: reales, de alto riesgo, de bienestar o posibles.

- Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen, el término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E)+ signos/sintomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.
- Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. La descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término de "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE:problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir.

Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

- De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

A la hora de escribir un Diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices:

- Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando "relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.
- La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal.
- Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico médico.
- No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.

- No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.
- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

ETAPA DE PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Es la tercera etapa del proceso que inicia después de haber formulado los diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes; consta de las siguientes fases: fijación de prioridades, establecimiento de objetivos, determinación de acciones y la documentación del plan.

Pueden emplearse diversos modelos de acuerdo con las necesidades de atención de los enfermos y a los recursos humanos y materiales existentes. Los más recomendables son los planes de cuidados individualizados ya que se centran en las respuestas únicas del enfermo; los planes estandarizados son útiles por su sencillez en el manejo y optimización del tiempo.

Etapas en el Plan de Cuidados

- Establecer prioridades en los cuidados. Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos.. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades.. así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes profesional y familia/comunidad.

- Elaboración de las actuaciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermas que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico.

Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

- Documentación y registro.

- DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES:

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben consensuarse con el cliente, de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario su uso nos facilitará aun más la relación terapéutica.

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Creemos que es de interés indicar aquí, que bajo una concepción holístico-humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, esta carencia coloca a la persona en un estado de supervivencia, a pesar de ello y en determinadas ocasiones de libre elección, la persona prefiere satisfacer unas necesidades, privándose de otras. Es Obvio añadir que son problemas prioritarios las situaciones de emergencia, como problemas de carácter biofisiológico, con excepción de la urgencia en los proceso de morir.

Por lo tanto daremos preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad concienzudamente con la enfermera/o. En realidad las actividades que la enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas, favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad.

Queremos hacer hincapié en la importancia que tienen las acciones de promoción de la salud enfocadas desde el cambio de estilo de vida, actividades que son exclusivamente responsabilidad de la enfermería y que aún no se han asumido.

* PLANTEAMIENTO DE LOS OBJETIVOS

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:

- Dirigir los cuidados
- Identificar los resultados esperados
- Medir la eficacia de las actuaciones

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

Existen dos tipos de objetivos:

- Objetivos de enfermería o criterios de proceso.
- Objetivos del paciente o criterios de resultado.

Normas generales para la descripción de objetivos

- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería.
- Elaborar objetivos cortos.
- Hacer específicos los objetivos.
- Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.
- Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

* OBJETIVOS DE ENFERMERÍA:

Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

- A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.
- A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
- A conocer su estilo de vida y ayudarle a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

Los objetivos de enfermería no se suelen escribir en el plan de cuidados, a excepción de que sea para los alumnos, en cualquier caso deben responder a preguntas sobre capacidades limitaciones y recursos del individuo que se pueden fomentar, disminuir, aumentar o dirigir.

La identificación de las actuaciones apropiadas y los objetivos afines dependen de que la enfermera reconozca los puntos fuertes del paciente y sus familiares; de su comprensión de los cambios fisiopatológicos que sufre el enfermo y de su

sensibilidad a la respuesta emocional, psicológica e intelectual del sujeto a la enfermedad. Esta consideración nos aporta la idea de comprensión de lo que la persona hace, piensa y siente con respecto a él mismo, a la enfermedad, al medio que le rodea, etc., esto es, reconocer y comprender sus sistemas de vida y sus recursos.

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

- Objetivos a corto plazo: Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.
- Medio plazo: para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.
- Objetivos a largo plazo: Son los resultados que requieren de un tiempo largo. Existen dos tipos:
 - o Uno abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro.
 - o Otro, se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Este segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería, dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo.

* OBJETIVOS DEL PACIENTE:

Al describir los objetivos debemos entender que estamos prefijando los resultados esperados, esto es, los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados y responsabilidad de la enfermera/o. Los objetivos del cliente se anotan en términos de lo que se espera que haga el cliente, esto es, como conductas esperadas.

Las principales características de los objetivos del paciente son tres:

- Deben ser alcanzables, esto es, asequibles para conseguirlos.
- Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.
- Deben ser específicos en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, dónde, etc.). Así, al verbo se le añaden las preferencias e individualidades, Ejemplo: el paciente caminará (verbo) por el jardín (dónde) después de comer (cuándo) durante 15 minutos (cuánto).

* ACTUACIONES DE ENFERMERÍA:

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema.

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares, como se explicó anteriormente.

Del modelo bifocal de los diagnósticos de enfermería, podríamos decir que se desprende la responsabilidad del tratamiento tanto, de los diagnóstico enfermeros como de las complicaciones fisiológicas, para ello, el modelo establece dos tipos de prescripciones: enfermera y médica:

- Prescripciones enfermeras: Son aquellas en que la enfermera puede prescribir independiente para que el personal de enfermería ejecute la prescripción. Estas prescripciones tratan y controlan los diagnósticos enfermeros.
- Prescripciones médicas: Son actuaciones prescritas por el médico, representan tratamientos de problemas interdisciplinarios que la enfermera inicia y maneja. La enfermera/o toma decisiones independientes tanto en los diagnósticos de enfermería como en los problemas interdisciplinarios.

En la elaboración de actividades han de tenerse presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento; también hay que tener en cuenta, los recursos humanos, en la cantidad y la calificación de los distintos elementos que van a intervenir con nosotros; también influyen los recursos financieros.

Vamos a ver ahora el tipo de actividades de enfermería.

- Dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica.
- Interdependientes: Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones

pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.

- Independientes: Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

Las características de las actuaciones de enfermería son, las que siguen:

- Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.
- Estarán basadas en principios científicos. Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la enfermería, empírico-analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.
- Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.
- Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

Desde un punto de vista funcional la enfermera planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- Promoción de la salud
- Prevenir las enfermedades
- Restablecer la salud
- Rehabilitación
- Acompañamiento en los estados agónicos.

A este tipo de actividades hay que añadir las actividades de estudio, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad delegadas por la medicina, por ejemplo realización de Pruebas diagnósticas, aplicación de fármacos, etc.

Las acciones más habituales de la planificación de los cuidados de enfermería integrales, entorno a los diferentes tipos de diagnósticos de enfermería y a los problemas interdependientes son:

- El diagnóstico real:
 - o Reducir o eliminar factores contribuyentes
 - o Promover mayor nivel de bienestar
 - o Controlar el estado de salud.
- Para el diagnóstico posible:
 - o Recoger datos adicionales que ayuden a confirmar o excluir un diagnóstico.
- Para el diagnóstico de bienestar:
 - o Enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar.
- Para problemas interdependientes:
 - o Controlar los cambios de estado del paciente.
 - o Manejar los cambios de estado de salud.
 - o Iniciar las actuaciones prescritas por la enfermera V el médico.

La determinación de las actuaciones de enfermería que son necesarias para resolver o disminuir el problema, requiere de un método. Los pasos a seguir son los que siguen:

- Definir el problema (diagnóstico)
- Identificar las acciones alternativas posibles
- Seleccionar las alternativas factibles.

El segundo paso de este método consiste en desarrollar todas las soluciones o alternativas posibles. El éxito de las actuaciones de enfermería dependerá de la capacidad del profesional para elegir actividades y posteriormente desarrollar las más adecuadas para obtener los resultados esperados, solución del problema/diagnóstico posibles.

Veremos de manera resumida y genérica las acciones de enfermería que encontramos en un plan de cuidados:

- Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problema/diagnóstico de enfermería.
- Realizar la educación sanitaria del paciente para capacitarle en conocimientos, actitudes y habilidades.
- Aconsejar acerca de las decisiones de sus propios cuidados.
- Consulta y remisión a otros profesionales.
- Realización de acciones terapéuticas específicas de enfermería.
- Ayudar a los pacientes a realizar las actividades por si mismos.

Y también la determinación de actividades de enfermería para los problemas interdependientes son:

- Realizar valoraciones frecuentes para controlar al paciente y detectar complicaciones.
- Remitir la situación al profesional adecuado cuando existan signos y síntomas de complicaciones potenciales, y
- Ejecutar las actividades interdependiente de enfermería prescritas por el médico (por ejemplo: lavado de sonda nasogástrica cada 2 horas con suero fisiológico)

Las directrices específicas para los cuidados de enfermería se denominan órdenes de enfermería y se componen de los siguiente elementos.

- La fecha.

- El verbo, con los calificativos que indiquen claramente la actuación.
- Especificación de quién (sujeto)
- Descripción de qué, dónde, cuándo, cómo y cuánto.
- Las modificaciones a un tratamiento estándar.
- La firma.

Para terminar este apartado, digamos que, las actuaciones de enfermería son aquellas actividades que necesariamente deben hacerse, para obtener los resultados esperados, y deben definirse para cada diagnóstico de enfermería y problema independiente.

*DOCUMENTACIÓN EN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería. Ello se obtiene mediante una documentación.

El plan de cuidados de enfermería "es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones y la evaluación de todo ello".

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar uno cuidados de calidad, mediante:

- Los cuidados individualizados.
- La continuidad de los cuidados,
- La comunicación, y
- La evaluación

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria. Los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados.

*PARTES QUE COMPONEN LOS PLANES DE CUIDADOS:

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- Diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes.
- Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado)
- Ordenes de enfermería (actividades)
- Evaluación (informe de evolución)

Para recoger toda la información necesaria para enfermería se requiere:

- Hoja de admisión que recoge la información de la valoración.
- Documento donde se registra: Los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Documento de evaluación.

De una manera u otra, en la actualidad, todos los planes de cuidados utilizan estos documentos.

*TIPOS DE PLANES DE CUIDADOS:

Tipos de planes de cuidados: individualizados, estandarizados, estandarizados con modificaciones y computarizados.

- Individualizado: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.
- Estandarizado: Un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad.
- Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos el plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Computarizado: Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados. Son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

Los objetivos para informatizar los planes de cuidados de enfermería son:

- Registrar la información de manera rápida, clara y concisa
- Recabar la información precisa sobre el estado de salud que permite una óptima planificación de los cuidados, su revisión y la mejora del plan,
- Facilitar la continuidad de los cuidados, tanto en el hospital como la comunicación con otros servicios de salud.
- Evitar la repetición de los datos.
- Facilitar datos a la investigación y a la educación.
- Posibilitar el cálculo del coste-beneficio del servicio hospitalario.

Los beneficios que se obtienen tras la información de la documentación son:

- Eliminación del papeleo
- Los planes de cuidados mantienen su flexibilidad y son personalizados.
- Los datos incluidos son más relevantes y más exactos.

ETAPA DE EJECUCIÓN:

Es la cuarta etapa del proceso de enfermería que inicia una vez que se han concluido los planes de atención y esta caracterizada por la puesta en práctica de todas las acciones de enfermería establecidas.

Se deben analizar y priorizar los diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes para poder elaborar y ejecutar planes de cuidados, que incluyen: diagnóstico de enfermería o problema interdependiente, objetivo, acciones de enfermería independientes e interdependientes, fundamentos científicos de la acciones y evaluación.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

ETAPA DE EVALUACIÓN:

Es la última etapa del proceso de enfermería que esta presente en la valoración, de planificación y ejecución, incluye la recolección de datos sobre el estado de salud actual del paciente, comparación de resultados con objetivos establecidos y revisión del plan de cuidados.

Permite confrontar el estado actual del enfermo con el objetivo establecido en el plan de cuidados así como evaluar las actuaciones de enfermería.

Cuando los resultados que presenta el paciente no son los esperados o simplemente no hay una respuesta satisfactoria el enfermero(a) tiene que revisar su plan de atención para detectar posibles errores en la formulación del problema, objetivo o en la selección de intervenciones de enfermería.

La evaluación permite determinar la eficacia de la valoración, el diagnóstico, la planificación y la ejecución para la solución de la problemática de salud del enfermo y su familia, así mismo permite hacer modificaciones en cualquiera de las etapas mencionadas.²

² Alfaro R. Aplicación del Proceso Atención de Enfermería, 2da. Edición. Barcelona, Doyma, 1992. pag. 58-59

1.2 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON³

Virginia Henderson nace en Kansas City, en 1897, durante la primera guerra mundial se interesa por la enfermería.

En 1921 se graduó de enfermera, en la Escuela de Enfermería de Washington y un año después imparte clases en la Norfolk Protestant, Hospital de virginia.

En 1956, describe y publica el libro *The Nature of Nursing*, asistir al individuo, sano o enfermo en la rehabilitación de las actividades que constituyen la salud o recuperación o a una muerte serena.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como: "La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible."

* Los elementos más importantes de su teoría son:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.

³ Marriner Tomey Ann et al modelos y teorías de Enfermería 4ta edición, Edit.. Harcourt-Brace españa 1998 p. 99-109.

- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primarias están relacionadas con la Fisiología, de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización.

Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:

- 1º Respirar con normalidad.
- 2º Comer y beber adecuadamente.
- 3º Eliminar los desechos del organismo.
- 4º Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5º Descansar y dormir.
- 6º Seleccionar vestimenta adecuada.
- 7º Mantener la temperatura corporal.
- 8º Mantener la higiene corporal.
- 9º Evitar los peligros del entorno.
- 10º Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
- 11º Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
- 12º Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- 13º Participar en todas las formas de recreación y ocio.
- 14º Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comparten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionadas a una falta de conocimientos.

V. Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores.

- Permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.
- Variables: estados patológicos:
- Falta aguda de oxígeno.
- Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
- Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
- Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
- Estados febriles agudos debidos a toda causa
- Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.

- Una enfermedad transmisible.
- Estado preoperatorio
- Estado postoperatorio
- Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera-paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a la catorce necesidades humanas básicas.

Henderson definió los 4 conceptos básicos de enfermería los cuales son:⁴

- **Persona:**

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad.

⁴ Adam E. Valores Humanísticos en la obra de Virginia Henderson. Consultado el 20 de enero del 2004 en www.carloshayonet/enfermeria/staff/web.virginiahendersonhtm.

La persona es una unidad corporal/física y mental, que esta constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.

La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.

Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia.

Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

- **Entorno:**

Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

- **Salud:**

La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

- Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia.

- **Enfermería**

La Enfermería se concibe como la ciencia y el arte del cuidado a la salud de la persona sana o enferma en su dimensión integral con el propósito de que utilice sus capacidades y potencialidades para la vida, su campo de acción son todos los espacios donde la persona se desarrolla y en el que atiende su salud.

La Enfermería se sustenta en cuatro núcleos básicos que son el cuidado, la persona, el entorno y la salud.

El objeto de estudio de Enfermería es el cuidado, el cual se concibe como todas las acciones que realiza la Enfermera con la intención e que las personas desarrollen al máximo sus capacidades para mantener y conservar la vida y permitir que continúe o esforzarse en compensar las alteraciones de las funciones ocasionadas por un problema de salud.

La persona, sujeto del cuidado, se concibe como un ser fisiológico, psicológico, sociocultural y espiritual, un todo integral indisociable, mayor que la suma de sus partes y diferente a estas, que tiene maneras de ser únicas en relación consigo misma y con el universo.

El entorno comprende el medio interno (genético, fisiológico, psicológico y espiritual) y al medio compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte.

La salud es un valor y una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona, las creencias, las formas de actuar, que son culturalmente conocidas y utilizadas con el fin de conservar el bienestar de una persona o grupo, y permitir la realización de las actividades cotidianas.

1.3 INSUFICIENCIA RENAL.

-Fisiopatología de la insuficiencia renal crónica.

Al disminuir la función renal se acumulan en la sangre los productos finales del metabolismo proteico que se excretan por la orina, desarrollándose uremia, presentándose a la vez efectos adversos en todos los sistemas del cuerpo. Mientras más productos de desecho se acumulen, más graves serán los síntomas (varios de éstos reversibles mediante la diálisis). La eliminación de creatinina disminuye y el nivel de esta última en sangre aumenta, incrementándose el nivel de BUN (Nitrógeno de la urea sanguínea).

La creatinina en suero es el indicador más sensible del funcionamiento renal porque está en constante producción en el cuerpo. Los riñones tampoco son capaces de diluir o concentrar orina, con frecuencia el paciente retiene sodio y agua ocasionando edema, insuficiencia cardíaca congestiva e hipertensión, esta se debe también a la activación del sistema renina angiotensina y al incremento constante de aldosterona.

También la incapacidad de los riñones para secretar amoníaco y absorber bicarbonato de sodio, disminuyendo la excreción de fosfatos y otros ácidos orgánicos provocando acidosis metabólica. La disminución en la producción de eritropoyetina por las células mesangiales en los riñones produce anemia, fatiga, disnea y anginas inestables.

-Causas.

Los principales estados que provocan insuficiencia renal son:

- Prerenal (Hipo perfusión del riñón).
- Intrarrenal (Daños en los tejidos del riñón).
- Posrenal (Obstrucción del flujo de orina).

Los estados prerrenales se deben a un problema en el flujo sanguíneo que produce hipo perfusión del riñón y una reducción en la velocidad de filtración glomerular. Las siguientes son situaciones clínicas frecuentes: Estado de insuficiencia de líquidos (perdidas hemorrágicas o gastrointestinales).Vaso

dilatación (sepsis o anafilaxis) y desempeño cardíaco disminuido (infarto agudo al miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva y choque cardiogénico).

Las causas intrarrenales de la insuficiencia renal son resultado de los daños estructurales de los glomérulos o tubulos del riñón. Las quemaduras, las lesiones por golpes contundentes y las infecciones, así como los agentes nefrotóxicos, pueden provocar una necrosis tubular aguda y la interrupción de la función renal.

En las quemaduras y las lesiones por golpes contundentes, se libera mioglobina (proteína liberada por los músculos en caso de lesiones) y hemoglobina, produciéndose toxicidad renal, isquemia o ambas. También una reacción intensa a una transfusión puede provocar insuficiencia intrarrenal, la hemoglobina liberada por hemólisis se filtra por los glomérulos y se concentra en los tubulos del riñón hasta el grado de presentarse precipitación de hemoglobina. Otra de las causas de la insuficiencia renal es el uso de fármacos antiinflamatorios no esteroides, especialmente en pacientes ancianos, estos medicamentos interfieren con las prostaglandinas, que por lo regular protegen el flujo sanguíneo renal, por lo que se produce isquemia de los riñones.

Las causas posrenales de la insuficiencia renal resultan en general de una obstrucción en algún punto distal al riñón. La presión se incrementa en los tubulos del riñón y con el tiempo la velocidad de filtración decrece.

-Manifestaciones clínicas.

Los síntomas específicos dependen del grado de difusión renal. La difusión de la micción o de la reducción del chorro miccional, es muy importante, riñón aumentado de tamaño o una vejiga palpable, náuseas, vómito, mal estado general, signos de arteritis en la piel y en la retina. La oliguria o la anuria sugieren una insuficiencia renal aguda terminal. La anuria se debe a una oclusión bilateral de las arterias renales, piel y mucosas secas por deshidratación y el aliento tiene un olor a orina, somnolencia, cefalea, espasmos musculares y convulsiones, hipertotasemia grave (conduce a

arritmias y paros cardiacos). La anemia por perdida hemática en caso de lesiones gastrointestinales, disminución de vida de los eritrocitos y escasa producción de heritropoyetina.

-Manifestaciones cardiovasculares.

Hipertensión arterial (por retención de agua y sodio, así como activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona), insuficiencia cardiaca congestiva y edema pulmonar (por sobrecarga de líquidos), así como pericarditis (por irritación del recubrimiento pericardico provocada por las toxinas uremicas).

-Manifestaciones dermatológicas.

Prurito intenso(por deposito de urea en la piel), resequedad de la piel por deshidratación de la célula.

-Manifestaciones gastrointestinales.

Anorexia, náuseas, vomito, diarrea, sangrado e hipo.

-Manifestaciones neuromusculares.

Niveles de conciencia alterados, imposibilidad para concentrarse, debilidad, fatiga, calambres, astenia y adinamia.

-Diagnóstico.

En los resultados de laboratorio se observan los siguientes datos:

Alteraciones en los niveles de los constituyentes de la orina así como disminución de la densidad(1.010 en lugar de 1.015 a 1.025), urea, creatinina y ácido úrico aumentados, hipercaliemia (valores de potasio serico aumentados), hiperfosfatemia, hipocalcemia, acidosis metabólica.

Pérdida ponderal, anemia (eritrocitos y hemoglobina disminuidos).

-Tratamiento.

La diálisis o hemodiálisis a la brevedad está indicada para evitar las complicaciones graves de la insuficiencia renal(hipercaliemia, pericarditis y convulsiones).

Las medidas para el desequilibrio hidroelectrolítico son :

Administración de glucosa e insulina o gluconato de calcio, estos dirigen el potasio hacia las células, reduciendo sus niveles, el gluconato de calcio protege al corazón de los niveles altos de potasio.

La administración de bicarbonato de sodio fomenta la elevación del PH plasmático, haciendo que el potasio se mueva dentro de la célula.

Restricción en la dieta de los siguientes elementos químicos, tales como: potasio, urea, creatinina y ácido úrico, control de líquidos de acuerdo con el peso del paciente, dietas ricas en carbohidratos para cubrir necesidades calóricas y ahorrar proteínas. El ingreso normal de potasio se limita de 40 a 60 mili equivalentes al día y el sodio de dos gramos al día.

La concentración elevada de fosfato sérico se corrige con la administración de hidróxido de aluminio (aglutina al fosfato), evitando su aumento.

-El tratamiento farmacológico es indispensable para mejorar la homeostasis orgánica:

Antihipertensivos: Captopril, metoprolol, nifedipina, la dosis va a depender de las cifras tensionales.

Eritropoyetina de 60 a 100 UI por Kg de peso una vez a la semana.

Diuréticos: Furosemide o espironolactona.

Control de electrolitos séricos, BHC, QS, TP, TPT, depuración de creatinina en orina de 24 horas.

Trasplante renal.

-Complicaciones.

Hipercaliemia.

Pericarditis.

Hipertensión arterial.

Anemia.

Acidosis metabólica.

Enfermedades óseas.

2.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

2.1- PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente masculino U.M.A. de 26 años de edad, que ingresa a hospitalización (medicina interna) el día 01 de octubre del 2002, a las 09:00 horas (al servicio de urgencias), con diagnóstico de insuficiencia renal crónica secundaria pielonefritis, con rechazo al trasplante renal del 16 de enero del 2001, post - operado de lipomatosis múltiple en diciembre de 1998, hipoacusia media derecha e izquierda, la insuficiencia renal crónica fue diagnosticada en noviembre del 2002, posterior al rechazo renal (enero 2001) se encuentra en programa de diálisis peritoneal intermitente.

Se presenta a esta unidad en la fecha ya mencionada, conciente, orientado, palidez de tegumentos con signos vitales de t/a 130/80, fc. 80xmin., temperatura 36.5°C. Con dolor abdominal difuso e intenso a la palpación y nauseas, con abdomen blando, depresible, rebote +, catéter de tenckhoff en región peritoneal del cual se toma muestra de liquido peritoneal y se envía a laboratorio para cultivo, también se tomaron BH, QS., electrolitos séricos, TP, TPT, EGO. CPS. BAF.

Es valorado por un médico especialista en medicina interna y un cirujano general, coincidiendo en una peritonitis previa valoración de los resultados de laboratorio ya mencionados, así mismo indican inicio de diálisis peritoneal y antibiótico terapia.

Se realiza diálisis peritoneal intermitente, los tres primeros baños de entrada por salida con toma de muestra para recuento celular; a partir del cuarto baño 10 min. De entrada, 30 min. en cavidad y 20 min. de salida.

El paciente continúa con dolor intenso y difuso en abdomen, refiriendo que aumenta en el momento de entrada de la solución dializante por lo que nuevamente es valorado por medicina interna y cirugía y deciden suspender los baños (en el baño 18), administrando en este baño 1 gr. de cefotaxima.

Después de realizar lo anterior el dolor disminuye, pero continúa nauseoso y con vómito, evacuaciones semilíquidas, abundante moco, artralgias, astenia, adinamia, anorexia.

Al cuarto día de hospitalización (04/oct/029), continua con dolor abdominal, náuseas, vómito, fiebre ocasional (38°C), sin mejoría relativa, con presencia de pujo y tenesmo, dificultad para deambulación, el catéter de tenckhoff limpio, abdomen distendido, peristalsis presente, con proceso anémico (según resultados de BH) los resultados de copro con datos de infección bacteria (ya con tratamiento).

El paciente se encuentra conciente muy cooperador con tratamiento establecido a base de dieta para nefropata, control estricto líquidos, signos vitales 2 por turno CGE, cuidados al catéter tenckhoff, medicamentos: furosemide 40mg., vo c/24 horas, enalapril tabletas 10 Mg., 1 tab. Vo c/24 horas, fumarato ferroso 1 tab., vo c/24 horas, calcitrol tab. 25 Mg., 1 tab. Vo c/24 horas, ranitidina 150 Mg. Vo c/24 horas, cefotaxima, 1 gr., iv c/8 horas, eritropoyetina 4000 ui, subcutánea c/7 días.

Al sexto día de estancia hospitalaria (06/oct/02), es trasladado vía aérea a un tercer nivel a la ciudad de México, D.F. por no presentar mejoría.

2.2- VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES BASICAS.

U.M.A. masculino de 26 años de edad, originario del puerto de Veracruz, Ver., con peso de 64.400 Kg., estatura de 1.82 mts., con escolaridad de secundaria terminada, actualmente estudiando en la escuela de infantería de marina, de San Luis Carpizo, Champotón, Camp., ingreso al hospital el día 01/octubre/02, a las 09.00 horas por el servicio de urgencias. Actualmente cursa con náuseas y vómitos (jugo gástrico), anoréxico, mal hidratado, con astenia y adinamia. Esta información se obtiene de forma directa (interrogatorio directo).

2.2.1- NECESIDADES BÁSICAS DE OXIGENACIÓN, NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN, ELIMINACIÓN Y TERMORREGULACIÓN.

Necesidad de oxigenación: no hay dificultad respiratoria y el paciente manifiesta no tener hábito al tabaco ni al alcohol, no presenta tos.

Necesidad de nutrición e hidratación: su dieta habitual es la adecuada y se apega a las indicaciones de su médico tratante; enfermería y nutrición, no acostumbra a comer fuera de su casa (puestos ambulantes, etc.), ya que siempre le cocina su esposa. Su complexión es delgada, realiza ejercicio por las tardes (camina).

Necesidad de eliminación: con abdomen irritable, dolor difuso, distendido, peristalsis presente con salida de catéter de tenckhoff en el área supraumbilical, la incisión sin datos de infección y sin salida de líquido. Presenta evacuaciones semilíquidas amarillas con moco, micciones presentes de 40 ml. Cada hora y en 24 horas ,960 ml., concentrada sin datos de disuria.

Necesidad de termorregulación es originario de clima caluroso y manifiesta que le agrada el calor. Actualmente ha presentado cuadros febriles intermitentes (38°C) por las noches y en las tardes.

2.2.2- NECESIDADES BÁSICAS DE MOVERSE Y MANTENERSE EN BUENA POSTURA, DE DESCANSO y SUEÑO, DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS Y DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

Necesidad de moverse y mantener una buena postura. Siempre le ha gustado el deporte, dice que jugaba básquetbol y fútbol soccer, pero que cuando empezó con los diagnósticos mencionados, disminuye notablemente su actividad física y únicamente camina por las tardes, actualmente se encuentra adinámico con artralgias, dolor a la movilización incluso en la cama, por lo que se tiene que asistir para poderse incorporar y no soporta estar sentado o en posición semi - Fowler.

Necesidad de descanso y sueño. Cuando está en casa ocupa su descanso para ver la televisión, jugar con sus sobrinos, le encanta escuchar música por el radio, sale ocasionalmente, duerme de una a dos horas por la tardes y por las noches con sueño normal, actualmente cursa con insomnio debido al dolor intenso, a las náuseas y vómitos (ocasionales), por lo que se observa muy delicado, angustiado.

Necesidad de uso de prendas de vestir adecuadas. Manifiesta que le gusta vestir con sencillez, y casi siempre prefiere las bermudas y playeras, cambiándose diariamente, y también dice que nada influye en su forma de vestir. Actualmente utiliza la bata hospitalaria y no le molesta en nada.

Necesidad de higiene y protección de la piel. En casa dice se baña hasta dos veces al día, ya que el calor es intenso y se baña por la mañana y en la noche, y siempre protege el catéter de tenckhoff de acuerdo a las indicaciones, usa crema hidratante para la piel, así como talco y desodorante, shampoo para el cabello, se lava adecuadamente sus dientes al levantarse y después de cada comida, se corta adecuadamente las uñas, actualmente la piel se observa deshidratada, turgente sin lesiones (únicamente la incisión de entrada del catéter)

2.2.3- NECESIDADES BÁSICAS DE COMUNICACIÓN, DE VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS Y VALORES, DE TRABAJAR Y REALIZARSE, DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS Y DE APRENDIZAJE

Necesidad de comunicación: es muy agradable y le gusta mucho entablar conversación con toda persona en cualquier lugar que se encuentre, refiere que platica constantemente con su familia en estos momentos se muestra apático y manifiesta que se siente mal, no tiene ganas de hablar.

Necesidad de vivir según sus creencias y valores. Es católico, asiste ocasionalmente a la iglesia, le inculcaron los valores desde niño y los practica, le gusta ayudar a los demás, respetar, ser honrado, obtener las cosas con el trabajo.

Necesidad de trabajar y realizarse. Siempre quiso ser militar y cuando terminó la secundaria ingresó a la armada de México, como marinero de infantería de marina, y tres años después se le presentó la oportunidad de ingresar a la escuela de infantería, pero debido a su enfermedad no fue posible

que continuara y únicamente cursó el primer semestre y fue dado de baja, todo esto le causó preocupación y tristeza, aunque continúan ofreciéndole todas las prestaciones a que tiene derecho; no tiene problemas económicos ya que recibe también sus emolumentos de acuerdo a su jerarquía, y le es suficiente para sus gastos familiares.

Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas. Siempre participó en eventos deportivos y también le gustaba correr en la playa, posterior a su evento sólo camina y juega con sus sobrinos.

Necesidad de aprendizaje. Le gusta mucho la lectura de historietas y libros diversos y dice que su favorito es la Biblia.

2.3- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA EN LAS 14 NECESIDADES.

Necesidad de oxigenación: Es independiente.

Diagnóstico de enfermería:

Deterioro en el uso de los músculos accesorios para respirar relacionados con limitación de movimientos y cambios de posición secundario al dolor, abdominal con irradiación al tórax, así como las náuseas y vómito.

Necesidad de nutrición e hidratación: Es dependiente.

Diagnóstico de enfermería:

Desequilibrio nutricional por dolor abdominal, las náuseas y el vómito, con disminución de la ingesta de líquidos, como consecuencia piel deshidratada, membranas mucosas, orina concentrada.

Necesidad de eliminación: Es dependiente.

Diagnóstico de enfermería:

Diarrea, secundaria a gastroenteritis probable infecciosa, mostrando ansiedad y desesperación por no poder deambular solo al baño, debido al dolor, astenia, adinamia, artralgias.

Necesidad de moverse y mantener buena postura. Es dependiente.

Diagnóstico de enfermería:

Inestabilidad postural durante la ejecución de las actividades habituales de la vida diaria inducido por el dolor abdominal agudo, manifestando incomodidad a los cambios de posición en la cama, requiriendo apoyo de otra persona.

Necesidad de descanso y sueño: Es dependiente.

Diagnóstico de enfermería:

Deterioro del patrón del sueño y descanso, inducido por el dolor abdominal y malestar general, durmiendo solamente por periodos cortos y previa aplicación de analgésicos.

Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas. Es dependiente.

Diagnóstico de enfermería:

Deterioro de la capacidad para realizar por si mismo las actividades de vestido y arreglo personal, relacionado con el malestar, debilidad y cansancio y escasos movimientos.

Necesidad de termorregulación: Es dependiente.

Diagnóstico de enfermería:

Alteraciones en la fluctuación de la temperatura corporal en relación a la hipotermia, que se relaciona a la peritonitis y a la gastroenteritis probable infecciosa, se manifiestan estas elevaciones por las tardes y noches (38°C) activando nuevamente el malestar general, la fatiga, deshidratación.

Necesidad de higiene y protección de la piel: Es dependiente.

Diagnóstico de enfermería:

Incapacidad para el auto cuidado, que se relaciona al malestar general y dolor abdominal y se manifiesta falta de interés en el arreglo personal, así como la disminución de la fuerza para poder levantarse y bajarse, cepillarse los dientes, cuidados de la piel, cortarse la uñas, acicalarse por si mismo.

Necesidad de evitar peligros: Es dependiente.

Diagnóstico de enfermería:

Disminución de la movilidad y alto riesgo de lesión relacionada a la fuerza que se limita con el dolor, pasando periodos prolongados en cama y necesita ayuda para moverse dentro y fuera de la misma.

Necesidad de comunicarse: Es independiente.

Diagnóstico de enfermería:

Dificultad para formar palabras o frases, relacionado con el dolor, náuseas y vómitos, manifestado por tristeza, depresión, trastorno del sueño y anorexia.

Necesidad de vivir según sus creencias y valores: Es independiente.

Diagnóstico de enfermería:

Alteraciones del comportamiento o del humor, que se relaciona al sufrimiento intenso por los síntomas, y se manifiesta con preocupación, ansiedad, apatía, etc.

Necesidad de trabajar y realizarse: Es dependiente.

Diagnóstico de enfermería:

Intolerancia a la actividad y esfuerzo físico en relación a su enfermedad, con la debilidad generalizada, dolor agudo, cambiando sus patrones de responsabilidad y manifiestan con tristeza, fracaso, desinterés.

Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas: Es dependiente.

Diagnóstico de enfermería:

Déficit de actividades recreativas, que se relaciona a la escasa energía y apatía, poco movimiento en cama, desinterés total por cualquier actividad.

Necesidad de aprendizaje. Es dependiente.

Diagnóstico de enfermería:

Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno, en relación a la falta de energía por el malestar general, trastornos nutricionales por la anorexia, dificultad para concentrarse, y falta de interés debido al cuadro agudo que presenta.

2.4.- PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

2.4.1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

La disminución de movimientos de los músculos respiratorios relacionados con reposo en cama por periodos prolongados y limitación del movimiento secundario al dolor abdominal, que se manifiesta por malestar general.

FUNDAMENTACIÓN:

La falta de movimiento de los músculos respiratorios pueden presentar un riesgo real o potencial en la respiración, por retención de las secreciones bronquiales y aparecer infección pulmonar (atelectasias) y neumonía.

OBJETIVOS:

-Disminuir el dolor abdominal, para poder favorecer al movimiento de los músculos abdominales y el diafragma.

-Ir aumentando constantemente la actividad.

ACCIONES DE ENFERMERÍA:

- Oxígeno por puntas nasales a tres litros por minuto por razón necesaria.

- Fisioterapia pulmonar indicando respiraciones profundas.
- Posición Fowler o semifowler.
- Programa de diálisis peritoneal intermitente (con la técnica establecida).
- Aplicación de medicamentos (analgésico) (antibióticos) indicados.
- Apoyarlo en la movilización en cama y si es posible en la deambulacion.

FUNDAMENTACIÓN:

El oxígeno inhalado compensa la disminución de las respiraciones y ayuda a fluidificar las secreciones de las vías respiratorias, evitando irritación de las mucosas.

La fisioterapia es de utilidad para aflojar y permite la fluidez de las secreciones espesas facilitando su expulsión, evita también la congestión pulmonar, aumenta el intercambio gaseoso en los pulmones mejorando la función respiratoria.

Los cambios de posición influyen también en el intercambio de oxígeno y CO_2 en los pulmones, impidiendo complicaciones como la neumonitis hipostática por congestión al acumularse las secreciones. También se evitan las escaras de decúbito.

La posición semi - Fowler permite una mejor oxigenación y en los campos pulmonares se distribuye mejor el CO_2 .

La diálisis peritoneal ayuda a eliminar los productos de desechos (azoados). Los analgésicos eliminan el dolor, ya que actúan en las terminaciones nerviosas periféricas bloqueando los impulsos dolorosos. Los antibióticos

eliminan las infecciones actuando a nivel celular destruyendo paulatinamente a la bacteria.

EVALUACIÓN

Los objetivos no se logran en su totalidad, ya que el paciente cada día se deteriora más; la diálisis peritoneal se tuvo que suspender porque no soportaba el líquido en cavidad. Si se aplicaron los medicamentos indicados, pero el dolor disminuía solo por algunos instantes, la antibióticoterapia no disminuyó el cuadro de peritonitis.

El oxígeno, la fisioterapia y la movilización en cama así como la posición semi-Fowler, solamente lo soportaba por unos instantes refiriendo dolor abdominal intenso así como la presencia de náuseas y vómito.

2.4.2.-NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

2.4.2.1.- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Déficit de la autoalimentación, relacionado al dolor, náuseas, vómito, manifestando rechazo total a la comida, ingestión inadecuada de líquidos.

FUNDAMENTACIÓN

Las sensaciones conscientes de hambre y sed, se modifican por los diferentes factores de la enfermedad y pueden llegar a la inanición grave; el dolor, las

náuseas, y el vómito afectan el centro regulador (cuarto ventrículo) interviniendo en los estímulos nerviosos del aparato digestivo.

OBJETIVOS:

- Disminuir el dolor, las náuseas y el vómito, para que pueda ingerir su dieta.
- Mantener hidratado al paciente a través de solución parenteral. Para evitar un desequilibrio hidroelectrolítico.
- Instruir al paciente y a los familiares sobre la dieta y tipos de alimentos que puede ingerir.
- Verificar que la dieta del paciente sea la indicada, y considerar la presentación, aroma, temperatura y el aspecto.
- Asegurarse que el paciente esté cómodo y tranquilo como sea posible.

ACCIONES DE ENFERMERÍA:

- Canalización de una vena, periférica para la aplicación de soluciones parenterales y medicamentos indicados (analgésicos, antibióticos, antieméticos, antiulcerosos).
- Corregir el déficit de líquidos administrando la solución indicada.
- Proporcionar líquidos claros a tolerancia y dependiendo de su aceptación cambiar a una dieta blanda sin grasas, ni irritantes.
- Enseñar al paciente y sus familiares sobre el régimen dietético para el paciente con insuficiencia renal crónica.
- Realizar el procedimiento de diálisis peritoneal (baños) de acuerdo con las indicaciones y utilizando la técnica establecida.
- Cerciorarse a través del paciente o de los familiares sobre las comidas que le gustan (de acuerdo a la dieta) y a cuales tiene intolerancia.
- Llevar un control estricto de líquidos.

FUNDAMENTACIÓN:

El mantener una vía periférica funcional permite el acceso de cualquier solución endovenosa o medicamentos, además de su rápida acción, y absorción, pasando al líquido extracelular, actuando de inmediato los mecanismos homeostáticos corporales, también se corrige el déficit de líquidos evitando con esto la deshidratación y el equilibrio hidroelectrolítico, los líquidos por vía oral también son de utilidad para evitar la depleción celular, disipan el calor generado por la actividad metabólica y secretar los solutos derivados del metabolismo celular. El régimen dietético que se le debe enseñar al paciente y su familia es a base de frutas, verduras, carne de aves sin grasas, jugos naturales, evitar las carnes rojas, las dietas con reducido aporte nitrogenado y suplementados por proteínas de alto valor biológico, aminoácidos esenciales, evitan complicaciones renales.

La diálisis peritoneal elimina los desechos orgánicos (azoados), a través de un catéter (tenckhoff) en la cavidad peritoneal, evitando con esto un desequilibrio en la homeostasis (síndrome urémico).

El control de líquidos impide un desequilibrio hidroelectrolítico y el edema con fobia.⁽⁴⁾

EVALUACIÓN

No se lograron todos los objetivos, ya que el dolor, las náuseas y el vómito continuaron. Se mantuvo hidratado al paciente con soluciones parenterales en un promedio de 1000 ml. C/8 horas.

No fue posible que ingiriera alimentos, pero sí recibió la orientación en conjunto con los familiares. También no puede estar cómodo y tranquilo por los signos y síntomas que presenta.

2.4.3-NECESIDAD DE NUTRICIÓN Y ELIMINACIÓN.

2.4.3.1.- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Evacuaciones involuntarias de heces relacionada a la gastroenteritis, manifestadas por ser semilíquidas, escasas, de mal olor.

FUNDAMENTACIÓN

Las evacuaciones son semilíquidas debido a la infección intestinal ya que el resultado del copro reportan bacterias de *Escherichia coli* abundantes. Los agentes infecciosos que causan la diarrea aguda se adquieren por transmisión oral-fecal, por contaminación de los alimentos de un agente infeccioso, higiene personal deficiente, uso de agua no purificada, las carnes de res, cerdo o pollo contaminada y no es cocida adecuadamente. Produciendo aumento en las secreciones intestinal de líquido y electrolitos y falta de absorción de las sustancias intraluminales.

OBJETIVOS:

- Evitar que continúe con diarrea a través de la aplicación de antibióticos y antidiarreicos indicados.
- Prevenir el desequilibrio hidroelectrolítico, a través de la reposición de los mismos.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

- Administrar los medicamentos indicados así como las soluciones parenterales.
- Proporcionar el cómodo al paciente.
- Cuantificar el número y las características de las evacuaciones.

FUNDAMENTACIÓN

La reposición de líquidos y electrolitos es fundamental, con esta medida evitamos la deshidratación a todos los pacientes se les debe recomendar que beban líquidos y electrolitos con galletas saladas ya que los carbohidratos (glucosa) son absorbidos en el intestino delgado, lo que facilita la absorción de agua y sodio de la luz del intestino al comportamiento intravascular. En los pacientes que no toleran la vía oral se debe administrar los líquidos y la sal por vía intravenosa. Pudiendo utilizar solución salina isotónica con potasio de acuerdo al déficit.

EVALUACIÓN:

Se lograron los objetivos, la diarrea no continuó y se mantuvo hidratado al paciente.

El paciente colaboró en la cuantificación de las excretas y manifestó mejoría.

Las diuresis se mantuvieron en límites normales.

2.4.4-NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

2.4.4.1DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

alto riesgo de alteración del mantenimiento de la salud que se relaciona con el dolor abdominal intenso, limitando los movimientos en cama porque estos aumentan el dolor.

FUNDAMENTACIÓN

La inmovilidad o inactividad pueden ser causa de lesión del sistema músculo esquelético, surgiendo debilidad muscular; con esto prolongar mas la estancia hospitalaria, por complicaciones como atrofia muscular, disminución de la resistencia física para la actividad, deformidades, falta de coordinación, úlceras por presión, tromboflebitis y contracturas.⁽⁶⁾

OBJETIVOS:

-Fomentar la función motora con los cambios de posición, considerando la tolerancia al movimiento.

-Orientar al paciente a afrontar los factores que contribuyen a la fatiga y a organizarlos dentro de los límites de su capacidad.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

- Colaborar con el paciente en cualquier movimiento o cambio de posición.
- Estimular al paciente a que participe en las diferentes posiciones.

- Favorecer gradualmente su movilización, en su entorno físico, proporcionándole dispositivos que requiera para su seguridad.
- Protegerlo de lesiones, indicándole los movimientos de rotación, flexión, extensión e hiperextensión de cuello y extremidades superiores e inferiores.
- Darle masaje en zonas vulnerables en cada cambio de posición.

FUNDAMENTACIÓN

Cuando se realiza actividades dentro de la capacidad del paciente, se previene el esfuerzo intenso, fatiga innecesaria y lesiones músculo esqueléticas. Toda actividad corporal acelera el metabolismo, mejorando la irrigación de todos los órganos, también provee, una mejor oxigenación cerebral, aumentando la síntesis de proteínas y acelera el desecho de productos tóxicos, previniendo la pérdida de la función por inactividad duradera de cualquier articulación o músculo. Las zonas donde se está ejerciendo presión por periodos prolongados son vulnerables a la aparición de eritema y palidez, con la aplicación de masaje en ese lugar se favorece a la mejor circulación y se evita formación de escaras.⁽⁷⁾

EVALUACIÓN:

Los objetivos se cumplieron en su totalidad, ya que se identificaron rápidamente las limitaciones en las funciones del cuerpo, se implementaron los ejercicios y cambios de posición con la colaboración del paciente.

2.4.5.-NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

2.4.5.1DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Alteración del patrón del sueño y descanso, que se relaciona al dolor abdominal intenso y mal estar general, evidenciado por insomnio, durmiendo solo periodos breves.

FUNDAMENTACIÓN

El sueño es el estado fisiológico de inconsciencia, y se puede ver alterado o bien presentar alguna dificultad para conciliarlo (insomnio) y se manifiesta cuando existe alteraciones patológicas de cualquier órgano, el dolor, las nauseas y el vomito alteran el sistema simpático y parasimpático que mandan señales a través de las diferentes terminaciones nerviosas haciendo que se modifique el patrón del sueño.

OBJETIVOS.

- Evitar que continúe con el dolor, para mejorar el reposo y sueño.
- Realizar medidas asistenciales que ayuden a conciliar el sueño.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

- Aplicación de los medicamentos indicados y en los horarios establecidos.

- Organizar los procedimientos que se le realizan con el menor número de molestias y ruido.
- Hablar con el paciente, para ayudar a aliviar la tensión.

FUNDAMENTACIÓN

Cuando una persona se relaja y no sufre tensiones, el reposo y sueño ocurren mejor, el relajamiento puede ser fisiológico o bien inducido por algún fármaco, el concienciar al paciente de la importancia del descanso es de suma importancia ya que de esta manera el coopera al realizar alguna técnica de relajación.

EVALUACIÓN

No se logran todos los objetivos, porque el paciente continúa con insomnio, debido a que el mal estar general no disminuye, y únicamente duerme por periodos muy breves.

2.4.6-NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

2.4.6.1 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Déficit en el vestido manteniendo su aspecto en un nivel poco satisfactorio, que se manifiesta por mal estar al no poder realizar esta actividad por si solo.

FUNDAMENTACIÓN

Cuando existe dificultad para vestirse se experimenta una afectación de la capacidad para realizar una actividad que es cotidiana y que se lleva a cabo por sí mismo.

OBJETIVO.

Lograr que el paciente ejerza esta actividad para poder mantener su derecho de individualidad e intimidad.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

- Colaborar con el paciente en el cambio de ropa.
- Proporcionar batas adecuadas y mantener su intimidad durante el vestido.

FUNDAMENTACIÓN

Si el paciente se siente confortable y cómodo esto ayuda a mejorar su estado de ánimo, la individualidad es un derecho de todo paciente y le permite usar ropa que el elija de acuerdo a sus creencias y valores.

EVALUACIÓN:

No se logra el objetivo en su totalidad, ya que fue muy difícil que el paciente se vistiera por sí mismo, y es necesario la colaboración de otra persona.

2.4.7-NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

2.4.7.1DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Alteración del bienestar en relación con hipertermia, relacionado con la peritonitis, y se manifiesta con aumento de la temperatura en las tardes y noches (hasta 38°C), deshidratación y mal estar general.

FUNDAMENTACIÓN

La hipertermia ocurre cuando la producción de calor excede a la capacidad de eliminación por cuatro motivos:

- 1.- excesiva producción endógena.
- 2.- excesivo calor ambiental.
- 3.- disminución en la capacidad de eliminación.
- 4.- enfermedades del hipotálamo.

En el caso de la fiebre es el propio hipotálamo el que eleva la temperatura en respuesta a estímulos como las citoquinas.

OBJETIVO.

Mantener la temperatura corporal a niveles normales, utilizando medios físicos, químicos y ropa adecuada.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

- Aplicar los medios (físicos y químicos) necesarios.
- Establecer un control a través de una curva térmica.

- Reponer líquidos por vía oral o parenteral para evitar la deshidratación.

FUNDAMENTACIÓN

La elevación de la temperatura corporal aumenta la cantidad de desechos metabólicos presentes en el organismo que requieren una cantidad adicional de líquido, para poder excretarlos por los riñones, lo que origina un déficit hídrico por pérdidas insensibles, eliminándose agua sin electrolitos complicándose a una concentración sérica de sodio (hipernatremia).

EVALUACIÓN:

No se logra el objetivo, por que tampoco se elimina la causa de la elevación intermitente de la temperatura; continuando con fiebre en las tardes y noches, disminuyen con medios físicos, pero al día siguiente se vuelve a presentar.

2.4.8-NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

2.4.8.1 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Déficit de autocuidado en la higiene que se relaciona con la intolerancia a la actividad, movilidad muy limitada, por dolor, disminución, de la fuerza y resistencia para poder realizar cambios de posición.

FUNDAMENTACIÓN

Practicar la higiene tiene como resultado el bienestar físico para que se conserve limpia y en buen estado la piel y sus apéndices, cualquier déficit de la atención a uno mismo puede haber una afección de la función motora o

cognitiva, produciendo una disminución en la capacidad de efectuar alguna actividad. Las abrasiones en la piel consisten en un desgaste por fricción en epidermis y dermis originando dolor y pueden complicarse con infecciones por invasión de microorganismos.

OBJETIVOS.

-Evitar lesiones dérmicas (escaras) por reposo prolongado en cama o por no cambiar de posición.

-Promover la higiene corporal, bucal y el arreglo personal para evitar mala imagen y enfermedades oportunistas.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

- colaborar con el paciente en los movimientos en cama.
- valorar el grado de incapacidad y deterioro de la movilidad.
- ayudar al paciente en el baño diario de regadera o en cama lavado de dientes, arreglo del cabello, corte de uñas y lubricación de la piel con cremas.
- mantener la intimidad del paciente durante el baño y también su seguridad.
- estimular al paciente a que exprese sus sentimientos en especial la forma en que se siente, a través del dialogo.
- realizarle curación de la herida de entrada del catéter de tenckoff con agua y jabón y colocación de algún antimicrobiano, gasas estériles y tegaderm.

FUNDAMENTACIÓN

La movilización en cama contribuye a evitar lesiones en la piel y también al drenaje postural. El agua tibia relaja los músculos haciendo que aumente la circulación al dilatar los vasos sanguíneos. El personal de enfermería debe siempre crear medidas de seguridad, para prevenir accidentes, a través de continua vigilancia y apoyo; con los comentarios de apoyo se mejora la compresión del paciente. La aplicación de antimicrobianos, disminuye el número de microorganismos, favoreciendo a que sea más rápida la cicatrización, la asepsia de las heridas también hace que se eliminen microorganismos, hasta conseguir la granulación y cicatrización.

EVALUACIÓN:

Se logran los objetivos, el paciente coopera en todos los cuidados de higiene y protección de su piel.

No aparece ninguna lesión en la piel y siempre se mantuvo hidratada, el paciente siempre permaneció limpio; la herida de entrada del catéter se encuentra limpia y sin datos de infección.

2.4.9-NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

2.4.9.1DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Alto riesgo de lesión por la disminución en la movilidad, manifestada por postración en la cama por periodos prologados y necesidad de ser ayudado para moverse.

FUNDAMENTACIÓN

Las lesiones como resultados potenciales pueden presentarse debido a las condiciones de adaptación y a las defensas que logre implementar. También se origina debilidad corporal por lo que disminuye su actividad y capacidad para moverse y deambular como resultado puede haber deformidades y falta de coordinación.

OBJETIVOS:

- Prevenir accidentes a través de la implementación de medidas de seguridad en la cama.
- Realizar frecuentemente ejercicios activos, cambios de posición para favorecer a una adecuada circulación distal.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

- Instalación de barandales en la cama del paciente.
- Asistir al paciente en los cambios de posición, incorporación, ambulación y ejercicios activos.
- Identificar cualquier problema de seguridad e implementar las medidas necesarias para evitar accidentes.

FUNDAMENTACIÓN

A través de los cambios de posición se favorece al paciente que se encuentra por muchas horas postrado a que la piel se mantenga lo mas sana posible, evitando con esto infecciones y lesiones de los tejidos. Cuando se modifica en

entorno o algunas actividades que representan un riesgo se evitan alteraciones o lesiones.

EVALUACIÓN:

Se logran convencer al paciente y colabora con las actividades dentro y a veces fuera de su cama, evitando complicaciones de algún aparato o sistema. Por lo que los objetivos se cumplieron.

2.4.10-NECESIDAD DE COMUNICARSE.

2.4.10.1 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Dificultad para comunicarse verbalmente, se relaciona con el dolor abdominal, las náuseas y el vómito, manifestando tristeza, enojo, trastornos del sueño (insomnio).

FUNDAMENTACIÓN

La falta de comunicación verbal es un estado en el que se experimenta disminución o ausencia en la capacidad de poder emitir e intercambiar ideas, pensamientos, deseos de las diferentes actividades humanas.

OBJETIVOS:

- Disminuir el dolor y brindarle apoyo emocional, con frases de aliento.
- Contribuir con una terapia ocupacional para que pueda superar insomnio.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

- Hablar con el paciente de manera clara y precisa y permitirle la libre expresión verbal o de otro tipo, observándolo constantemente.
- Brindarle al paciente un ambiente cómodo, tranquilo y agradable para que la platica pueda ser alentadora.
- Comunicarse constantemente con sus familiares y darles información sobre la dificultad que tiene para comunicarse debido a los síntomas que presenta, invitándolos a que también participen en animarlo a comunicarse.

FUNDAMENTACIÓN

Cuando se emplea una técnica de comunicación terapéutica, ayuda al paciente a encontrar soluciones a sus problemas y los cambios que ha sufrido su cuerpo y su salud. Se le debe proporcionar material adecuado para que se le facilite establecer algún tipo de comunicación.

EVALUACIÓN:

No se logran los objetivos ya que el paciente continuaba con dolor, náuseas y vómito y no es posible dialogar constantemente.

2.4.11-NECESIDAD DE VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS Y VALORES.

2.4.11.1 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Angustia espiritual al expresar su preocupación sobre las complicaciones de su enfermedad, manifestando mal estar general e intenso dolor abdominal.

FUNDAMENTACIÓN

Los valores y creencias del ser humano, casi siempre experimentan cambios y se intensifican cuando existe alguna enfermedad, y llegar a presentar angustia que puede ir aumentando o disminuyendo de acuerdo al proceso patológico; pero constituyen una fuente de esperanza y de fuerza y significación para la vida.

OBJETIVO.

Respetar los valores y creencias del paciente y orientarlo sin adoptar una actitud o postura de discusiones o juzgar.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

- Ofrecerle un ambiente de confianza para que el paciente nos manifieste sus dudas e ideas, preocupaciones u otros sentimientos.
- Manifestarle que el es muy importante y que se le quiere ayudar en todo momento.
- Solicitar apoyo al servicio de psicología para una mejor orientación.

FUNDAMENTACIÓN

El personal de enfermería siempre debe de tener tiempo para escuchar a los pacientes y tener paciencia para brindarle un ambiente de confianza y a la vez orientarlo de acuerdo a los sentimientos que el manifieste, valorando su autoestima para poder conducirlo a encontrar un sentido positivo a la vida y que siempre existe una razón de la existencia. Los sacerdotes o consejeros religiosos así como los psicólogos son las personas mas adecuadas para intensificar las creencias y valores de todo individuo.

EVALUACIÓN:

No se logran en su totalidad los objetivos, ya que el paciente continuo con dolor, y mal estar general, por que lo la angustias era constante aun con la orientación.

2.4.12-NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

2.4.12.1 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Intolerancia a la actividad y esfuerzo físico, relacionado con su enfermedad (complicaciones) dolor abdominal, manifestandose apatía, astenia, adinamia, mal estar general

FUNDAMENTACIÓN

El dolor abdominal a causa de la peritonitis, siendo lo principal de que el paciente no lleve a cabo su rol habitual por que las terminaciones nerviosas libres están repartidas en las capas superficiales de la piel, así como en los tejidos internos. El dolor se clasifica en dos tipos fundamentales dolor rápido y dolor lento, el primero aparece en menos de una décima de segundo cuando se aplica un estímulo doloroso, el segundo se inicia solo después de un segundo o mas y puede ir aumentando en el curso de muchos segundos y a veces de minutos.

OBJETIVOS:

- Proporcionar al paciente mayor apoyo psicológico, convencerlo que pronto se sentir bien y podrá realizar sus actividades normales.
- Apoyar al paciente en todo momento para la realización de alguna actividad en su cama.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

- Proporcionar los cuidados generales y específicos en la cama del paciente.
- Comentarle la necesidad del movimiento en cama y respetar sus decisiones.

FUNDAMENTACIÓN

La poca movilidad hace que haga menos tensión de los músculos así como de las señales nerviosas por lo tanto no aumenta el dolor.

EVALUACIÓN:

No se logran los objetivos, el paciente continua con el dolor de tipo lento y este aumenta cada vez que se le realiza alguna actividad y que es necesario movilizarlo.

2.4.13-NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

2.4.13.1DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Déficit de las actividades recreativas en relación con los bajos niveles de energía que tiene, manifestandose por la escasa movilización por la intensidad del dolor y el mal estar general.

FUNDAMENTACIÓN

Cuando persiste el déficit en las actividades recreativas, existe la posibilidad de presentar complicaciones y que se desencadenen los acontecimientos potenciales, además influye en el estado de animo y esto puede ser controlado en ocasiones por el paciente, pero dependiendo de la enfermedad.

OBJETIVOS:

- Motivar al paciente para que se interese y participe en las actividades para su auto cuidado.
- Orientar a los familiares para colaboren en las actividades tomando en cuenta sus limitaciones.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

- Estimular al paciente para que se interese y participe en los cuidados generales que se le proporcionan.
- Orientar al paciente de las actividades recreativas que puede desarrollar cuando egrese del hospital.
- Concientizar al paciente y familia de la importancia de los juegos como distracción así como de alguna actividad recreativa.

FUNDAMENTACIÓN

La motivación y estimulación aguda a que el paciente reflexione de acuerdo a sus sentimientos e inquietudes o bien lo que le esta ocasionando la falta de interés por alguna actividad. Las actividades físicas y mentales le dan al paciente momentos de esparcimiento ayudándolo a olvidar su enfermedad.

EVALUACIÓN:

No fue posible motivar al paciente en ningún momento ya que las complicaciones de su enfermedad impedían que se interesara en algo. Por lo que los objetivos no se lograron.

2.4.14-NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

2.4.14.1 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Alto riesgo de alteraciones del mantenimiento de la salud, en relación con las complicaciones de su padecimiento real, manifestandose con el dolor intenso abdominal, nauseas, vomito y mal estar general.

FUNDAMENTACIÓN

Con estas manifestaciones el paciente se puede mostrar incapaz de modificar su estilo de vida y su comportamiento de forma coherente con los nuevos cambios físicos y emocionales sufridos que pueden atentar su autoestima modificando su conducta, al sentir la imposibilidad física o de aprendizaje.

OBJETIVOS:

-Identificar las exigencias temporales y largo plazo de su estado de salud, el nuevo estilo de vida y su comportamiento.

-Hacer todo lo posible para ayudar al paciente a la adaptación de forma coherente de su estado de salud.

-Identificar los valores causantes y las expresiones de emoción, relacionadas con el deterioro de la adaptación del paciente y sus familiares.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

- Proporcionar constantemente apoyo emocional al paciente y sus familiares ya que el tratamiento será largo por las posibilidades de hemodiálisis.
- Identificar las prioridades y eliminar las actividades que no sean esenciales o bien que se puedan delegar.

FUNDAMENTACIÓN

Cuando se identifica las alteraciones que ha sufrido su cuerpo relacionado con las complicaciones debidas quizás a un mal manejo del catéter de tenckhoff, se determina la orientación que se le brindara para lograr una mejor adaptación y evitar nuevas complicaciones. También es importante identificar los cambios de roles que dificultan la adaptabilidad eficaz con respecto a su auto cuidado.

EVALUACIÓN:

No se logran todos los objetivos, ya que no es posible que el paciente se adapte a estos complicaciones que presenta. Si se logra identificar los valores y expresiones pero no pueden cambiarse debido al mal estar general constante.

3.-PLAN DE ALTA.

Se menciona las actividades que debe realizar el paciente y familia con respecto a su auto cuidado, orientándolo de acuerdo a su nivel sociocultural, indicándole los cuidados que tiene que llevar a cabo en su domicilio con el apoyo de algún familiar, cuando egrese del hospital, todo esto con la finalidad de que no vuelva a tener complicaciones (infecciones).

3.1.-Dieta:

La dieta debe ser baja en purinas lo que significa que las carnes rojas no debe exceder de 100 gr., cada tercer día, así como las grasas de origen animal (carne de cerdo), ya que los productos terminales de estas dietas aumentan el ácido úrico, urea y creatinina. Por lo que se recomienda la siguiente guía nutricional.

3.2.- Guía nutricional:

- Carne de res (100 gr. C/3 día) un bistec normal, de preferencia asado.
- Carne de pollo (sin piel).
- Pescado (en caldo natural o asado).
- Huevos bien cocidos, de preferencia sin grasas (2 a 3 veces por semanas).
- Frutas y verduras desinfectadas (los de preferencia).
- Vegetales bien cocidos (zanahoria, jitomate, papas, calabaza, chayote, elote, betabel, coliflor).
- Pasta para sopa, arroz, avena, harina de arroz, maizena, galletas marías.
- Agua natural o de frutas naturales.

- Evitar exceso de refresco embotellados (coca-cola, pepsi-cola, etc.).
- Evitar las grasas saturadas: Carne de cerdo, la manteca, la leche y sus derivados, carne de cordero, chorizo, atún, sardina, longaniza, chuletas ahumadas, tocino, aguacate, nuez, cacahuete.

3.3.- Baño (aseo personal):

La higiene personal debe ser diaria, con agua y jabón de su preferencia; se le recomienda proteger el catéter de tenckhoff, o la fistula arterial de tal forma que no entre agua y si llegara a mojarse debe realizarse asepsia con la técnica indicada y nuevamente cubrir la entrada del catéter y al catéter mismo. Se le indica que los catéteres o fistulas arteriales se protegen para evitar entrada de microorganismos y la proliferación de los mismos, pueden durar mas de un año para realizar su cambio sin ningún problema.

3.3.- Vestido:

La ropa de uso diario debe ser limpia y debe ser holgada o floja sobre todo cuidar que sobre el área del catéter o fistula arterial no se encuentre con demasiada presión directa, y que siempre debe estar protegida por gasas y una pequeña venda elástica.

3.4.- Actividades:

Puede disfrutar de sus actividades favoritas.

Evitar deportes en los cuales pueda ser golpeado en las áreas del catéter o fistula arteriovenosa.

Si sale de vacaciones, recordar siempre que debe llevar el material necesario para realizarse sus cuidados. Debe evitar trabajos en los cuales realice demasiado esfuerzo.

3.5.- Cuidados de la piel:

Por el padecimiento crónico degenerativo que el paciente presenta la piel tiende a estar deshidratada e irritada, por lo que se le recomienda utilizar una crema lubricante y debe ser valorado por dermatología en caso necesario.

3.6.- Curación del catéter o fistula arteriovenosa:

De preferencia la curación debe ser en el hospital con la técnica establecida, (utilizando guantes estériles, gasas, cubre bocas, jabón quirúrgico o isodine espuma, agua inyectable, apósitos estériles, vendas, micropore o tegaderm), y debe ser cada 3/er. Día, cuando el paciente asiste a su programa o sesión de diálisis o hemodiálisis.

Pero se le indica que si llega a mojarse alguna de estas áreas, él puede realizarse la curación, con el material que se le proporcione, teniendo en cuenta que debe lavarse las manos antes y después del procedimiento.

3.7.- Medicamentos:

Furosemide 40 Mg. Vo. C/24 vo. Horas.

Enalapril 10 Mg. Vo c/24 horas.

Fumarato ferroso 1 tableta vo. C/24 horas.

Calcitriol .25 Mg. Vo. C/24 horas.

Ranitidina 150 Mg. Vo. C/12 horas.

Eritropoyetina 4000 vi. Subcutánea C/7 días.

3.8.-Reposo:

El descanso es fundamental y debe dormir 6 horas diarias evitando los desvelos.

3.9.-Complicaciones:

Una probable peritonitis; salida de material purulento por el orificio de entrada del catéter o fistula, el calentamiento y sangrado e inflamación eritema de la misma área, también debe alertar al paciente y acudir inmediatamente al servicio de urgencias del hospital.

CONCLUSIONES:

Cuando inicié y decidí elaborar el proceso de atención de enfermería con la finalidad de titularme, siempre considere que iba a hacer un trabajo laborioso y que tenía que dedicarle mucho tiempo, además el paciente elegido se encontraba muy delicado y se hablaba de un posible traslado a un tercer nivel, esto también me preocupaba por el tiempo que disponía para reunir la información y sobre todo lograr los objetivos que ya estaba planeando.

Fueron seis días en los cuales tuve que desarrollar este trabajo, así que decidí continuar también por las tardes para poder complementar la información y además era el horario adecuado para dialogar con los familiares y con su médico tratante.

Conforme fui elaborando paso a paso el PAE, iba identificando la importancia que tiene como herramienta de trabajo en la práctica profesional de enfermería y que asegura dar una atención de calidad en todos los cuidados que ofrecemos diariamente durante los 365 días del año. Además nos acostumbramos a realizar algo que normalmente se nos olvida, la planeación de los cuidados con fundamentación científica y la evaluación de nuestro trabajo tan significativo y que muchas veces no lo valoramos como tal y no lo damos a conocer.

De manera general y muy objetiva debo reconocer que mis objetivos no se cumplieron en su totalidad, pero no fue por que se haya realizado mal alguna intervención de enfermería, si no que el diagnóstico real del paciente más las complicaciones potenciales que presentaba (peritonitis severa) intolerancia a la diálisis peritoneal, anorexia, náuseas, vómitos, diarrea, hicieron que cada día se

deteriorara mas y al sexto día decidieron sus médicos tratantes que se enviara de manera urgente a un tercer nivel vía aérea; solicite trasladarlo y me lo autorizaron ya que quería saber el seguimiento del paciente y sobre todo su evolución, salimos a las 21:00 horas, a la ciudad de México, D.F. y a las 23:30 horas ya nos encontrábamos en el Centro Medico Naval y lo estaban esperando en el servicio de urgencias los médicos de medicina interna y neurología, decidiendo inmediatamente que el paciente pasara al servicio de hemodiálisis para realizarle este procedimiento lo antes posible. Alas 04.00 horas el paciente ya habia sido hemodializado y manifiesta sentirse mejor, el dolor ya era muy leve y las nauseas y vómitos ya habían remitido.

Por la tarde fui nuevamente a visitar a mi paciente que se encontraba hospitalizado en el servicio de medicina interna ya había comido y estaba escuchando música y platicando con su esposa, le pregunte sobre su evolución y me contesto que ya estaba bien y que iba a continuar con el programa de hemodiálisis cada tercer día (el catéter de tenckoff ya se lo habían retirado), me despide por que ya tenia que regresar nuevamente a mi hospital de adscripción; me agradecieron por todo lo que habiamos hecho y mandaron saludos para todo el personal medico y de enfermería.

Al finalizar el presente trabajo reflexiono nuevamente y analizo que no se trata únicamente de aplicar todo lo que se nos enseña en las aulas durante el proceso básico de educación profesional; sino también es ir adquiriendo conocimientos y experiencias y porque no actualización ya que es necesario la consulta forzosa de diferentes bibliografías.

Además no se trató únicamente de un trámite administrativo para lograr la titulación, puedo estar seguro que fomento ampliamente en mi ámbito profesional, moral y espiritual, al estar continuamente con el paciente y que además ya lo conocía así como a sus familiares, solo que en esta ocasión estaba con un deterioro importante de su salud y el sentir que le fue de utilidad el permanecer a su lado por seis días brindándole cuidados de enfermería y apoyo emocional, hace que cada vez continúe esforzándome por superarme y continuar con nuestra noble labor de servir a quien lo necesite, siempre con una tendencia holística y Ética profesional.

BIBLIOGRAFIA

1. ALFARO, ROSALINDA. *aplicación del proceso de enfermería*. EDIC. 2ª. ED. MOSBY, MEXICO, 1995.
2. BEESON, PAUL. *principios de cuidados intensivos*. TOMO II. ED. INTERAMERICANA, MEXICO, 1998.
3. BERKOW, ROBERT. *el manual de merck*. EDIC. 8a. DOYMA, MEXICO, 1994.
4. BERNE, ROBERT. *fisiología*. ED. MOSBY YEAR BOOK, ESPAÑA 1992.
5. BRUNNER, L. SUDAD. ET.al *manual de enfermería medico-quirúrgica*. VOL. 2. ED. INTERAMERICANA, MEXICO, 1990.
6. CARPENITO, LINDA. J. *manual de diagnóstico de enfermería*. EDIC. 4ª. ED. INTERAMERICANA, ESPAÑA 1993.
7. DIAGNÓSTICO DE LA NANDA. EDICIÓN 4a. EDITORIAL. INTERAMERICANA MEXICO D.F. 1999.
8. DUEÑAS. *El proceso atención de enfermería*, consultado el 26 de agosto del 2003 en <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>.
9. FERNANDEZ, CARMEN. ET. AL. *el proceso de atención de enfermería*. ED. EDICIONES CIENTÍFICAS Y TÉCNICAS, S.A. MEXICO, 1993.

10. GAYTON, ARTHUR. *tratado de fisiología medica*, EDIC. 8ª. ED. INTERAMERICANA, MEXICO, 1992.
11. GOODMAN, ALFRED. ET. AL. *las bases farmacológicas de la terapéutica*. EDIC. 6a. ED. PANAMERICANA, BUENOS AIRES, 1993.
12. KOZIER, BARBARA. ET. AL. *enfermería fundamental, conceptos, procesos y practica*. TOMO II, EDIC. 4ª. ED. INTERAMERICANA, MEXICO, 1993.
13. SHOLTIS, B.L. ET. AL. *enfermería medico quirúrgica*. VOLS. I y II. EDIC 7a. ED. INTERAMERICANA, MEXICO, 1992.