



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

***“ALTERACIÓN DE LA ELIMINACIÓN URINARIA ASOCIADA A
CONCENTRACIONES ELEVADAS DE
GLUCOSA EN SANGRE.”***

**Que para Obtener el *título de Licenciada en Enfermería y
Obstetricia* presenta:**

PAOLA ROJO LUNA

No. de Cuenta – 40205414-2.

DIRECTOR ACADEMICO:

L.E.O. Federico Sacristán Ruiz.

Febrero del 2007.



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.

AGRADECIMIENTOS

A Dios que me dio la gracia de vivir, guiarme y protegerme en todo momento.

A Papá y Mamá que son los seres que me dieron la vida y que han creído en mí.

Ha llegado la hora de plasmarles mi AMOR y darles las GRACIAS por haber luchado y dirigirme por un buen camino. El éxito de ustedes es el darme estudios y el mío es haber concluido una carrera, como fruto de esto es la titulación.

Al igual que esas personas tan especiales que forman parte de mi vida, mis Profesores que han ayudado a mi formación y Familia.

“A quienes la ilusión de su vida ha sido convertirme en persona de provecho.

A quienes nunca podré pagar todos sus desvelos ni aun con las riquezas mas grandes del mundo. Porque gracias a su apoyo y consejo he llegado a realizar la mas grande de mis metas. La cual constituye la herencia más valiosa que pudiera recibir. Deseo de todo corazón que mi triunfo profesional lo sientan como suyo.”

GRACIAS DE TODO CARAZON.

Con Amor, Admiración y Respeto.

Paola Rojo Luna.

INDICE

Introducción.
Justificación.
Objetivos.
Metodología del trabajo.

Capitulo I. Marco teórico.

- 1.1 Origen de las prácticas de cuidado.
- 1.2 Modelo.
- 1.3 Modelo de Virginia Henderson.
 - 1.3.1 Referencias y antecedentes personales.
 - 1.3.2 Principales conceptos y definiciones.
 - 1.3.3 Conceptos.
 - 1.3.4 Ejercicio profesional.
- 1.4 Proceso Atención de Enfermería.
 - 1.4.1 Ventajas del Proceso Atención de Enfermería.
 - 1.4.2 Etapas del Proceso Atención de Enfermería.
- 1.5 El aparato urinario.
- 1.6 Hipertensión arterial.
- 1.7 La insuficiencia renal crónica.
- 1.8 Diálisis peritoneal.
 - 1.8.1 Cuidados al catéter.
 - 1.8.2 Complicaciones más frecuentes.
- 1.9 Intervenciones de Enfermería.

Capitulo II. Aplicación del proceso atención de Enfermería.

- 2.1 Presentación del caso.
- 2.2 Exploración física.
- 2.3 Valoración de las catorce necesidades según V. Henderson.
- 2.4 Jerarquización de necesidades.
- 2.5 Diagnósticos.
- 2.6 Plan de cuidados.
- 2.7 Plan de alta.

Conclusiones.
Sugerencias.
Glosario.
Bibliografía.

INTRODUCCIÓN

Colliere afirma que el cuidado apareció desde el origen de la vida humana y que gracias a ello la especie ha sobrevivido a través de los siglos y ha logrado desarrollar la vida de las personas a través de las experiencias ancestrales. Considerando que el término “cuidado” significa realizar, acciones o intervenciones para el mantenimiento de la vida y favorecer el desarrollo de las personas, con esta premisa la enfermera proporciona cuidados para el mantenimiento de la vida y posteriormente para promover su desarrollo holístico, y con este término enfatizar el carácter total del cuidado al considerar los diversos aspectos basados en lo biofisiológico, psicológico, social, espiritual y cultural.

Este Proceso Atención de Enfermería demuestra los cuidados que la enfermera proporciona a una mujer con alteración de la eliminación urinaria asociada a concentraciones elevadas de glucosa en sangre. Se toma como base el proceso de enfermería que corresponde a una metodología para valorar, diagnosticar, planear, ejecutar y evaluar los cuidados de enfermería en cualquier ámbito de desempeño de las enfermeras.

JUSTIFICACION

Los cuidados para el mantenimiento de la vida se han relacionado con todas las necesidades vitales fundamentales para que la vida continúe, cuidados para los cuales es indispensable conocer las costumbres y las creencias.

Los cuidados de enfermería son la expresión de una relación de interdependencia que solo tiene sentido y solo puede ser eficaz dentro de un circuito de intercambios, donde cada cual toma y recibe, se desarrolla y se forma a través de todo aquello que hace difícil la vida, al mismo tiempo despierta la vida de las personas cuidadas y de los cuidadores, la estimula, la hace mas creadora y libera su posibilidad de ser, de afirmarse mutuamente como actores sociales. Al tener una optima interacción enfermera-paciente se tiene como resultado conocer a la persona con mayor profundidad, así se dispone de una amplia valoración que le permite elaborar diagnósticos de salud, reales y potenciales. Estos constituyen la base para proporcionar cuidados de calidad con el objetivo de limitar el daño y brindar educación para la salud. Por todo lo expuesto anteriormente, se ha decidido aplicar un proceso de enfermería a una mujer con alteración de la eliminación urinaria asociada a concentraciones elevadas de glucosa en sangre, brindando cuidados holísticos basados en el modelo de Virginia Henderson.

Las 14 necesidades básicas descritas por Virginia Henderson son: Respirar normalmente, comer y beber adecuadamente, eliminar por todas las vías corporales, moverse y mantener posturas adecuadas, dormir y descansar, escoger ropa adecuada: vestirse y desvestirse, mantener la temperatura corporal dentro de límites normales, mantener la higiene corporal y la integridad de la piel, evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas, comunicarse con los demás expresando necesidades, emociones temores y opiniones, vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias, ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal, participar en actividades recreativas, aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

Para Virginia Henderson la necesidad no significa carencia sino, requisito y aunque algunas podrían considerarse esenciales para la supervivencia física, todas son requisitos fundamentales para mantener la integridad, entendida como la armonía de todos los aspectos del ser humano.

OBJETIVOS

Objetivo General.

- ❖ Elaborar un Proceso Atención de Enfermería que me permita sustentar el examen profesional para obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia,

Objetivos Específicos.

- ❖ Proporcionar cuidado holístico a una mujer con alteración de la eliminación urinaria asociada a concentraciones elevadas de glucosa en sangre.
- ❖ Realizar la valoración a la mujer con base en las 14 necesidades que plantea Virginia Henderson, para asegurar la valoración integral que reúna los aspectos, biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.
- ❖ Construir los diagnósticos de enfermería a partir del análisis y síntesis de los datos objetivos y subjetivos, definiendo el tipo de diagnóstico.
- ❖ Priorizar las necesidades para decidir la ordenación de los diagnósticos de enfermería, la ejecución de los cuidados y alcanzar la efectividad de los mismos.
- ❖ Aplicación del pensamiento crítico para realizar la evaluación continua de los cuidados a través de la toma de decisiones en cada una de las etapas del proceso y realizar los ajustes necesarios con oportunidad.
- ❖ Proponer un plan de cuidados de enfermería domiciliario.

METODOLOGIA DE TRABAJO

Para la realización del Proceso Atención de Enfermería se eligió una persona que se encontraba en su hogar en la cual se le realizó la valoración de enfermería detectando las diversas necesidades de la señora Reina.

Se jerarquizaron las necesidades, luego de la obtención de datos objetivos y subjetivos los cuales ayudaron a la integración de diagnósticos de enfermería. En seguida se realizó el planteamiento de los objetivos conjuntos de enfermería y los que se dirigen a la señora Reina.

Una vez identificados los diagnósticos de salud, reales y potenciales se inició el plan de cuidados, que incluyó la determinación de prioridades, el establecimiento de objetivos y la decisión de las intervenciones de enfermería, tomando en cuenta el tiempo, el lugar, sin olvidar el registro documental del plan. Se puso en práctica el plan de cuidados lo que implicó realizar las intervenciones, al mismo tiempo se continuó valorando a la señora Reina, conversando y observando sus cambios en busca de nuevas necesidades.

Para finalizar este trabajo fue necesario recurrir a la consulta bibliográfica, para profundizar en el conocimiento de la situación de la salud del paciente, asimismo para la construcción del marco teórico que permite fundamentar las intervenciones de enfermería que se plasman en el plan de cuidados.

CAPITULO I. MARCO TEORICO

1.1 ORIGEN DE LAS PRÁCTICAS DE CUIDADO

Desde el comienzo de la vida, los cuidados existen. Los hombres, como todos los seres vivos, han tenido siempre la necesidad de cuidados, porque cuidar es un acto de vida que tiene como objetivo que la vida continúe y se desarrolle y, luchar contra la muerte: del individuo, del grupo o de la especie.¹

Cuidar es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación.

Respecto a la noción de cuidados, se distinguen dos tipos de naturaleza diferente:

Los cuidados de costumbre (habituales) o cuidados de conservación y mantenimiento de la vida: representan a todos los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como única función mantener la vida. Están basados en todo tipo de hábitos, costumbres y creencias. Estos cuidados representan el tejido y la textura de la vida, que asegura su permanencia y duración. A medida que contribuye a la vida de un grupo, nace todo un ritual de cuidados.²

Los cuidados de curación o tratamiento de la enfermedad: están relacionados con las necesidades de curar todo aquello que obstaculiza la vida. Además de los cuidados habituales para el mantenimiento de la vida, también son indispensables los cuidados de curación, los cuales exigen el tratamiento de la enfermedad.³

¹ Colliere, Marie –Françoise. Promover la Vida.; pp. 51 - 57.

² Ibidem.

³ Idem.

La diferencia de los cuidados se hacen aislando cada vez mas a cada individuo de su entorno, de su nicho ecológico, de su grupo, e incluso de si mismo, el objeto de la curación se ha convertido poco a poco en una función orgánica o mental aislada de todo aquello que se puede dar significado al proceso salud-enfermedad.⁴

Los cuidados de enfermería son la expresión de una relación de interdependencia que solo tiene sentido y solo puede ser eficaz dentro de un circuito de intercambios, donde cada cual toma y recibe, se desarrolla y se forma a través de todo aquello que hace difícil la vida, al mismo tiempo despierta la vida de las personas cuidadas y de los cuidadores, la estimula, la hace mas creadora y libera su posibilidad de ser, de afirmarse mutuamente como actores sociales.⁵

El proceso de los cuidados de enfermería: representa el conjunto de una acción curativa que requiere una etapa y un tiempo para recoger la información, para comprender y organizar esta información, para elaborar y poner en practica un proyecto de acción y de evolución de sus efectos.⁶

Por otra parte, es fundamental identificar en cualquier situación que requiere cuidados la diferencia entre cuidar y tratar, así como la distinta naturaleza entre:

Los cuidados para el mantenimiento de la vida relacionado con todas las necesidades vitales fundamentales para que la vida continúe, cuidados para los cuales es indispensable conocer las costumbres y las creencias.

Los cuidados de curación, solo tienen sentido relacionados con los primeros (exceptuando situaciones de urgencias muy limitadas y temporales, además no son tan evidentes).

⁴ Colliere, Marie –Françoise. Op cit.; pp - 339.

⁵ Ibidem.

⁶ Idem.

Relativizar los cuidados de curación integrándolos en el curso de los cuidados: sin aislarlos, sin convertirlos en todo acto de cuidar.

Desarrollar mediante el proceso de los cuidados de enfermería un gran campo de creatividad, incluso en el terreno tan desamparado y tan fundamental de los cuidados para el mantenimiento de la vida, que en contra de lo que se cree exigen muchos conocimientos y competencias.⁷

1.2 MODELO

Un modelo es la representación de la realidad, una analogía que nos ayuda a comprender algo que no podemos ver directamente o de una abstracción.

Se Clasifican en:

- ✓ Modelos concretos o modelos de la realidad.
- ✓ Son simulaciones o analogías que se reproducen algo que ya existe.
- ✓ Modelos abstractos o modelos para la realidad
- ✓ Representan un ideal.

Modelo Conceptual Enfermero.

Es un conjunto de conceptos y proposiciones generales y abstractas que están integradas entre si de forma sistemática y que proporcionan una estructura significativa para el ideal que presentan. Sus componentes son: asunciones científicas o postulados, asunciones fisiológicas o valores y Elementos; estos a su vez se dividen en:⁸

⁷ Colliere, Marie –Françoise. Op cit.; pp. 340 – 3341.

⁸ Luís, Rodrigo, M. et-al. De la Teoría a la Práctica.; pp. 29.

- ✓ Objetivos de los cuidados.
- ✓ Usuario del servicio.
- ✓ Rol profesional.
- ✓ Fuente de dificultad del usuario.
- ✓ Intervención de la enfermería.
- ✓ Consecuencia de la intervención.

1.3 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

No solo delimita claramente el campo de actualización propio, sino que incluye ayudar al paciente a seguir su plan terapéutico tal como fue iniciado por el médico.

Da una imagen de unicidad de la persona al conceptualizar al ser humano como un todo compuesto por aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí. Reconoce a la persona que posee el potencial de cambio, de afrontamiento, de interrelación con los demás y con el entorno y de competencia para ocuparse de sus propios cuidados.⁹

Propicia la toma de conciencia de las ventajas de desarrollar un estilo de vida sano y de mejorar o mantener un entorno saludable al afirmar que la persona/familiar actúa como agente de sus propios cuidados para alcanzar la independencia en la satisfacción de las necesidades básicas.¹⁰

Propone el método de solución de problemas, el proceso enfermero, como metodología adecuada para llevarlo a la práctica, ventaja que comparten los restantes modelos incluidos en las corrientes filosóficas de pensamiento de la categorización y de la integración. Permite utilizar la taxonomía diagnóstica

⁹ Luís, Rodrigo, M. et-al. Op cit.; pp. 32.

¹⁰ Ibidem.

de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) para formular los problemas identificados.¹¹

1.3.1 Referencias y Antecedentes Personales.

Virginia Avenel Henderson (1897-1996).

Nació en Kansas City, Missouri el 19 de Marzo de 1897.

En 1918 a la edad de 21 años inicia sus estudios de enfermería en la [Escuela](#) de Enfermería del Ejército en Washington D. C.

En 1921 se gradúa y trabaja como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de [Nueva York](#).

En 1922 inicia su carrera como docente en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia.

En 1926 ingresa al Teachers College de la [Universidad](#) de Columbia, donde obtuvo los títulos de Licenciada en 1932 y magíster en [arte](#) en 1934.

En 1929 ocupa el cargo de Supervisora Pedagógica en la Clínica Strong Memorial Hospital de Rochester de Nueva York. Se desarrollo como autora e investigadora; publicó la sexta edición del libro Principios y Prácticas de Enfermería en 1918, Este texto ha constituido parte del programa de estudios de diversas escuelas de enfermería, sus textos clásicos se han traducido en más de 25 idiomas.¹²

En 1930 a su regreso al Teachers College es miembro del profesorado y dicta curso sobre las [técnicas](#) de [análisis](#) en enfermería y prácticas clínicas en esta [Universidad](#) hasta 1948.

¹¹ Idem.

¹² Marriner, Tomey, A. y Raile, A. M. Modelos y Teorías de Enfermería.; pp. 99.

En 1948 hasta 1953 realiza la revisión a la quinta edición del Textbook of the Principles and practice of Nursing, de Berta Harmer publicado en 1939.

En 1955 publica la sexta edición de este [libro](#) que contenía la Definición de Enfermería de Virginia Henderson.

En 1953 ingresa a la [Universidad](#) de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la [investigación](#) de Enfermería.

En 1959 a 1971 dirige el [Proyecto](#) Nursing Studies Index, subvencionado por la Universidad de Yale. Este fue diseñado como un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la [bibliografía](#), [análisis](#) y [literatura](#) histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959.

En 1960 su folleto Basic Principles of Nursing Care Para el International Council of Nurse.

En 1953 hasta 1958 trabajo en el [Proyecto](#) dirigido por Leo W Simmons, quien edito durante cinco años una [Encuesta](#) Nacional sobre la [Investigación](#) en Enfermería la cual fue publicada en 1964.

En 1966 pública su obra The Nature of Nursing aquí describe su [concepto](#) sobre la [función](#) única y primordial de la enfermera.

En Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada emérita de [investigación](#) en la Universidad de Yale y sus conclusiones e influencia en esta profesión la han hecho merecedora de más de nueve títulos doctorales honoríficos y del primer premio Cristiane Reimann.¹³

En la década de los 80, Henderson permaneció activa como socia emérita de investigación y recibe nueve títulos doctórales honoríficos de las siguientes Universidades:

- ✓ Catholic University.
- ✓ Pace University.

¹³ Marriner, Tomey, A. y Raile, A. M. Op cit.; pp. 100.

- ✓ University of Rochester.
- ✓ University of Western Ontario.
- ✓ Yale University.
- ✓ Old Dominion University.
- ✓ Boston College.
- ✓ Thomas Jefferson University.
- ✓ Emery University.

Es honrada con el primer Premio Christiane Reimann, con el Premio Mary Adelaide Nutting de la National League for Nursing de los [Estados Unidos](#), fue elegida miembro honorario de la American Academy of Nursing, de la Association of Integrated and Degree Courses in Nursing, Londres y de la Royal College of Nursing de [Inglaterra](#).

En 1983 recibió el Premio Mary Tolle Wright Founders de la Sigma Theta Tau Internacional por su labor de [Liderazgo](#), uno de los más altos honores de esta [sociedad](#).

La [Biblioteca](#) Internacional de Enfermería de la Sigma Theta Tau fue bautizada con el nombre de Virginia Henderson.¹⁴

En 1978 publica la sexta edición de The Principles of Nursing fue elaborada por Henderson y Gladis Nite, editada por Virginia.

En 1988, en la convención de la American Nurses Association (ANA) recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y a la profesionalidad en la enfermería a lo largo de su vida.

Virginia Avenel Henderson fallece a la edad de 99 años, en su casa de [muerte](#) natural el 30 de Noviembre de 1996.¹⁵

¹⁴ Marriner, Tomey, A. y Raile, A. M. Op cit.; pp. 100.

¹⁵ Ibidem.

1.3.2 Principales Conceptos y Definiciones.

Enfermería.

- ✓ Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimiento necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo mas rápidamente posible.
- ✓ Actúa como miembro de un equipo médico.
- ✓ Actúa al médico, pero apoya su plan.
- ✓ Puede y debe diagnosticar, y aplicar un tratamiento cuando la situación así lo requiera.
- ✓ Debe tener nociones de biología como de sociología.
- ✓ Puede valorar las necesidades humanas básicas.
- ✓ Los 14 componentes del cuidado de enfermería abarca todas las funciones posibles de enfermería.¹⁶

Salud.

- ✓ Es la calidad de la propia vida, ese margen de vigor mental/físico, lo que permite a una persona trabajar con la mayor eficacia y alcanzar el nivel de satisfacción vital.
- ✓ Es fundamental para el funcionamiento humano.
- ✓ Requiere independencia e interdependencia.
- ✓ Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.
- ✓ Toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.¹⁷

Entorno.

¹⁶ Alfaro, Rosalinda, - Lefeure. El Pensamiento Crítico en Enfermería.; pp. 103.

¹⁷ Ibidem.

- ✓ Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.
- ✓ Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad pueden interferir en dicha capacidad
- ✓ Las enfermeras deben formarse en cuestiones de seguridad
- ✓ Deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas
- ✓ Deberán reducir al mínimo la posibilidad de accidentes
- ✓ Los médicos se sirven de las observaciones y valoraciones de las enfermeras en las que basan sus prescripciones para aparatos de protección
- ✓ Deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.¹⁸

Persona (Paciente).

- ✓ Un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, en donde el cuerpo y el alma son inseparables.
- ✓ Debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.
- ✓ El cuerpo y la mente de una persona no se pueden separar.
- ✓ Requiere de ayuda para conseguir la independencia.
- ✓ El paciente y su familia constituyen una anidad.
- ✓ Las necesidades del paciente están incluidas en los 14 componentes de enfermería.¹⁹

Necesidad.

En la obra de Henderson no aparece ninguna definición concreta de necesidad, aunque sí señala las 14 necesidades básicas del paciente. La satisfacción de cada una está condicionada por aspectos biológicos,

¹⁸ Alfaro, Rosalinda, - Lefeure. Op cit.; pp. 102 - 103.

¹⁹ Ibidem.

psicológicos, socioculturales y espirituales de la persona, mismas que se interrelacionan.²⁰

Henderson deduce que el concepto de necesidad no tiene el significado de carencia o problema sino de requisito y aunque algunos podrían considerarse esenciales para la supervivencia física, todas son requisitos fundamentales independientes para mantener la integridad, entendida como la armonía de todos los aspectos del ser humano.²¹

Catorce Necesidades.

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales
5. .Moverse y mantener posturas adecuadas.
6. Dormir y descansar.
7. Escoger ropa adecuada: vestirse y desvestirse.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando necesidades, emociones temores y opiniones.
11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.²²

²⁰ Alfaro, Rosalinda, - Lefeure. Op cit.; pp. 102 - 103.

²¹ Ibidem.

²² Idem.

1.3.3 Conceptos

Cuidados Básicos.

Conjunto de intervenciones terapéuticas, reflexionadas y deliberadas, basadas en un juicio profesional razonado y dirigidas a satisfacer las necesidades básicas de la persona, ya sea supliendo su autonomía en aquellos aspectos que lo requiera y ayudándola a desarrollar su fuerza, conocimientos o voluntad.²³

Independencia.

Nivel optimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su situación de vida, se refiere aquí y ahora.²⁴

Dependencia.

Desarrollo insuficiente del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas en el presente y en el futuro de acuerdo con su situación de vida a falta de una fuerza, conocimiento y voluntad.²⁵

Autonomía.

Capacidad física y psíquica de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.²⁶

²³ Alfaro, Rosalinda, - Lefeure. Op cit.; pp.101.

²⁴ Ibidem.

²⁵ Idem.

²⁶ Idem.

Agente de Autonomía Asistida.

Con este nombre se designa a la persona (familiar o persona allegada) que, cuando el usuario carece de autonomía. Hace por el ciertas acciones encaminadas a satisfacer aquellas necesidades susceptibles de cierto grado de suplencia: comer beber, eliminar, moverse y mantener una buena postura corporal, conservar la piel y mucosas limpias y cuidadas, y procurar un entorno seguro.²⁷

1.3.1 Ejercicio Profesional.

Su función principal es el cuidado directo del paciente, recibirá la compensación inmediata de observar un progreso en el mismo desde la dependencia a la independencia.

El método de Henderson para cuidar al paciente era deliberado y obligaba a tomar decisiones. Especifico las etapas del Proceso de Enfermería. Menciona la fase de la valoración, donde la enfermera deberá repasar en el paciente los 14 componentes de la atención básica en enfermería. La fase de la planeación, traza un plan que se ajuste a las necesidades del paciente, la actualización del plan según se requiera en función de los cambios, el registro y la confianza de que se adapta a la planificación prescrita por el médico. Las intervenciones son personalizadas, dependiendo de los principios fisiológicos, la edad, la formación cultural, el equilibrio emocional, la capacidad física y mental del paciente. Henderson evaluaba al paciente con arreglo a su grado de su independencia.²⁸

²⁷ Alfaro, Rosalinda, - Lefeure. Op cit.; pp.109 -111.

²⁸ Ibidem.; pp.106.

1.4 PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA.

El Proceso Atención de Enfermería es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería.

El Proceso Atención de Enfermería exige del profesional habilidades y destrezas afectivas cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros. Así mismo, se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales, del comportamiento y de pensamiento crítico. Todo esto es indispensable para ayudar a los sujetos de atención, para alcanzar su máximo potencial de salud.²⁹

La importancia del Proceso de Atención de Enfermería radica en asegurar la calidad de los cuidados al individuo, familia o comunidad, asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional y para quien la recibe, permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.³⁰

1.4.1 Ventajas del Proceso Atención de Enfermería.

Al paciente le permite participar en su propio cuidado, le garantiza una respuesta a sus problemas reales y potenciales, le ofrece atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la priorización de sus problemas. Al profesional, le facilita la comunicación, le concede flexibilidad en el cuidado, le genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo, le permite establecer objetivos de beneficio para el paciente y propicia el crecimiento profesional.³¹

²⁹ Alfaro, Rosalinda, - Lefeure. Op cit.; pp.106.

³⁰ Ibidem.

³¹ Idem.

1.4.2 Etapas del Proceso Atención de Enfermería.

El proceso se organiza en cinco etapas cíclicas, interrelacionadas y progresivas que a continuación se describen:

Valoración.

Es la primera etapa del proceso: la primera parte de la identificación del problema en la que se reúne información para asegurarse de que se dispone de todas las piezas del rompecabezas. Para saber el estado de salud del paciente y consiste en: la recogida y selección de datos, validación de datos, organización de los datos, anotación de los datos e identificación de las necesidades.

Recogida y Examen de los Datos.

Comienza en el momento en que se hace contacto con el paciente, esto es una valoración anterior. Es la primera etapa del proceso de enfermería: la primera parte de la identificación del problema en la que se reúne información para asegurarse de que se dispone de todas las piezas necesarias del rompecabezas para obtener una imagen clara del estado de salud del paciente Durante la interacción enfermera-paciente se siguen obteniendo más datos que sirven para evaluar problemas ya determinados y señalar otros nuevos.³²

Fuentes a Utilizarse para la Recogida de Datos.

Se deben usar todas las fuentes que sean posibles, sin embargo es importante recordar que el paciente debe ser considerado como la fuente básica de la información y las demás fuente se extraerán de la familia o de otras personas significativas, registro de enfermería, registro médico, consultas verbales-escritas, con otros profesionales del cuidado de la salud, registro de los estudios de salud y bibliografía relevante.³³

³² Alfaro, Rosalinda, - Lefeure. Op cit.; pp.107.

³³ Ibidem.

Fases para Reunir los Datos.

La recogida general de datos habitualmente se lleva a cabo en tres fases primera: se reúne información antes de ver al paciente. En la segunda fase se realiza la valoración de enfermería entrevistando, examinando y observando al paciente, en la tercera fase se revisan las fuentes utilizadas y se determina si hay otras que pueden ofrecer información adicional.³⁴

Tipos de Valoraciones de Enfermería.

- ✓ La recogida completa de datos incluye dos tipos de valoración de enfermería.
- ✓ Valoración de los datos básicos: se realiza durante la entrevista inicial con el paciente para reunir información sobre todos los aspectos de salud del paciente.
- ✓ Valoración focalizada. Realizada especialmente sobre el estado de un problema real o potencial.

Entrevista de Enfermería.

Lo que se ve y se oye durante la entrevista le aporta importante información para la valoración, la cantidad de datos obtenidos dependerá de las habilidades personales para establecer una relación de confianza y para observar, escuchar y preguntar las veces que sean necesarias.³⁵

Valoración Física de Enfermería.

Se realiza continuamente con la entrevista de enfermería, esto se consigue mediante un examen completo y sistemático del paciente donde se incluye: inspección, auscultación, palpación y percusión.³⁶

³⁴ Alfaro, Rosalinda, - Lefeure. Op cit.; pp.107.

³⁵ Ibidem.

³⁶ Idem.

Clasificación de los Datos.

- ✓ Subjetivos: Sensaciones y percepciones que refiere el paciente tales como: dolor, malestar.
- ✓ Objetivos: Son concretos y contables, tales como: los grados de temperatura, el peso, la talla, cifras de laboratorio entre otros.

Validación de Datos.

Se centra en asegurar que los datos obtenidos son reales, y nos ayuda a evitar omisiones de información pertinente, malas interpretaciones de situaciones y precipitarse en situaciones o centrar la atención en una dirección equivocada.³⁷

Organización de los Datos.

Tras haber reunido y validado los datos del paciente, estará a punto para organizarlos o estructurarlos en categorías de información que le ayudaran a identificar las capacidades del paciente, y sus problemas de salud reales o potenciales. La forma en que se organicen los datos dependerá de los conocimientos, habilidades y referencias de la enfermera.

Diagnóstico.

Durante la valoración se ha reunido y examinado los datos y ha empezado a detectar los patrones de salud y enfermedad, ahora durante esta etapa, el diagnóstico, acabará de ordenarlo todo para identificar los problemas que serán la base del plan de cuidados y identificar las capacidades de la persona que serán usadas y reforzadas por la enfermera para desarrollar un plan de cuidados eficaz y eficiente.³⁸

³⁷ Alfaro, Rosalinda, - Lefeure. Op cit.; pp.107.

³⁸ Ibidem.; pp.108.

Componentes de un Diagnóstico de Enfermería.

El formato **PES** sugerido por Gordón consta de tres componentes, que permite confirmar la existencia de un diagnóstico de enfermería.

P Problema.

E Etiología o causa, utilizando las palabras "en relación a."

S Signos y Síntomas (características definitorias) utilizando las palabras "Manifestado por".³⁹

Planificación.

Consiste en la planeación documental de los cuidados de enfermería e incluye la jerarquización de los problemas reales y potenciales hay que formular las intervenciones de enfermería para prevenir, controlar, reducir o eliminar problemas. También puede ocurrir que los problemas que en un principio fueron prioritarios pasen a un segundo lugar por otros más importantes en ese momento.⁴⁰

Fijación de Objetivos.

Establecer objetivos es una parte necesaria de la fase de planificación del proceso de enfermería es importante asegurar que todos saben lo que se pretende conseguir y cuándo. Un objetivo es lo que la enfermera y el paciente desean alcanzar en un tiempo determinado. La enfermera debe de tener en cuenta al paciente o un familiar en caso de que este limitado para que externen su opinión, pueden ser a corto plazo pueden cumplirse con relativa rapidez, en menos de una semana o a largo plazo en varias semanas o meses.⁴¹

³⁹ Alfaro, Rosalinda, - Lefeure. Op cit.; pp.108.

⁴⁰ Ibidem.

⁴¹ Idem.

Ejecución.

Es la puesta en práctica del plan: Recogida y valoración de datos, realización de actividades de enfermería, registro de los cuidados de enfermería, comunicación verbal y escrita de lo ejecutado y mantener el plan actualizado.⁴²

Evaluación.

En esta fase se determinará como ha funcionado el plan de cuidados de Enfermería. Se realizará una nueva valoración exhaustiva de todo el plan de cuidados. Esta evaluación global ayuda a determinar si se ha elaborado el mejor plan de cuidados para el paciente. Identificando los cambios necesarios para superar este cada vez más cada uno de los planes.⁴³

1.5 EL APARATO URINARIO

El aparato urinario es el conjunto de órganos destinados a la producción y eliminación de la orina. Está formado por los riñones, los uréteres, la vejiga urinaria y la uretra. La orina se forma en los riñones y desciende por los uréteres hasta la vejiga urinaria, donde se almacena para su posterior eliminación por la uretra.⁴⁴

Los Riñones.

Los riñones son dos órganos gemelos situados en la parte media de la espalda, encima de la cintura, uno a cada lado de la columna vertebral. Tiene una forma ovalada; sus dimensiones son aproximadamente 12 cm. de longitud

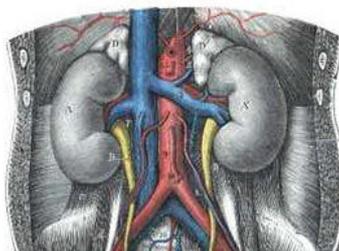
⁴² Alfaro, Rosalinda, - Lefeure. Op cit.; pp.108.

⁴³ Ibidem.

⁴⁴ Mancera, Gabriel – HGR. Diálisis, Hemodiálisis y Enfermería. p.p. 4 - 12

por 6 cm. de anchura y 3 cm. de grosor, con un peso de unos 150 g. Los riñones se comunican, a través de los uréteres con la vejiga. También se comunican con el sistema sanguíneo a través de dos conductos llamados arteria y vena renal⁴⁵

El uréter es un conducto de unos 25 cm. De longitud, que se inicia en la pelvis renal y desemboca en la vejiga urinaria. El uréter está constituido por músculo liso y su función es propulsar la orina desde los riñones a la vejiga.



Principales Funciones de los Riñones

Tienen diversas funciones de gran complejidad y de gran importancia dentro del conjunto del organismo. Podemos señalar seis funciones fundamentales:

1-. Filtrar y limpiar la sangre. La sangre entra a los riñones a través de las arterias renales. Dentro de los riñones la sangre se limpia al ser filtrada por las nefronas. La sangre limpia vuelve por medio de las venas renales al torrente sanguíneo.⁴⁶

2-. Eliminar el exceso de líquido y las toxinas (producen la orina). La función primordial de los riñones es eliminar el exceso de agua los productos no deseados disueltos en la orina. Los riñones se encargan de mantener la cantidad y la proporción de sustancias disueltas en el agua de nuestro cuerpo. Adaptan la producción de orina en función de la cantidad de comida y bebida que se haya tomado y de la cantidad de salidas que haya habido por otros medios como son las heces y el sudor. La producción de orina se realiza en los riñones y tras pasar por

⁴⁵ Mancera, Gabriel – HGR. Op cit.; pp. 4 – 12.

⁴⁶ Ibidem.; pp.8 – 16.

los uréteres se almacena en la vejiga. Cuando está llena, la orina sale al exterior por un orificio llamado uretra. En condiciones normales la cantidad de orina que se produce diariamente oscila alrededor de un litro y medio, debiéndonos alertar si la cantidad es mucho menor o mayor o si la orina presenta un aspecto turbio, rojizo o demasiado claro.⁴⁷

Los riñones reciben gran cantidad de sangre, que contiene agua con muchas sustancias disueltas o en suspensión, a través de sus arterias. La sangre circula constantemente por los dos millones de pequeños filtros (llamados glomérulos) que contienen los riñones. En los glomérulos es donde se filtra ese líquido que dará origen a la orina final que eliminamos. Según las necesidades de los riñones concentran más o menos la orina.

Los productos que tiene que eliminar son, sobre todo, los restos no útiles de las proteínas que contienen los alimentos y que se han utilizado para la renovación continúa de la estructura corporal: músculos, sangre, huesos, etc. Los desechos más abundantes, incluidos en la orina, y que se solicitan más a menudo en los análisis son: urea, creatinina, ácido úrico, calcio, fósforo y otros.⁴⁸

También otras sustancias se eliminan disueltas en el agua de la orina. Por ejemplo, muchos medicamentos son eliminados por los riñones. Esto es importante ya que estos medicamentos no podrán ser eliminados del organismo adecuadamente cuando se reduce mucho la función del riñón en enfermedades severas. Por ello, deberá comentar con su nefrólogo todas las medicaciones que tome o vaya a tomar.

3-. Mantener el equilibrio de las diferentes sustancias que hay en la sangre. Sustancias como pueden ser, el sodio y el potasio que nuestro cuerpo necesita. Ahorran o eliminan bicarbonato para mantener el pH de la sangre (grado de acidosis) y regulan el calcio y el fósforo esencial para nuestros huesos.⁴⁹

⁴⁷ Mancera, Gabriel – HGR. Op cit.; pp. 10 - 15.

⁴⁸ Ibidem.

⁴⁹ Idem.

4-. Contribuyen de manera decisiva a controlar la presión arterial. El riñón regula la tensión arterial mediante la eliminación de sodio (sal) y agua.

La importancia de la tensión arterial. Entre los problemas vasculares más frecuentes que originan la Insuficiencia Renal Crónica hay que destacar la hipertensión arterial.

La tensión arterial es la presión que padecen los vasos sanguíneos cuando la sangre sale del corazón (tensión arterial sistólica - alta) o cuando el corazón se llena (tensión arterial diastólica - baja).

Esta presión no es constante, varía a lo largo del día dependiendo de muchos factores: según hagamos reposo o estemos en movimiento, la temperatura (a más frío, mayor presión), si estamos nerviosos...etc. Pero, generalmente, su medición debe encontrarse dentro de unos límites, ya que fuera de ellos, de una forma continuada se puede producir daño renal.⁵⁰

1.6 Hipertensión Arterial

La hipertensión es una elevación de los valores medios provocada por distintas causas, y que tiene unos efectos nefastos sobre nuestra salud. Puede ser Esencial (90%) o de causa desconocida y Secundaria (10%) provocada por un fallo renal. El riñón, en estos casos, se manifiesta como agresor y como víctima. Por un lado el daño renal puede provocar hipertensión, y, por otro, la hipertensión provoca daño renal.⁵¹

Otros factores en el desarrollo de la hipertensión (factores ambientales, influencia genética, edad, sexo...). Es sabido que no se produce en aquellas sociedades que mantienen una dieta vegetariana ni en las sociedades subdesarrolladas. Esta enfermedad se produce en más del 26% de mujeres y

⁵⁰ Mancera, Gabriel – HGR. Op cit.; pp. 10 - 15.

⁵¹ Turcker, M. y Martin, S. Normas del Cuidado del Paciente. pp. 129, 130.

en más del 21% de hombres, siendo una de las principales causas de la Insuficiencia Renal Terminal.⁵²

¿Como se produce la Anemia?

Producen sustancias muy importantes para el organismo. Entre ellas, una, la eritropoyetina, necesaria para la producción de glóbulos rojos, que son los encargados de llevar el oxígeno de los pulmones por todo el organismo). De esta forma, evitan la anemia, que es la disminución de los glóbulos rojos en la sangre. Cuando hay anemia aparece palidez en la piel, cansancio, dificultad para concentrarse, menor resistencia al frío, pérdida de apetito, caída del pelo, palpitaciones, menor capacidad sexual.

Cuando el cuerpo detecta que la cantidad de oxígeno que hay en la sangre es baja, los riñones crean una sustancia llamada ERITROPOYETINA que hace que se formen más glóbulos rojos. Por ello, si los riñones fallan, disminuye la producción de esta sustancia y por lo tanto la formación de glóbulos rojos.⁵³

El objetivo es mantener siempre unas cifras adecuadas de glóbulos rojos en la sangre para poder realizar un nivel de actividad normal. Para ello, en muchas ocasiones se necesita tomar hierro. El hierro se podrá tomar en pastillas o intravenoso. El médico decidirá cual es el más adecuado en cada caso.⁵⁴

Para corregir la anemia se pueden necesitar sustancias que actúan como la Eritropoyetina. Normalmente estas sustancias se administran por vía subcutánea y se pueden poner por uno mismo de forma muy sencilla.

⁵² Turcker, M. y Martin, S. *op.cit.*; pp. 129, 130.

⁵³ PiSA, *Manual del Paciente Dializado.*; pp. 12.

⁵⁴ *Ibidem.*

1.7 LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Las enfermedades del riñón, en general, se conocen como nefropatías. Tienen una evolución variable:

- ✓ Unas veces se afecta bruscamente la función de los riñones, otras muy poco a poco.
- ✓ En ocasiones no tienen curación y el daño sigue su curso y en otras se consigue para la enfermedad y se recupera parte o prácticamente toda la función de estos órganos.

Debido a esta falta de función de los riñones se irán acumulando en el cuerpo sustancias no eliminadas en la orina. Esta situación puede descubrirse porque se sufran algunos síntomas o porque se observen datos anormales en los análisis y exploraciones ya que, a veces, es difícil darse cuenta de que se tienen los riñones enfermos.⁵⁵

Esta enfermedad puede no producir dolor ni malestar, y en muchos casos no se tendrá sensación de enfermedad, incluso aunque se haya perdido gran parte de la función renal.

La Insuficiencia Renal se produce cuando los riñones dejan de realizar sus funciones y son incapaces de fabricar orina, o si la fabrican es como “agua” sin eliminar las sustancias tóxicas de nuestro organismo.⁵⁶

El resultado es la acumulación de líquidos y desechos en el cuerpo que nos provocan malestar, y que resulta muy peligroso para la vida.

Podemos diferenciar entre la Insuficiencia Renal Aguda, los riñones dejan de trabajar repentinamente debido a diversas causas (accidentes,

⁵⁵ PiSA, op cit.; pp. 9, 10.

⁵⁶ Mancera, Gabriel – HGR. Op cit.; pp. 32 – 38.

intoxicación...) y generalmente puede curarse. En la Crónica, los riñones van dejando de funcionar paulatinamente como consecuencia de una enfermedad y no se puede curar, evolucionando a una Insuficiencia Renal Permanente, llamada con frecuencia también como Insuficiencia Renal Terminal.

Si la insuficiencia renal progresa a fases muy avanzadas, existen tratamientos que sustituyen la función de los riñones. Si se llega a la situación en que una modalidad de diálisis es necesaria para suplir el trabajo de los riñones, tanto la hemodiálisis como la diálisis peritoneal hacen que se recupere la sensación de bienestar perdida y la mejoría del funcionamiento de los sistemas corporales. Cuando un riñón es trasplantado de forma satisfactoria, puede sustituir completamente la función renal.⁵⁷

Causas

Muchas pueden ser las causas que nos lleven a una insuficiencia renal y dependen en gran medida de la edad del paciente. Ha habido un cambio significativo en las causas de la Insuficiencia Renal Crónica en los últimos tiempos. Mientras en los años 70 las causas fundamentales eran por orden de importancia: glomerulonefritis con un 15%, problemas vasculares (hipertensión arterial) en el 34%, diabetes (tipo II asociada a obesidad a veces) con un 19%, y otras 1%.⁵⁸

Principales Síntomas de la Enfermedad

Los síntomas que nos alertarán de la enfermedad son: es el aumento o disminución del número de veces que se orina, necesidad de orinar por la noche, falta de apetito, cansancio, náuseas y vómitos, dolores de cabeza,

⁵⁷ PiSA, op cit.; pp. 9, 10.

⁵⁸ Mancera, Gabriel – HGR. Op cit.; pp. 32 – 38.

hinchazones (sobre todo en párpados y piernas), insomnio, dificultad al respirar, además de picores, quemazón plantar, inquietud de piernas, dolor de huesos, color de piel amarillento, mal aliento, interés sexual disminuido.

La Función Renal

La función de limpieza y balance de líquidos, el riñón controla directamente la producción de sangre al fabricar una sustancia llamada eritropoyetina. Los riñones detectan el nivel de glóbulos rojos en la sangre y fabrican esta sustancia que es enviada a la médula de los huesos para contribuir a la fabricación de más glóbulos rojos. Los riñones también se encargan de hacer que la vitamina D que tomamos con los alimentos se active y contribuya a mantener el buen estado de los huesos.⁵⁹

El Filtrado o Aclaramiento Renal

Aunque los valores en sangre dan una idea de la situación, lo más exacto para medir el grado de función renal es comparar lo que se elimina realmente frente a lo que se tendría que eliminar. Para ello se recoge la orina de 24 horas y se mide la creatinina eliminada en esa cantidad de líquido. La creatinina se mide también en la sangre y con las dos medidas se calcula el nivel de filtrado o aclaramiento renal.⁶⁰

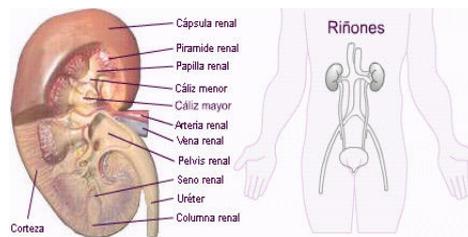
¿Qué otros valores se miden habitualmente?

Los niveles de potasio, bicarbonato, calcio, fósforo y glóbulos rojos son determinaciones habituales en los controles periódicos en la consulta de nefrología. Los valores que se encuentre en sangre indican cómo evoluciona la

⁵⁹ Mancera, Gabriel – HGR. Op cit.; pp. 32- 38.

⁶⁰ Ibidem.

función del riñón, cómo actúan las medicinas y las dietas que se hayan indicado.⁶¹



1.8 DIÁLISIS PERITONEAL

Es cuando dejan de funcionar los riñones, se encuentran procedimientos que sustituyen su función como es el caso de un riñón “adicional”. Uno de los tratamientos es la diálisis peritoneal (DP), que utiliza la membrana peritoneal, que se encuentra en el interior del abdomen y un líquido especial. La membrana peritoneal se conoce como peritoneo y el líquido especial se llama dializante. El líquido dializante se introduce en el abdomen, donde atrae el exceso de agua, los desechos y los compuestos químicos que atraviesan el peritoneo y se extraen por drenaje (del líquido dializado).⁶²

Los objetivos de la diálisis peritoneal y la hemodiálisis son los: la reducción de urea, la adquisición de sustancias necesarias y la eliminación del líquido sobrante. La diferencia fundamental consiste en que el proceso se realiza dentro de nuestro cuerpo utilizando una membrana natural, que actúa como filtro, llamado peritoneo.⁶³

El peritoneo es una membrana fina que forma un saco (cavidad peritoneal) alrededor de órganos como el hígado, estómago e intestinos. Tiene la función de facilitar movimientos, reducir la fricción de las vísceras

⁶¹ Mancera, Gabriel – HGR. *Op cit.*; pp. 32- 38.

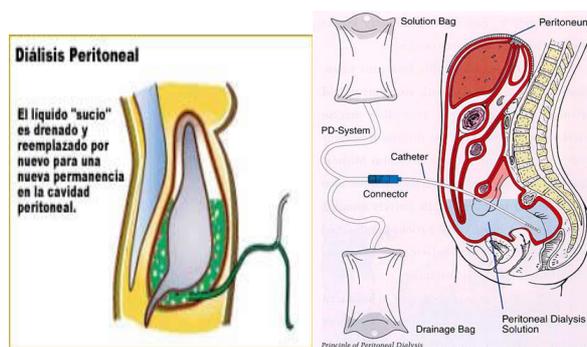
⁶² PiSA, *Juntos... Mejoraremos la Calidad de la Vida Diálisis Peritoneal.*; pp. 12, 13.

⁶³ Gauntlett, Beare, P. *Enfermería Médico Quirúrgica.*; pp. 822.

abdominales y servir de vía de paso anatómica para las arterias, venas, nervios y vasos linfáticos.

La diálisis peritoneal es mucho más fisiológica que la hemodiálisis aunque no lo es en su totalidad por las alteraciones que provocan los líquidos de diálisis y las propias infecciones en la membrana, pero ésta, a diferencia de la membrana semipermeable artificial utilizada en hemodiálisis puede regenerarse por ser una membrana viva. Por esta razón, igualmente, dispone de poros de distintos tamaños que favorecen una mejor ultrafiltración e intercambio de sustancias.⁶⁴

El proceso consiste en realizar el intercambio del líquido de diálisis de forma manual. Generalmente, este intercambio habrá que realizarlo cuatro veces al día descansando durante la noche.



Elementos que intervienen en el intercambio.

El catéter que tenemos colocado en la cavidad peritoneal con su pequeño alargador, el cual tiene como objetivo minimizar la tensión en el catéter provocada durante la manipulación, ya que podría irritar el orificio durante los intercambios, y así evitar las posibles roturas del catéter debidas a los repetidos pinzamientos a que estaría sometido. Este pequeño prolongador se sustituye cada seis meses aproximadamente.⁶⁵

El líquido, que viene en un sistema de doble bolsa, donde una contiene el líquido que nos vamos a introducir en el abdomen y la otra está vacía para

⁶⁴ Gauntlett, Beare, P. Op cit.; pp. 822.

⁶⁵ PiSA, Op cit.; pp. 18 - 21.

drenar el líquido “sucio”, que llevamos en el organismo desde el intercambio anterior:

Jabón antiséptico.

Mascarilla y paño para secar las manos.

Dos pinzas (en el caso del sistema de uno de los laboratorios).

Desinfectante.

Tapón estéril (para poner al catéter, una vez finalizado el intercambio).

¿Cómo se Hace un Intercambio?

El procedimiento debe contemplar los siguientes pasos:

Elección de una habitación de la casa (siempre la misma) para realizar los intercambios, y que en el momento de realizarlo, la habitación permanezca cerrada para que no haya movimiento del aire.

Preparación en una mesa limpia de todos los elementos que se necesitan. Bolsas estériles (vigilando la temperatura, el volumen, la concentración prescrita por el médico y la fecha de caducidad), pinzas, tapón estéril, mascarilla, paño para secar las manos después de lavárselas con jabón antiséptico, palo de gotero, desinfectante.⁶⁶

A continuación se realiza un intercambio siguiendo las instrucciones dadas por el personal de enfermería. No debemos de tener miedo al aprendizaje pues nos enseñarán a hacerlo en el Servicio de Nefrología del hospital, (sin necesidad de hospitalización) el tiempo que sea necesario y nos darán las instrucciones por escrito, para que podamos seguir los pasos con facilidad, sin temor a olvidar alguno.⁶⁷

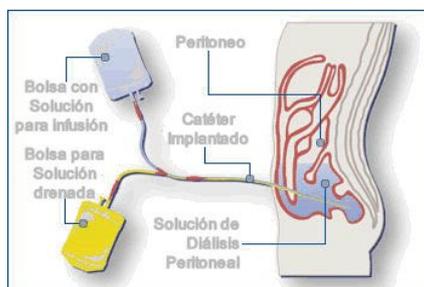
⁶⁶ PiSA, Op cit.; pp. 18 - 21.

⁶⁷ Gauntlett, Beare, P. Op cit.; pp. 823, 824, ,830, 831.

Hay varios sistemas diferentes para realizar los intercambios, pero en cualquier caso siempre hay dos momentos en los que hay que extremar las precauciones a fin de evitar infecciones: la Conexión y la Desconexión al catéter.

En una gráfica diaria que nos facilitará el Servicio de Nefrología se apuntarán nuestro nombre completo, la fecha, el peso (pesándose en el primer intercambio del día sin líquido en el abdomen), la tensión arterial que se tomará cada día, la concentración de glucosa en las bolsas de cada intercambio, la cantidad que entra y sale de líquido de diálisis (también de cada intercambio) y el balance total del líquido ultrafiltrado para controlar la pérdida de peso (es decir la diferencia entre el líquido que entra y el que sale).⁶⁸

También se tomará y anotará la temperatura en caso de sentir alguna molestia, y si ha habido vómitos o deposiciones anómalas. Cada día se comprobará igualmente que los pies no estén hinchados, porque si es así quizá haya que cambiar la concentración de las bolsas siguientes.



¿Dónde se Realiza?

Es el propio paciente el que se realiza los intercambios en su domicilio, tras un periodo de aprendizaje en el hospital, aunque siempre se mantiene un estrecho contacto con el equipo de diálisis peritoneal, que mandará analíticas y

⁶⁸ Mancera, Gabriel – HGR. Op.cit.; pp. 71.

revisión al paciente cada uno o dos meses, además de estar al día de cualquier problema que pueda surgir.

Problemas potenciales que pueden aparecer durante los intercambios. Si al drenar o al llenar no sale o entra bien el líquido, compruebe si tiene el catéter doblado o la llave de paso no está abierta.

Si se desconecta por accidente el catéter del prolongador (muy improbable), pince inmediatamente el catéter, colocando una gasa estéril por debajo de la pinza, para que no se dañe el catéter, tape el extremo del mismo poniendo una gasa con desinfectante y vaya al hospital.⁶⁹

Si en el momento de la conexión, algún material se cae al suelo o roza con algo deséchelo. Si ve que el prolongador tiene fuga, pince entre la fuga y el catéter y vaya al hospital.

1.8.1 Cuidados al Catéter

Mantener una buena higiene corporal (ducha diaria, evitando el baño, cuidado de las uñas).

Llevar ropa interior limpia.

Mantener el orificio de salida siempre limpio y seco al igual que el apósito que lo recubre (usar gasa estéril), vigilando que no se mueva.

No rascarse. Ni aplicar cremas, ni polvos a su alrededor.

Todos los días debe curarse la salida del catéter y observar el aspecto que tiene: si sangra, si está enrojecido, si siente dolor o le supura debe consultar rápidamente.

Limpieza del entorno físico, extremando las precauciones cuando se conviva con animales.⁷⁰

⁶⁹ PiSA, *Op cit.*; pp. 22.

⁷⁰ Mancera, Gabriel – HGR. *Op cit.*; pp. 71.

1.8.2 Complicaciones más Frecuentes

Las complicaciones tempranas del acceso peritoneal suelen ser:

La *peritonitis*; es la complicación más frecuente aunque su incidencia es muy variable. En los últimos años debido a la mejora de los sistemas de conexión y de las soluciones dializantes, su frecuencia se ha reducido mucho. Suele manifestarse con la aparición de dolor abdominal, náuseas, vómitos, falta de apetito, líquido turbio y fiebre. Ocurre con una frecuencia muy variable según cada paciente y generalmente se corrige con antibióticos introducidos en las bolsas de los intercambios. A veces la peritonitis se repite con tanta frecuencia que es necesario retirar el catéter y buscar otras alternativas de diálisis.

Existen experiencias, sacadas de estudios realizados en unidades de diálisis peritoneal, que demuestran, que cuando el paciente ha sido educado para hacerse la técnica, el número de peritonitis desciende. Esto quiere decir que el enfermo tiende a caer en la rutina y descuida las medidas higiénicas a seguir para hacerse un intercambio, por lo que, tras volver a entrenarle, los episodios de peritonitis, si es que se producen, son menos frecuentes.⁷¹

Infecciones en el orificio de salida del catéter que se previenen extremando la higiene sobre el mismo.

Obstrucción: por estreñimiento, acodamientos del catéter. Puede ser necesario recolocar el catéter o poner uno nuevo si la obstrucción no se resuelve.

Hemorragia de la arteria epigástrica, la cual puede ocurrir al penetrar en la pared abdominal o al estar atrapado por el epiplón (grasa existente entre los intestinos).⁷²

⁷¹ PiSA, *Op cit.*; pp. 30 – 33.

⁷² Gauntlett, Beare, P. *Op cit.*; pp. 824, 825.

DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA) (LA CICLADORA).

¿En qué consiste?

Es la diálisis peritoneal realizada en casa con la ayuda de una máquina llamada Cicladora. Esta máquina hace los intercambios (infunde y drena el líquido peritoneal) varias veces de forma automática durante la noche, mientras se duerme. A veces se combina con uno o dos intercambios diarios manuales durante el día por resultar insuficiente la dosis de diálisis administrada con la máquina.⁷³

1.9 Intervenciones de Enfermería

Durante las visitas se establecieron objetivos de orientación y enseñanza acerca de la necesidad de la eliminación como son las evacuaciones dificultosas, secas y en ocasiones la presencia de evacuaciones líquidas; puede ser síntoma de un trastorno grave, se debe con frecuencia a dietas insuficientes en líquidos o fibra, trastornos emocionales, o ciertos medicamentos. Este síntoma mejora con una alimentación adecuada rica en fibra, y con el ejercicio. La falta de ejercicio origina hipotonía muscular, disminución del apetito y desaceleración de la actividad física, origina una disminución de la actividad peristáltica.

La piel cumple un papel importante en el mantenimiento de la temperatura corporal gracias a la acción de las glándulas sudoríparas y de los capilares sanguíneos. Los cuidados específicos para mantener limpia y seca la piel ayuda en el proceso de regeneración, por otro lado el lubricarla favorece la circulación sanguínea, debido al masaje que se esta proporcionando.

⁷³ Gauntlett, Beare, P. Op.cit.; pp. 823.

Con respecto al procedimiento de diálisis peritoneal se toman las siguientes medidas que son: el mantener una buena higiene corporal (ducha diaria, evitando el baño, cuidado de las uñas) y llevar ropa interior limpia, la curación debe de ser diario, el orificio de salida siempre limpio y seco al igual que la gasa estéril que se tomará y anotará la temperatura, presencia de vómito, pies hinchados u otras molestias. Si es así quizá haya que cambiar la concentración de las bolsas siguientes.⁷⁴

La preparación en una mesa limpia de todos los elementos que se necesitan. Bolsas estériles (vigilando la temperatura, el volumen, la concentración y la fecha de caducidad), pinzas, tapón estéril, mascarilla, paño para secar las manos después de lavárselas con jabón antiséptico, desinfectante. También se hace mención de las posibles complicaciones que se pueden presentar: la peritonitis se identifica por la aparición de dolor abdominal, náuseas, vómitos, falta de apetito, líquido turbio y fiebre, Infecciones en el orificio de salida del catéter, obstrucción: por estreñimiento, acodamientos del catéter, hemorragia, atrapamiento por el epiplón (grasa existente entre los intestinos), alteración del peso corporal mayor o menor de 1.500 kg, edema en tobillos, pies, alrededor de los ojos, respiración superficial y rápida, disnea, tos inexplicable, dificultad para dormir o necesidad de dormir casi sentado.

Otro de los rubros que se toca es la alimentación en la Insuficiencia Renal Crónica, esta adquiere un papel muy importante por que se considera una alimentación adecuada, es fuente de salud y calidad de vida para el enfermo de Insuficiencia Renal Crónica, deberá cambiar su forma de alimentación y que en función del tratamiento renal sustitutivo al que acceda. Se hace mención de los diferentes grupos de alimentos como: los carbohidratos, grasas, proteínas, vitaminas, minerales y agua, estos elementos son reguladores que armonizan y dirigen la construcción del organismo.⁷⁵

⁷⁴ PiSA, Manual del Paciente Dializado.; pp. 24.

⁷⁵ PiSA, Juntos... Mejoraremos la Calidad de la Vida Diálisis Peritoneal.; pp. 25.

También se menciona el ciclo vigilia-sueño, es una de las formas para recuperar la energía perdida durante el día y, por lo tanto genera descanso físico y mental. La costumbre de dormir un período determinado y levantarse a la misma hora cada mañana es importante también en el reestablecimiento de un patrón sano de sueño. También se manejan las técnicas de relajación inducen al sueño.

El sueño se requiere para la restauración del bienestar físico, el alivio del estrés, la ansiedad y la restauración de la capacidad para hacer frente a las actividades cotidianas y concentrarse en ellas. Algunos de los neurotransmisores guardan relación con el fenómeno del sueño. La noradrenalina y la acetilcolina, adrenalina de la dopamina, la serotonina y la histamina, actúan con la excitación, al tiempo que el ácido gamaaminobutírico (GABA) al parecer es necesario para la inhibición. Sea demostrado con exactitud los cambios biológicos y la función de las hormonas en el sueño.⁷⁶

El hipotálamo tiene centros de control de diversas actividades voluntarias del organismo, una de las cuales se relaciona con el sueño y la vigilia. Las lesiones del hipotálamo pueden hacer que las personas duerman periodos anormalmente prolongados.⁷⁷

La formación reticular es una estructura del tallo encefálico que abarca al bulbo raquídeo, el puente de Varolio, el mesencéfalo y el hipotálamo. Esta compuesta por muchas fibras, tiene conexiones que transmiten impulsos a la corteza cerebral y medula espinal. La formación reticular facilita los movimientos reflejos y voluntarios, así como las actividades corticales relacionadas con el estado de alerta. Dicha formación recibe pocos estímulos de la corteza cerebral y la periferia corporal durante el sueño. La vigilia ocurre cuando estímulos provenientes de la corteza cerebral, los órganos y las células sensoriales periféricas activan al sistema reticular. Por ejemplo, un reloj despertador nos hace pasar del sueño al estado de conciencia al hacer que

⁷⁶ Wolf, LuVerne, et-al. Curso de Enfermería Moderna.; pp. 586, 587.

⁷⁷ Ibidem.

nos demos cuenta de que debemos prepararnos para las actividades diarias. Las sensaciones de dolor, presión, ruido, producen la vigilia por medición de los órganos y las células periféricas. La vigilia es un estado activado por la corteza cerebral y las sensaciones corporales. Los estímulos provenientes de corteza son mínimos durante el sueño.

Se recomienda la actividad física que es un estado del cuerpo (y de la mente) que ayuda a desarrollar una vida dinámica y positiva y es posible que afecte a casi todas las fases de la existencia humana. Fuerza muscular, energía, vigor, buen funcionamiento de los pulmones y el corazón, y un estado general de alerta, son signos evidentes de que una persona goza de buena forma física.

Mejorara la circulación sanguínea y tiende a disminuir la presión arterial y así aumentara el calibre de las arterias.⁷⁸

Se enfatiza en los cuidados especiales como es el caso de:

Cuidado Dental

Las personas diabéticas que están insuficientemente controladas, también tienen un aumento de caries y enfermedad periodontal. Por eso se hace motiva al paciente en acudir al odontólogo cada seis meses o una vez al año evitando la caída de piezas dentales o el uso de placas.⁷⁹

Cuidado de los Ojos

Una de las estructuras del cuerpo con mayor importancia ya que el no cuidarlos puede producir la perdida total de la vista. Puede afectar el

⁷⁸ Wolf, LuVerne, et-al. Op cit.; pp. 586, 587.

⁷⁹ Ibidem.

cristalino, el vítreo y la retina. Una de estas enfermedades es la vitrectomía se produce una hemorragia masiva dentro del vítreo, otra son las cataratas son la turbidez que se desarrolla en el cristalino y también la retinopatía diabética por el deterioro de los pequeños vasos sanguíneos que nutren la retina. ⁸⁰

Cuidados de la Piel, Piernas y Pies

En este apartado se menciona las diferentes lesiones que pueden desarrollar como son: úlceras en los pies y las piernas, debido a la combinación de neuropatías; causa perdida de sensación de tal manera que las heridas de los pies pueden pasar desapercibidas, no se tratan y se infectan y vasculopatías periférica; una circulación disminuida en los pies y las piernas, retardan la circulación en dichas úlceras, ya que los nutrientes necesarios no alcanzan el tejido dañado y el material infectado no es destruido. Aun una herida muy pequeña puede progresar hacia una úlcera. Los pies están más expuestos a lesionarse por lo que reciben golpes, sudan mas, están menos irrigados por la sangre y frecuentemente se están infectando por bacterias y hongos como el pie de atleta, además las heridas no sanan fácilmente. ⁸¹

⁸⁰ Turcker, M. y Martin, S. Op cit.; pp. 540, 541.

⁸¹ Ibidem.

CAPITULO II. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA.

2.1 PRESENTACION DEL CASO

La señora Reina tiene 44 años, con una fecha de nacimiento del 15 de noviembre de 1962, es la segunda de siete hermanos, con escolaridad secundaria, religión católica, ocupación al hogar, casada con dos hijos de 18 y 10 años. La casa que habita es rentada y cuenta con todos los servicios intradomiciliarios en la delegación Gustavo A. Madero.

La señora Reina menciona sobre sus antecedentes heredo-familiares, madre de 63 años con antecedentes de un derrame cerebral, posterior a eso se detecta hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus tipo 2, Padre fallecido a los 45 años por cirrosis, dos de sus hermanos han presentado hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus tipo 2, de sus abuelos desconoce alguna patología.

La señora Reina tiene 10 años de padecer diabetes mellitus tipo 2, hace 4 años comienza con la hipertensión arterial sistémica. Ella es derechohabiente al Instituto Mexicano del Seguro Social, donde es tratada por la diabetes y complicaciones que ha estado presentando en los últimos 4 años con 6 meses, se le detecta Insuficiencia Renal por la cual se procede a diálisis peritoneal ambulatoria, en los primeros dos meses se le realizaban en el instituto posteriormente en el domicilio por su esposo o ella.

Refiere que en el 2001, se le administro insulina subcutánea a parte del medicamento por glicemias elevadas – 200 mg/dl, esto fue por un año, después se suspendió la insulina por una hipoglucemia, se trata con hipoglucemiantes orales, en ese momento empezó a notar disminución de la agudeza visual en ambos ojos, siendo mas notorio en el ojo izquierdo hasta perder la vista.

En el 2002, al cortarse las uñas del pie derecho se lesiona y no se cuida la herida, nota que no le cicatriza, aparecieron cambios de coloración, refiere dolor al caminar, no tolera el zapato. Va a consulta y comenta al médico general sobre lo de su pie, en ese momento le diagnostican pie diabético dando como resultado la amputación de los dedos del pie derecho.

Actualmente no refiere problemas al dializarse, es hospitalizada una vez al mes con duración de dos días para valoración y estudios. A partir del 2006 a presentado estreñimiento en cuatro ocasiones. Se le realiza una visita por semana a partir del mes de septiembre del 2006, en ese momento comenta que ella ejecuta cuatro cambios de bolsas durante el día, estas son proporcionadas por el laboratorio baxter, cambio de domicilio hace un mes dándose de baja en la clínica 24 donde la atendían, realizo los tramites de alta como derechohabiente en la clínica 29 la cual tiene escasez de eritropoyetina desde hace dos semanas, se le deben administrar dos inyecciones por semana, se realizaron exámenes de laboratorio encontrándose con una Hemoglobina – 8 mg, le recetan multivitamínicos y calcio, refiere debilidad, cansancio y edema facial de ++, motivo por el cual fue internada por una semana donde es transfundida.

Habla con el director referente a la escasez de la eritropoyetina y le harán caso si se juntan veinte personas para solicitarla. Diariamente pregunta vía telefónica si llego la eritropoyetina, esta es aplicada de inmediato, los días de administración los lunes y viernes, los nuevos exámenes de laboratorio se encuentran con una hemoglobina de 13 g/dl, por este momento no ha reportado escasez de la eritropoyetina.

2.2 Exploración Física.

Cabeza: simétrica, sin rasgos de golpes, heridas o crecimientos anormales, cabello bien implantado, corto teñido, limpio. Frente ligeramente amplia.

Cara: redonda con presencia de edema de dos +, palidez en tegumento, presencia de lipoma en pómulo derecho, simetría en movimientos mandibulares, faciales.

Ojos: cejas simétricas, pestañas largas abundantes, conjuntiva pálida, esclerótica color blanco, pupilas simétricas con respuesta a la luz, iris color café oscuro.

Oreja: simétricas con ángulo de sus ojos, se encuentran limpios con escaso cerumen, sin implantación del lóbulo.

Nariz: la mucosa se encuentra hidratada y sin presencia de secreciones.

Boca: mucosa oral hidratada y falta de molares por tal motivo usa placa dental.

Cuello: corto, no presenta protuberancias ni presencia de dolor al movimiento.

Extremidades superiores: brazos largos, simétricos, no refiere dolor al movimiento ni presencia de masas en la articulación.

Parte anterior del tórax: no hay dolor al tacto, en la auscultación se escuchan estertores.

Abdomen: globoso con catéter para dializar del lado izquierdo, presencia de tejido adiposo y estrías, ruidos peristálticos normo-activos, no refiere dolor a la palpación.

Extremidades inferiores: piernas largas, con muñón del pie derecho (dedos), no presenta onicomiosis.

Genitales: no hay presencia de secreciones y lesiones vaginales.

2.3 VALORACION DE LAS CATORCE NECESIDADES SEGÚN V. HENDERSON

1. Necesidad de Oxigenación.

Datos subjetivos:

Refiere no presentar problemas para respirar, ni tos y menciona no fumar.

Datos objetivos:

A la observación se identifica fosas nasales permeables, sin obstrucciones o deformación del tabique nasal, a la auscultación con buena expansión pulmonar, campos pulmonares ventilados; sin estertores, movimientos de inspiración y espiración presentes. Presenta llenado capilar es de 4, Frecuencia Respiratoria 20 por minuto, Frecuencia Cardíaca 82 por minuto y Tensión Arterial 130/70 milímetros de mercurio.

2. Necesidad de Nutrición e Hidratación.

Datos subjetivos:

Refiere consumir una o dos raciones de verdura: zanahoria, betabel, pepinos, lechuga, una pieza de pollo: pierna o pechuga, un filete de pescado o una mojarra, leguminosas las come dos a tres veces a la semana y una porción de fruta: papaya, naranja, manzana, realiza tres comidas al día pero en poca cantidad, así que no consume nada entre

comidas, refiere no ser alérgica a algún alimento y no tiene problemas al deglutir o a la masticación, toma multivitamínicos y calcio, le aplican la eritropoyetina dos veces a la semana de 4,000 U. I. Toma aproximadamente 400 ml de agua.

Datos objetivos:

Se observa con adecuada hidratación de mucosa oral, con palidez de tegumento, el estado de la piel es seca, el cabello limpio y corto así como las uñas, sus dientes y encías están integra pero no cuenta con molares estos son sustituidos por placas, su dieta es hiposódica e hipocalórica, la ración de alimentos para consumir es muy poca a comparación de las semanas anteriores. Presenta una hemoglobina de 13 g/dl y una glicemia de 95mg/dl. Su peso es de 60 kgrs, talla 160 cm.

3. Necesidad de Eliminación.

Datos subjetivos:

Comenta que presenta estreñimiento dos o tres veces a la semana, manifiesta dificultad para la evacuación, dolor rectal, heces de consistencia dura, seca y formada, refiere no orinar.

Datos objetivos:

A la inspección se observa abdomen globoso con catéter para dializar del lado izquierdo, presencia de tejido adiposo y estrías, a la auscultación abdominal se escucha peristaltismo normo-activo, a la percusión se escuchan ruidos timpánicos en el área gástrica e intestinal en la región hepática se escuchan ruidos sordos, no refiere dolor a la

palpación. Al pesar las bolsas de diálisis se obtiene un peso aproximado de 2,300 gr o 2, 400 gr. En este momento no presenta edema.

4. Necesidad de Termorregulación.

Datos subjetivos:

Manifiesta que se adapta a los cambios de temperatura, el clima de su agrado es el templado.

Datos objetivos:

Su temperatura corporal es de 36°C. Su piel se encuentra caliente, su casa siempre es cálida por que es un lugar pequeño y cerrado, a pesar de los cambios de clima no se encuentra alteración en ella.

5. Necesidad de Moverse y Mantener Postura.

Datos subjetivos:

Al interrogatorio refiere no presentar ninguna molestia, comenta que casi no camina y no realiza ninguna actividad física durante el día, solo el hacer su quehacer.

Datos objetivos:

A la observación se identifica actitud libremente escogida, buena movilización y postura; a pesar de la presencia de su muñón no tiene molestias a la deambulación y en ocasiones se ayuda de un bastón o silla

de ruedas por seguridad y firmeza, en ocasiones sale a caminar con alguien de su familia, nunca sola.

6. Necesidad de Descanso y Sueño.

Datos subjetivos:

Refiere dormir de 6 a 8 horas y al levantarse siente que descanso, presenta periodos de uno o dos días a la semana de sueño intermitente despertándose dos a tres veces en la noche, dando vueltas en la cama y en ocasiones se sienta, al despertar comenta que se siente cansada, sin animo de realizar alguna actividad y mal humor.

Datos objetivos:

En ocasiones se muestra irritable, apática, fatigada, ojerosa, con bostezos, pone atención a la plática, trata de no dormir en el día, y se pone hacer el quehacer durante la tarde para conciliar el sueño.

7. Necesidad de Usar Prendas de Vestir.

Datos subjetivos:

Elige la ropa conforme a su estado de ánimo, es independiente para vestirse o ponerse los zapatos.

Datos objetivos:

Vestimenta acorde a su género y edad, en buen estado y limpia.

8. Necesidad de Higiene y Protección de la Piel.

Datos subjetivos:

Realiza baño diario y cepillado de dientes tres veces al día, el lavado de manos es cuantas veces sea necesario sobre todo al realizar las diálisis, no siempre humecta su piel.

Datos objetivos:

Se observa limpia y en cuestión de la protección de la piel, esta se encuentra seca y presenta prurito. Cuenta con un estoma abdominal del lado izquierdo y catéter para dializar, se realiza curación después del baño y una optima higiene al realizar las diálisis.

9. Necesidad de Evitar Peligros.

Datos subjetivos:

A pesar de la disminución visual, refiere que no usa el bastón y que enciende la luz para una mejor visión sobre todo en la noche, en dos ocasiones ha tropezado con el escalón.

Datos objetivos:

En su departamento se encuentra el piso parejo solo que al entrar a su habitación se encuentra un pequeño escalón, no hay objetos en el piso por lo que se pueda caer. Utiliza la silla de ruedas o bastón solo cuando sale de su casa, al camina es acompañada por una persona.

10. Necesidad de Comunicación.

Datos subjetivos:

Ella considera que no tiene problemas para comunicarse con su familia, al salir a la calle y encontrarse con un conocido se pone a conversar sin importar el tiempo, alienta a las personas cuando están en situaciones difíciles y pone su vida de ejemplo, que no se depriman.

Datos objetivos:

La señora Reina es una persona extrovertida y de fácil conversación, se muestra dispuesta a platicar de su enfermedad y de su vida sin ningún problema o resentimiento con alguien, no muestra sentimientos negativos. Hay una buena relación con su pareja. Su familia esta al tanto de ella ya sea que la visiten y diariamente le llaman por teléfono.

11. Necesidad de Creencias y Valores.

Datos subjetivos:

Tiene una religión católica devota de Jesucristo y la Virgen María. En cuanto a sus valores, refiere lo importante que es la vida y que gracias a Dios sigue adelante con sus actividades, enfatizando el seguir viendo crecer a su hijo de 10 años, para verlo que sea un hombre de provecho y tiene la esperanza que realice alguna carrera, su hijo el mayor se encuentra en Estados Unidos, mantiene contacto con él vía telefónica, le habla dos veces a la semana.

Datos objetivos:

En su habitación tiene imágenes de la Virgen María, un Cristo y un altar donde pone flores y velas, en ocasiones reza al ver que su esposo o su hijo no llegan a tiempo.

12. Necesidad de Trabajo y Realización.

Datos subjetivos:

Se dedica a la venta de productos por catálogo como es de Topper Wear, Jafra y Fuller, para ella es una forma de sentirse útil, se dedica al hogar, realiza todas sus actividades domésticas y tiene mucha dedicación por su hijo de 10 años, en ocasiones lo lleva a los entrenamientos de fútbol.

Datos objetivos:

Actualmente se encuentra calmada sin embargo le preocupa el retraso de los pagos de sus clientes y que no puede pagar a tiempo sus productos, su sobrina es la que le ayuda a cobrarle a sus clientes.

13. Necesidad de Juegos y de Actividades Recreativas.

Datos subjetivos:

Refiere ir con su familia y amigas a fiestas, le gustan los juegos de mesa como: baraja, domino, damas chinas, turista, etc.

Datos objetivos:

En ocasiones se hace cargo de su sobrino de 5 años y su hermana de 2 años, se pone a jugar con ellos a las muñecas, memoramas, aventarles la pelota, enseñarle los números, colores, se entretiene viendo la televisión o escuchando el radio.

14. Necesidad de Aprendizaje.

Datos subjetivos:

Estudio la secundaria, después se dedico a trabajar y cuidar a su mamá quien presento un derrame cerebral. Comenta que en el seguro social le dan sesiones educativas de diálisis, complicaciones, el uso de las bolsas, y actualmente el manejo de la máquina dializadora, comenta que no acepto la maquina dializadora ya que tendría que realizar los cambios en la noche y perturbaría su sueño.

Datos objetivos:

No tiene problemas para el aprendizaje, su memoria de corto, mediano y largo plazo no esta afectada. Por lo de la diálisis se actualiza como es el funcionamiento de el líquido en su cuerpo, el manejo de bolsas gemelas y recientemente el uso de la maquina dializadora.

2.4 JERARQUIZACION DE NECESIDADES

Necesidad de Eliminación.

Necesidad de Nutrición e Hidratación.

Necesidad de Higiene y Protección de la Piel.

Necesidad de Descanso y Sueño.

Necesidad de Moverse y Mantener Postura.

2.5 DIAGNÓSTICOS

- ✓ Estreñimiento relacionado con actividad física insuficiente manifestado por dificultad para la defecación, dolor rectal, eliminación de heces duras, secas y formadas.

- ✓ Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos relacionado con procedimientos invasivos mayores como la diálisis.

- ✓ Deterioro de la integridad cutánea relacionado con falta de lubricación manifestado por resequedad, prurito.
- ✓ Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos – diálisis peritoneal y estoma.
- ✓ Deterioro del patrón del sueño relacionado con dificultad e insatisfacción de conciliar el sueño manifestado por fatiga, apatía e irritabilidad.
- ✓ Deterioro de la deambulación relacionado con estilo de vida sedentario e intolerancia a la actividad física manifestado por requerimiento de ayuda de bastón o silla de ruedas e informes verbales de fatiga, cansancio y debilidad.
- ✓ Riesgo de caídas relacionado con disminución de la agudeza visual y presencia de muñón en pie derecho.

2.6 PLAN DE CUIDADOS

Necesidad de Eliminación.

Diagnóstico real.

Estreñimiento relacionado con disminución de la ingesta de alimentos y actividad física insuficiente manifestado por defecación dificultosa, dolor rectal, eliminación de heces duras, secas y formadas.

Objetivo.

Restablecer los patrones del funcionamiento gastrointestinal.

Intervención.

Aumentar la ingesta de alimentos para mejorar el peristaltismo intestinal, refiriendo tres comidas al día y dos colaciones

Recomendar un vaso de agua caliente al despertar y antes de los alimentos.

Fomentar la realización de ejercicios de bajo impacto.

Informar sobre como detectar los síntomas de impactación fecal como son: debilidad, náuseas, mareo, dolor abdominal, pérdida del apetito.

Aplicar subvente un lubricante en la región anal reduciendo el dolor a la evacuación, también se recomienda tomar baños de asiento con agua caliente con intervalos de 15 minutos.

Fundamentación.

Estreñimiento es la evacuación intestinal infrecuente o difícil, caracterizada por la emisión de heces secas y duras. El estreñimiento puede ser síntoma de un trastorno grave, se debe con frecuencia a dietas insuficientes en líquidos o fibra, trastornos emocionales, o ciertos medicamentos. Este síntoma mejora con una alimentación adecuada rica en fibra, y con el ejercicio.⁸²

La digestión incluye procesos mecánicos y químicos. Los procesos mecánicos consisten en la masticación para reducir los alimentos a partículas pequeñas, la acción de mezcla del estómago y la actividad peristáltica (actividad motora que facilita el avance del bolo alimenticio) del intestino. Estas fuerzas desplazan el alimento a lo largo del tubo digestivo y lo mezclan con varias secreciones.

Las frutas, las verduras, cereales de grano, favorecen el aumento de los residuos intestinales. Recordando que este tipo de pacientes tiene restricción de líquidos se sugiere consumir: sopas, caldos, hielo, frutas y verduras verdes que contienen hasta un 90% de agua.

La ingesta de líquidos previene el endurecimiento y resequeadad de las heces, el ingerir líquidos calientes o jugo de toronja al despertar estimula el peristaltismo.⁸³

⁸² Wolf, LuVerne, et-al. Curso de Enfermería Moderna.; pp. 713 – 7716.

⁸³ Ibidem.

La falta de ejercicio origina hipotonía muscular, disminución del apetito y desaceleración de la actividad física, origina una disminución de la actividad peristáltica.

Se da a conocer los síntomas de impactación fecal como son: la debilidad, náuseas, mareo, dolor abdominal, pérdida del apetito.

Con la aplicación de lubricantes se reduce el dolor rectal.

Evaluación.

Realiza tres comidas y dos colaciones durante los primeros siete días, manifestando que come un poco más y sintiendo una mejoría al evacuar.

A partir del 7º día sale con su hijo a caminar en la primera semana fue cada tercer día 15 minutos. A la siguiente semana camina 5 días aumentando a 20 minutos, sigue progresando con el tiempo y es rutinario.

El agua caliente y en ocasiones el jugo de toronja le ha ayudado a mejorar su peristaltismo.

Ha disminuido los problemas de estreñimiento y el dolor al evacuar.

Diagnóstico potencial.

Riesgo de desequilibrio de volumen de líquido relacionado con procedimientos invasivos mayores como la diálisis.

Objetivo.

Mantendrá un óptimo balance hídrico en el organismo.

Intervención.

Informar que la diálisis tiene un funcionamiento parecido al del riñón.

Educar a la paciente la importancia de realizar el registro anotando el nombre, fecha, peso de cada intercambio, la cantidad que entra y sale de líquido de diálisis (también de cada intercambio) y el balance total del líquido ultrafiltrado para controlar la pérdida de peso entre el líquido que entra y el que sale

Identificar los síntomas que puede presentar en un desequilibrio hídrico como: edema en tobillos, pies, alrededor de los ojos, respiración superficial y rápida, disnea, tos inexplicable, dificultad para dormir o dormir casi sentado, hipertensión o hipotensión.

Funcamentación.

El riñón es un órgano que regula los electrolitos como es el sodio, potasio, cloro, calcio, sulfato, bicarbonato. Los riñones retienen selectivamente, excretan los desechos y excesos del cuerpo absorbidos indiscriminadamente, regula la concentración de electrolitos y el volumen del agua del líquido extracelular y proporciona bicarbonato en la medida de lo necesario.⁸⁴

La solución de la diálisis ingresa en la cavidad peritoneal aproximadamente en 30 minutos, al igual que su egreso el balance total del líquido ultrafiltrado para controlar la pérdida de peso (es decir la diferencia entre el líquido que entra y el que sale). Tomando en cuenta que cada bolsa es de 2 litros.⁸⁵

Al encontrar una alteración del peso corporal mayor o menor de 1.500 kg, edema en tobillos, pies, alrededor de los ojos, respiración superficial y rápida, disnea, tos inexplicable, dificultad para dormir o necesidad de dormir casi sentado, hipertensión o hipotensión, son síntomas de que el balance hídrico corporal tiene un desequilibrio.

⁸⁴ Wolf, LuVerneet-al. *Op cit.*; pp 678.

⁸⁵ PiSA, Manual del Paciente Dializado.; pp. 17.

Necesidad de Higiene y Protección de la Piel

Diagnóstico real.

Deterioro de la integridad cutánea relacionado con falta de lubricación manifestado por resequeidad, prurito en la piel.

Objetivo.

Mantener la integridad cutánea.

Intervención.

Identificar los cambios de textura de la piel como son la resequeidad, irritación, enrojecimiento o sensación de prurito.

Recomendar el uso de cremas humectantes o emolientes, aplicándolas cuando la piel esta limpia – después del baño.

Evitar el uso de productos como ropa de lana, productos eliminan la grasa – alcohol o uso de jabones con aroma.

Aumentar la ingesta de líquidos.

Fundamentación.

Piel, es parte del organismo que protege y cubre la superficie del cuerpo y se une, sin fisuras, con las membranas mucosas de los distintos orificios corporales. La piel forma una barrera protectora contra la acción de agentes físicos, químicos o bacterianos sobre tejidos más profundos, y contiene órganos especiales que suelen agruparse para detectar las distintas sensaciones, como sentido del tacto, temperatura y dolor. Cumple un papel importante en el mantenimiento de la temperatura corporal gracias a la acción de las glándulas sudoríparas y de los capilares sanguíneos.

La piel consiste en una capa externa protectora (epidermis) y una capa interna de tejido vivo (dermis). La parte superior de la epidermis está compuesta de células muertas que contienen queratina, la escleroproteína córnea que forma también el pelo y las uñas.⁸⁶

El mantener limpia y seca la piel ayuda en el proceso de regeneración.

Al lubricar la piel favorece la circulación sanguínea, debido al masaje que se esta proporcionando.

El uso de cremas o emolientes reblandecen y protegen la piel.

Los emolientes dejan una película que retrasa la evaporación de la humedad normal y ayuda a retener la superficie de la piel que se esta descamando.

Los emolientes son: la lanolina – petrolatum, mantequilla de cacao, jalea de petróleo.⁸⁷

El uso de ropa de lana, alcohol y productos con sustancias químicas – jabón de aroma provoca irritación y eliminan la grasa fácilmente.

El tomar líquidos ayuda a la hidratación de la piel.

Evaluación.

Se observa la piel hidratada y limpia.

La señora Reina refiere que ha disminuido notoriamente la resequedad y la sensación de prurito a partir del 7º día.

Diagnóstico potencial.

Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos – procedimientos de la diálisis peritoneal y cuidados del estoma.

Objetivo.

⁸⁶ Wolf, LuVerne, et-al. Op cit.; pp. 467 – 470.

⁸⁷ Ibidem.

Prevenir el riesgo de infecciones.

Intervención.

Informar a la señora Reina y a su esposo sobre los signos y síntomas que de alarma como son: el dolor, color, irritación, sangre, edema, secreción de la piel y la presencia de cuadros febriles.

Reforzar la técnica de realizar la asepsia – curación de catéter.

Reafirmar el procedimiento de la diálisis e informar sobre cuales son los signos y síntomas de un mal procedimiento.

Informar sobre las complicaciones.

Fundamentación.

La piel consiste en una capa externa protectora (epidermis) y una capa interna de tejido vivo (dermis). La parte superior de la epidermis está compuesta de células muertas que contienen queratina, la escleroproteína córnea que forma también el pelo y las uñas.

La piel forma una barrera protectora contra la acción de agentes físicos, químicos o bacterianos sobre tejidos más profundos, y contiene órganos especiales que suelen agruparse para detectar las distintas sensaciones, como sentido del tacto, temperatura y dolor. Cumple un papel importante en el mantenimiento de la temperatura corporal gracias a la acción de las glándulas sudoríparas y de los capilares sanguíneos.

Es importante que conozca la coloración de la piel, así podrá detectar fácilmente los signos y síntomas de alarma en el momento de realizar la curación.

Mantener una buena higiene corporal (ducha diaria, evitando el baño, cuidado de las uñas) y llevar ropa interior limpia, la curación debe de ser diario, el orificio de salida siempre limpio y seco al igual que la gasa estéril que se tomará y anotará la temperatura, presencia de vómito, pies hinchados u otras

molestias. Si es así quizá haya que cambiar la concentración de las bolsas siguientes.

Preparación en una mesa limpia de todos los elementos que se necesitan. Bolsas estériles (vigilando la temperatura, el volumen, la concentración y la fecha de caducidad), pinzas, tapón estéril, mascarilla, paño para secar las manos después de lavárselas con jabón antiséptico, desinfectante.

Si en el momento de la conexión, algún material se cae al suelo o roza con algo deséchelo.⁸⁸

Las complicaciones tempranas suelen ser: la peritonitis se identifica por la aparición de dolor abdominal, náuseas, vómitos, falta de apetito, líquido turbio y fiebre, Infecciones en el orificio de salida del catéter, obstrucción: por estreñimiento, acodamientos del catéter, hemorragia, atrapamiento por el epiplón (grasa existente entre los intestinos), alteración del peso corporal mayor o menor de 1.500 kg, edema en tobillos, pies, alrededor de los ojos, respiración superficial y rápida, disnea, tos inexplicable, dificultad para dormir o necesidad de dormir casi sentado.⁸⁹

Necesidad De Descanso y Sueño.

Diagnóstico real.

Deterioro del patrón del sueño relacionado con dificultad e insatisfacción de conciliar el sueño manifestado por fatiga, apatía e irritabilidad.

Objetivo.

Mejorará su patrón de sueño y descanso.

Expresara mayor satisfacción con el número de horas de sueño y el descanso obtenido durante el mismo.

⁸⁸ PiSA, Manual del Paciente Dializado.; pp. 21 – 22.

⁸⁹ PiSA, Juntos... Mejoraremos la Calidad de la Vida Diálisis Peritoneal.; pp. 29 – 32.

Intervención.

Valorar e identificar los factores causales y coadyuvantes tales como: Mantener una posición antialgica en la cama ayudándose con un colchón adecuado adaptable al cuerpo sobre una base firme.

Mantener un ambiente agradable como: ponerse ropa holgada, la ropa de cama debe de ser suave, limpia y seca, adoptar una posición cómoda ayudándose con almohadas, la habitación a oscuras, temperatura fría o templada, luz nocturna, disminuir el ruido.

Mantener una rutina diaria de actividades.

Poner un horario al acostar para caer dormido y al levantarse, la cual se mantendrá aproximadamente 8 horas de sueño.

Enseñar técnicas de inducción al sueño como son: la relajación antiestrés, leer, escuchar música suave para relajarse, baño relajante o un masaje en la espalda.

Evitar las siestas durante el día y el consumo de estimulantes como: la cafeína o alcohol e ingerir leche y alimentos ricos en proteínas antes de irse a dormir.

Fundamentación.

El sueño, como parte de ciclo vigilia-sueño, es una de las formas para recuperar la energía perdida durante el día y, por lo tanto genera descanso físico y mental.

La hostilidad, monotonía, fatiga, lentitud, irritabilidad bajo rendimiento y esclavitud de si mismo, son manifestaciones por falta de descanso y sueño.⁹⁰

Los ritos a la hora de acostarse o rutinas presueño conducen a la comodidad y relajación. Las actividades normales antes de acostarse en los adultos, incluyen un paseo al atardecer, escuchar música, tomar un baño relajante. El

⁹⁰ Rosales, Barrera S. y Reyes, Gómez E. Fundamentos de Enfermería.; pp. 260 – 261.

sueño también va precedido de unas rutinas higiénicas tales como bañarse, cepillarse los dientes y evacuar.

Las personas necesitan aprender a evitar un ejercicio físico y un estímulo mental excesivo como el trabajo o tratar problemas familiares antes de acostarse. Tal actividad prolonga la inducción al sueño. La costumbre de dormir un período determinado y levantarse a la misma hora cada mañana es importante también en el reestablecimiento de un patrón sano de sueño.

Las medidas confortables son esenciales para ayudar a caer dormido y permanecer dormido. El estrés emocional interfiere con la capacidad personal para relajarse, descansar y dormir; la incapacidad de dormir agrava a al larga la sensación de tensión. Las técnicas de relajación inducen al sueño, la respiración lenta y profunda durante unos minutos seguidos de una contracción rítmica lenta y una relajación muscular pueden aliviar la tensión e inducir a la calma. Se puede enseñar visualizaciones, meditación y yoga.⁹¹

Algunas bebidas proteicas y aperitivos tales como: la leche caliente, queso o frutos secos favorecen el sueño cuando se toman antes de acostarse, estos son elementos ricos en proteínas que contienen un aminoácido L-tryptofan precursor de la serotonina, es un inductor y mantiene el sueño. La cafeína es un inhibidor del sueño.

Evaluación.

Al terminar la rutina de ejercicios se siente agotada.

Practica las técnicas de relajación todas las noches, bebe leche caliente antes de irse a dormir.

Duerme de 7 a 8 hrs 6 días de la semana y se siente mejor.

Necesidad de Moverse y Mantener Postura.

⁹¹ kosier, et-al. Enfermería Fundamental.; pp. 1018 - 1019.

Diagnóstico real.

Deterioro de la deambulación relacionado con estilo de vida sedentario e intolerancia a la actividad física manifestado por requerimiento de ayuda de bastón o silla de ruedas e informes verbales de fatiga, cansancio y debilidad.

Objetivo.

Mejorará a la movilidad física y disminuirá los informes verbales de fatiga, cansancio y debilidad.

Intervención.

Fomentar el uso del bastón para realizar caminatas con intervalos de ejercicios pasivos y activos durante 15 a 30 minutos cada tercer día y después será diario, con la finalidad de evitar la silla de ruedas.

Educar al familiar el como guiar a la señora Reina cuando sale de su casa y el caminar con seguridad.

Informar sobre los signos y síntomas de intolerancia a la actividad como son fatiga, mareo, dolor en el pecho, exceso de transpiración.

Fundamentación.

Actividad física, capacidad del cuerpo humano para satisfacer las exigencias impuestas por el entorno y la vida cotidiana. La actividad física es un estado del cuerpo (y de la mente) que ayuda a desarrollar una vida dinámica y positiva y es posible que afecte a casi todas las fases de la existencia humana. Fuerza muscular, energía, vigor, buen funcionamiento de los pulmones y el corazón, y un estado general de alerta, son signos evidentes de que una persona goza de buena forma física.

El uso del bastón ayuda al equilibrio, así como el brindar mayor seguridad al apoyarse del lado afectado.

Con la caminata y los ejercicios pasivos y activos le ayudaran a mejorar el tono, la fuerza, y la flexibilidad de todos los músculos incluyendo los del corazón y pulmón.

Mejorara la circulación sanguínea y tiende a disminuir la presión arterial y así aumentara el calibre de las arterias.

Reduce el peso corporal mediante el consumo de las calorías en exceso.

Es una forma de agradable de fomentar el bienestar general, al hacer que la persona se vea ya se sienta bien acerca de si misma, por tal motivo le ayudara a disminuir el estrés y depresión.⁹²

Los ejercicios pasivos tienen como objetivo de conservar la mayor cantidad posible de ángulo de movimiento de las articulaciones y mantener la circulación. Los ejercicios recomendados son: la flexión, extensión, rotación, dorsiflexión, abducción y aducción. Con una duración de 10 veces.

Se aconseja caminar junto al paciente, manteniendo su brazo más cercano en posición con el brazo correspondiente al del paciente que estará debajo del familiar. Esta posición ayudara al paciente en caso de un tropezón, para evitar los peligros se le va diciendo la estructura del piso o si la superficie es plana.⁹³

Evaluación.

Expresa satisfacción con el nivel de autonomía así como el deseo de cooperación de la movilidad física.

A partir del 10º día los ejercicios los realiza cinco veces a la semana. Su esposo a notado un cambio del estilo de vida de su esposa a partir de los ejercicios activos y pasivos, además que cuando sale a comprar sus cosas no utiliza la silla de ruedas, siempre sale acompañada y notan mayor tolerancia al caminar distancias largas.

⁹² Wolf, LuVerne, et-al. Op cit.; pp. 176 – 177, 523 – 526.

⁹³ kosier, et-al. Op cit.; pp 926 – 927.

Diagnóstico potencial.

Riesgo de caídas relacionado por disminución de la agudeza visual y presencia de muñón en pie derecho.

Objetivo.

Prevenir las caídas.

Intervención.

Fomentar la visita con el optometrista para el uso de lentes, valorando la agudeza visual.

Educar al paciente sobre la importancia del uso de bastón dentro y fuera de su hogar tomando en cuenta la presencia del muñón del pie derecho.

Educar al familiar el como guiar a la señora Reina cuando sale de su casa y el caminar con seguridad.

Mantener su hogar libre de objetos que obstruyan el paso.

Fundamentación.

La visión está relacionada en especial con la percepción del color, la forma, la distancia y las imágenes en tres dimensiones.

La agudeza visual indica la incapacidad de enfocar apropiadamente los objetos.

El uso del bastón ayuda al equilibrio, así como el brindar mayor seguridad al apoyarse del lado afectado.

Se aconseja caminar junto al paciente, manteniendo su brazo más cercano en posición con el brazo correspondiente al del paciente que estará debajo del

familiar. Esta posición ayudara al paciente en caso de un tropezón, para evitar los peligros se le va diciendo la estructura del piso o si la superficie es plana.⁹⁴

⁹⁴ Wolf, LuVerne, et-al. Op cit.; pp. 176 – 177, 523 – 526.

2.7 PLAN DE ALTA

Una alimentación balanceada

Al aparecer una Insuficiencia Renal Crónica, la alimentación adquiere un papel muy importante por que se puede considerar que una alimentación adecuada es fuente de salud y calidad de vida para el enfermo de Insuficiencia Renal Crónica, deberá cambiar su forma de alimentación y que en función del tratamiento renal sustitutivo al que acceda.

Se menciona los grupos de alimentos

Existen varios grupos de alimentos como: los carbohidratos, grasas, proteínas, vitaminas, minerales y agua, estos elementos son reguladores que armonizan y dirigen la construcción del organismo.⁹⁵

Carbohidratos una fuente de energía

- ✓ **Carbohidratos simples:** llamados azúcares sencillos: el azúcar, la miel, la mermelada y todos aquellos alimentos dulces (bollería, pastelería, confitería, etc.). Las personas con diabetes, triglicéridos elevados o que están en diálisis peritoneal deben evitar el consumo de azúcares sencillos.
- ✓ **Carbohidratos complejos:** llamados almidones son: el pan, el arroz, la pasta, la patata, las legumbres, etc. Otro tipo de hidrato de carbono es la fibra, con propiedades que benefician la salud. Su capacidad para absorber agua hace que aumente el bolo fecal y contribuye a evitar el estreñimiento, prevenir tumores malignos, reducir el colesterol y controlar la diabetes. Son fuente de fibra el pan integral,

⁹⁵ PiSA, Manual del Paciente Dializado.; pp. 24.

la pasta y el arroz integral, las verduras y hortalizas, las frutas y las legumbres. Los alimentos ricos en fibra también lo son en potasio y fósforo. las personas en diálisis y hemodiálisis deben evitar su consumo.⁹⁶

Grasas un aporte de energía al organismo

- ✓ **Grasas saturadas:** Se encuentran presentes en grasas de origen animal como: la ternera, cordero, huevos, productos lácteos enteros, mantequilla, embutidos, etc. El consumo de grasas saturadas está relacionado con las enfermedades cardiovasculares.
- ✓ **Grasas insaturadas:** se encuentran en los alimentos de origen vegetal aceites de semillas, de oliva y frutos secos y en los pescados. El consumo de grasas insaturadas como el aceite de oliva virgen, es un factor protector de las enfermedades cardiovasculares porque aumenta el colesterol bueno.⁹⁷

Proteínas fuente indispensable para el organismo

Son indispensables para el crecimiento, la formación de músculo y en la reparación de los tejidos. Necesarias para la formación de la mayoría de las estructuras corporales. El músculo, los huesos y todos los órganos del cuerpo están formados por proteínas. Las proteínas, según su procedencia, se clasifican en proteínas de origen animal, presentes en todos los productos de origen animal (carnes, embutidos, vísceras, pescado, mariscos, huevos, leche y derivados) y proteínas de origen vegetal, presentes en menor cantidad en alimentos de origen vegetal como legumbres y cereales. Las proteínas de origen animal son más completas que las proteínas de origen vegetal.⁹⁸

⁹⁶ PiSA, Juntos... Mejoraremos la Calidad de la Vida Diálisis Peritoneal.; pp. 25.

⁹⁷ PiSA, Manual del Paciente Dializado.; pp. 25 - 26.

⁹⁸ PiSA, Juntos... Mejoraremos la Calidad de la Vida Diálisis Peritoneal.; pp. 26 - 27.

Las Vitaminas elementos reguladores en el organismo.

- ✓ **Vitaminas hidrosolubles:** las vitaminas del grupo B y la vitamina C. Son fuente de estas vitaminas las verduras, las frutas, los cereales y las legumbres.
- ✓ **Vitaminas liposolubles:** vitaminas A, D, E y K. Son fuente de estas vitaminas los lácteos, carnes, pescados, huevos y grasas o aceites. La vitamina A también está presente en verduras coloreadas con amarillos-anaranjados-rojizos: zanahoria, pimiento rojo, col lombarda, etc. en forma de carotenos. En cuanto a los minerales: fósforo, calcio, hierro, potasio, yodo, etc, existe un gran número y están presentes en todos los alimentos. En la Insuficiencia Renal Crónica interesa conocer las siguientes vitaminas y minerales: la vitamina D, el fósforo, el calcio, el potasio, el sodio y el agua.⁹⁹
- ✓ **La vitamina D, el fósforo y el calcio:** En la Insuficiencia Renal Crónica, el fósforo es indirectamente responsable del deterioro progresivo de los huesos, ya que al no poder ser eliminado por el riñón se acumula en sangre cantidades peligrosas para la salud. El riñón es el encargado de activar la vitamina D procedente de la dieta para poder absorber el calcio de la comida. Cuando el riñón enferma, no se activa esta vitamina y no se puede utilizar el calcio presente en los alimentos.

Elevadas cantidades de fósforo y bajas cantidades de calcio en sangre provocan que el organismo intente obtener calcio tomándolo de los huesos. Por tanto, y con el fin de evitar el deterioro progresivo de los huesos es importante reducir el contenido de fósforo en la dieta y aumentar la ingesta de calcio y vitamina D en su forma activa, pero evitando la hipercalcemia.¹⁰⁰

El fósforo y el calcio están presentes en la mayor parte de alimentos, pero especialmente en la leche y los derivados lácteos.

⁹⁹ PiSA, Manual del Paciente Dializado.; pp. 26.

¹⁰⁰ Ibidem.

Así que, si se disminuye la ingesta de alimentos ricos en fósforo, también se disminuye la ingesta de calcio. Para disminuir la ingesta de fósforo y aumentar la ingesta de calcio y vitamina D. El quelantes o fijadores de fósforo- que es un medicamento (sales de aluminio, carbonato calcio, etc.), que tienen la finalidad de secuestrar el fósforo de la dieta y eliminarlo por las heces sin que se absorba por el organismo. Es muy importante que la persona en diálisis peritoneal o hemodiálisis no consuma demasiado fósforo en su dieta.

El Potasio esencial para la contracción muscular.

El potasio es un mineral cuya principal función es la de controlar la contracción de los músculos, el mantenimiento de la presión sanguínea, y la transmisión de los impulsos nerviosos. En la Insuficiencia Renal Crónica, la pérdida de funcionalidad del riñón, hace que el potasio se acumule en sangre. Cuando los niveles son muy elevados, pueden ocasionarle debilidad muscular, temblores, fatiga y, en casos graves, una parada cardíaca.

El potasio se encuentra en la mayoría de los alimentos, sobre todo en frutas -plátano, naranja, frutos secos, verduras - papa y legumbres, leche, nueces y chocolates. Pero al ser un mineral soluble en agua, gran parte del potasio de los alimentos se puede eliminar por medio del remojo y la doble cocción. La persona en diálisis, debe controlar el consumo de potasio en su dieta. El exceso de potasio en la sangre se refleja por una irregularidad en los latidos del corazón.¹⁰¹

La Sal como factor de riesgo

En la Insuficiencia Renal Crónica la eliminación de sodio y agua a través de la orina está disminuida. Como consecuencia de esta retención anormal de

¹⁰¹ PiSA, Juntos... Mejoraremos la Calidad de la Vida Diálisis Peritoneal.; pp. 27 - 28.

sodio va a aparecer una gran sensación de sed y se va a retener agua, pudiendo dar origen a la aparición de edemas en pies, cara, ojos y subidas de la tensión arterial. Si esta situación no se controla puede llevar a la insuficiencia cardiaca y al edema de pulmón. Son fuente de sodio, la sal de mesa y alimentos como embutidos, quesos, mariscos, snacks de aperitivos etc. Los pacientes dializados y trasplantados de riñón deben seguir una dieta pobre en sal.¹⁰²

El Agua esencial para el cuerpo humano

El cuerpo humano puede sobrevivir sin la ingesta de alimento durante uno o dos meses, pero sin la ingesta de agua moriría en el plazo de una semana. El paciente en diálisis peritoneal no requiere de un control sobre la ingesta de líquidos. La relación de líquidos causa: presión alta, edema en tejidos, insuficiencia cardiaca, disnea. Otras formas de consumir agua son: hielo, sopas, caldos, gelatina, algunas frutas y vegetales estas contienen un 90% de agua.¹⁰³

Alimentos Recomendados

Legumbres verdes, verduras, hortalizas y ensaladas alubias tiernas, guisantes tiernos, habas tiernas, espinacas acelgas, col, espárragos, coliflor, pepino, calabaza, tomate, apio, ajo, berros, alcachofas, diente de león, brócoli, berenjena, lechuga, escarola, nabo, rábanos, anchoas frescas, cebollas.

Frutas oleaginosas: nueces, almendras, avellanas, piñones, cocos y cacahuates.

Leche y derivados: requesón, panela y yogurt. El pollo de preferencia pechuga sin piel y grasa, huevo solo una nación a la semana.

Pescados blancos y azules (aportan entre 180-360 mg. de fósforo, entre 300-400 mg. de potasio y entre 75-180 mg. de sodio).

¹⁰² PiSA, Manual del Paciente Dializado. p.p. 28.

¹⁰³ PiSA, Juntos... Mejoraremos la Calidad de la Vida Diálisis Peritoneal. p.p. 29.

Angulas, atún fresco, bacalao fresco, besugo, bonito, boquerón, carpa, congrio, dorada, gallo, lenguado, lija, lubina, merluza, mero, pescadilla, rape, raya, rodaballo, salmonete, sardinas y trucha.

Menú recomendado

Desayuno

1 vaso de jugo de toronja.
1 quesadilla de queso y verduras.
1 taza de nopales.

Colación

1 taza de papaya.

Comida.

1 taza de arroz al vapor.
90gr. de pescado empapelado.
1 taza de verduras mixtas.
1 vaso de agua de jamaica.

Colación

1 pieza de jitomate.

Cena

1 sope con pollo.
Yogurt de frutas. Te sin azúcar.
Te sin azúcar.

Desayuno

1 vaso de jugo de betabel y zanahoria.
1 Huevo a la mexicana.
1 Tortilla.
Te sin azúcar.

Colación

1 ½ taza de cóctel de frutas.

Comida

Ensalada verde (berros, espinacas, lechuga y limón).
60gr. de fajitas de pechuga con pimiento morón.
1 tortilla.
1 vaso de agua de tamarindo.

Colación.

Ensalada de zanahoria con pepino.

Cena

1 taza de cereal con leche.
10gr. queso panela.
Jugo de zanahoria.

CUIDADOS GENERALES

Cuidado de los Ojos

En el ojo puede afectar el cristalino, el vítreo y la retina. Una de estas enfermedades es la vitrectomía en la cual hay una hemorragia masiva dentro del vítreo, otra son las cataratas que son una turbidez que se desarrolla en el cristalino y también la retinopatía diabética que se debe al deterioro de los pequeños vasos sanguíneos que nutren la retina.

Se recomienda:

- ✓ Medir diario la glucosa sanguínea y mantenerla bajo control (70dl – 120dl), esta al aumentar puede ver borroso, lucecitas y no olvidar tomar medicamento.
- ✓ Valorar la presión arterial una vez al día y llevar un control y no olvidar tomar medicamento.
- ✓ Consultar al oftalmólogo para que le realice un examen completo de los ojos y visitarlo una vez al año.¹⁰⁴

Cuidado Dental

Las personas diabéticas que están insuficientemente controladas, también tienen un aumento de caries y enfermedad periodontal.

Se recomienda.

- ✓ Cepillar los dientes y/o placa antes de cada comida, así como al levantarse.
- ✓ Usar seda dental diariamente.
- ✓ Uso de enjuague bucal este ayudar a aumentar la protección contra el crecimiento de bacterias.

¹⁰⁴ Turcker, M. y Martin, S. Op cit.; pp. 541, 542.

- ✓ Visitar al dentista cada seis meses.¹⁰⁵

Cuidados de la Piel, Piernas y Pies

Las personas diabéticas pueden desarrollar úlceras en los pies y las piernas, debido a la combinación de neuropatías y vasculopatías periférica. La neuropatía causa pérdida de sensación de tal manera que las heridas de los pies pueden pasar desapercibidas, no se tratan y se infectan. Una circulación disminuida en los pies y las piernas, retardan la circulación en dichas úlceras, ya que los nutrientes necesarios no alcanzan el tejido dañado y el material infectado no es destruido. Aun una herida muy pequeña puede progresar hacia una úlcera. Los pies están más expuestos a lesionarse por lo que reciben golpes, sudan mas, están menos irrigados por la sangre y frecuentemente se están infectando por bacterias y hongos como el pie de atleta, además las heridas no sanan fácilmente.¹⁰⁶

Recomendaciones para el cuidado de la piel, piernas y pies.

- ✓ Baño diario utilizando agua templada, sobre todo al lavar los pies, secar de forma suave, completa y sin frotar especialmente entre los dedos
- ✓ Aplicar loción lubricante y no dejar la piel húmeda.
- ✓ Evitar el uso de sustancias irritantes como yodo, pomadas, etc. Para prevenir lesiones.
- ✓ Inspeccione el cuerpo diariamente, sobre todo en la región inguinal, piernas y pies – la planta de los pies.
- ✓ Aplicar talco boricado en las zonas húmedas.
- ✓ Si la piel esta muy seca dar un masaje con lanolina antes de acostarse.
- ✓ Poner especial cuidado al limpiar o cortar las uñas para no lesionar la piel, hacerlo con buena luz y después del lavado. Las uñas no deben ser mas cortas del extremo de los dedos.

¹⁰⁵ Ibidem.

¹⁰⁶ Turcker, M. y Martin, S. Op cit.; pp. 541, 542.

- ✓ Vigile la existencia de cortes, cubiertas, ampollas, callos, furúnculos, o uñas enterradas; si los encuentra, lávelos con jabón neutro y agua tibia, séquelos bien y cúbralos con una gasa estéril o un vendaje, la región debe de mantenerse seca, si observa que no ha cicatrizado en 24 horas ir al médico. No intentar curarlos uno mismo.
- ✓ Acudir con un podólogo para que trate las callosidades, no utilizar remedios.
- ✓ Mantenga los pies secos, utilice calcetines limpios diario, se recomienda que sean de algodón.
- ✓ Evitar calcetines elásticos o apretados para que no obstruya la circulación, ni cruzar las piernas.
- ✓ Lleve zapatos holgados; si están apretados dilate gradualmente y más si son nuevos, no utilizar pantuflas cuando se debe usar zapato, no ande con los pies descalzos.
- ✓ Haga ejercicio con los pies durante el día; mueva los dedos en círculos, gire los tobillos, flexione, estire las rodillas y las caderas; evite mantener la misma posición durante periodos prolongados; si permanece de pie, camine sin avanzar; si esta sentado, levántese y camine; para descansar los pies, elevarlos varias veces al día.
- ✓ No utilice bolsas de agua caliente o almohadillas eléctricas sobre las extremidades y preferir calcetines de lana para dormir, evite quemaduras.
- ✓ Utilice un protector solar, como mínimo con un FPS15, diariamente así se debe utilizar prendas protectoras contra el sol y calor.¹⁰⁷

Cuidados el Catéter

- ✓ Mantener una buena higiene corporal (ducha diaria, evitando el baño, cuidado de las uñas).
- ✓ Llevar ropa interior limpia.

¹⁰⁷ Turcker, M. y Martin, S. Op cit.; pp. 541, 542.

- ✓ Mantener el orificio de salida siempre limpio y seco al igual que el apósito que lo recubre (usar gasa estéril), vigilando que no se mueva.
- ✓ No rascarse. ni aplicar cremas, ni polvos a su alrededor.
- ✓ Todos los días debe curarse la salida del catéter y observar el aspecto que tiene: si sangra, si está enrojecido, si siente dolor o le supura debe consultar rápidamente.
- ✓ Limpieza del entorno físico, extremando las precauciones cuando se conviva con animales.¹⁰⁸

La importancia de realizar ejercicio

Mantiene una estrecha relación con el estado psicológico reduciendo la ansiedad y la depresión, así se recomienda: trotar, caminar o practicar cualquier otro deporte, repercute notablemente en el estado general. Ayuda a disminuir las cifras de glucosa y grasa en sangre.¹⁰⁹

Ejercicios de bajo impacto

Son aquellos en las que la energía requerida para mover la parte del cuerpo la proporciona la enfermera, mediante un equipo mecánico, o el paciente hacia una extremidad afectada. Estos ejercicios sólo mantienen la movilidad articular, al no contraerse los músculos no provienen de la atrofia muscular. La mayoría de los ejercicios para mejorar la forma física son: la carrera, la caminata o marcha, natación, ciclismo, al igual que la actividad de la vida diaria, entre otros.

- ✓ Utilice la mecánica corporal adecuada.
- ✓ Después de caminar: inspeccionar los pies para asegurarse de no tener ampollas o lastimaduras.

¹⁰⁸ PiSA, Manual del Paciente Dializado.; pp. 28.

¹⁰⁹ Kosier, et-al. Op cit.; pp 926 – 934.

- ✓ Llevar alguna identificación medica que debe tener consigo cuando salga.
- ✓ Nunca hacer ejercicio cuando se tiene la glucemia alta o algún síntoma de cansancio, debilidad o presentar cetonas en orina. En este caso el ejercicio puede desencadenar cetoacidosis diabética, que es el preámbulo del coma.¹¹⁰
- ✓ Hacer ejercicio 5 veces a la semana por lo menos 30 minutos. Cada vez.
- ✓ Agacharse y estirarse: parado con las piernas separadas, doblarse hacia delante, atrás y a cada lado.
- ✓ La cabeza debe estar flexionada, extendida, hiperextendida y extendida a cada uno de los lados.
- ✓ El hombro debe ser flexionado, extendido, abducido y aducido y después en rotación externa e interna.
- ✓ Círculos con los brazos: levantando ambos brazos por delante hacer un movimiento circular primero con un brazo y luego con el otro. Extender los brazos hacia los costados y mover los brazos en circulo primero una dirección y luego en la otra.
- ✓ Brazos: mientras se esta sentado, apoyar las manos en los brazos de la silla y tratar de levantar el cuerpo de la silla usando solo la fuerza de los brazos.¹¹¹
- ✓ El codo y el antebrazo deben ser flexionados, después extendido, en supinación y pronación.
- ✓ La mano y la articulación de la muñeca deben ser flexionada e hiperextendidas al mismo tiempo pueden flexionar los dedos, la abducción y la aducción de la muñeca se pueden efectuar al mismo tiempo que los dedos se juntan y se separan.
- ✓ Rodar: comenzar de espaldas, elevar los brazos por arriba de la cabeza. Estirarse, luego rodar de un lado a otro lentamente.
- ✓ Con el enfermo en posición prona, el brazo puede ser hiperextendido y la cadera también.

¹¹⁰ Ibidem.

¹¹¹ kosier, et-al. Op cit.; pp 926 – 934.

- ✓ Elevación de una rodilla: acostarse de espaldas, levantar una rodilla lo más cerca posible del pecho y luego bajarla lentamente. Realizarlo con ambas rodillas.
- ✓ La pierna y la cadera deben ser flexionadas hacia fuera y hacia dentro, en rotación y en abducción y aducción. El tobillo debe ser flexionado hacia el dorso, invertido y evertido. También en flexión plantar. Los dedos deben ser flexionados e hiperextendidos.
- ✓ Piernas: acostarse sobre un costado, levantando una pierna y moviéndola en forma circular. Dar vuelta hacia el otro lado y repetir con la otra pierna.
- ✓ Mover ambos pies con movimientos circulares, primero hacia un lado y luego hacia el otro.
- ✓ Realizar regularmente los ejercicios de Buerger consisten en:
 - Recostarse en la cama y poner las piernas sobre un cojín colocar sobre la parte posterior del respaldo de la silla invertida. Permanecer en esta posición de 1 a 3 min.
 - Sentarse sobre el borde de la cama moviendo las puntas de los pies de arriba hacia abajo, normalmente los pies adquieren un color rosado. Si los pies toman un color azul y/o son dolorosos, es recomendable acostarse inmediatamente y elevar con una almohadilla los pies hasta que desaparezca el dolor.
 - Recostarse con las piernas horizontales, las cuales se cubren con una manta gruesa. Permanecer durante 5 minutos.¹¹²

¹¹² Turcker, M. y Martin, S. Op cit.; pp. 540, 541.

CONCLUSIONES

Ha sido de gran utilidad y valía el profundizar en el conocimiento y aplicación del proceso de enfermería apoyándome en la metodología para organizar, planear y ejecutar los cuidados con orden, precisión y calidad. Los objetivos específicos plasmados en este trabajo fueron alcanzados, mediante acciones que permitieron identificar, analizar y valorar desde una perspectiva holística las necesidades de enfermería dirigidas al cuidado integral, como base que sustenta la práctica profesional de la Enfermería para satisfacer las necesidades de la persona y modificar, atenuar o cancelar los factores de riesgo a la salud detectados.

Durante la aplicación del proceso tuve la oportunidad de adquirir otra visión acerca de la utilidad de la valoración de enfermería: porque al elegir a la paciente con problemas de diabetes, hipertensión, insuficiencia renal y con un proceso de diálisis peritoneal ambulatoria, me dio la oportunidad de que me acogiera como una profesional de la salud que le podía ayudar a aclarar dudas o enfatizar más en el tema que conocía superficialmente, así me fue más fácil detectar las diferentes necesidades y llevarlas a un favorable resultado junto con la colaboración de su familia.

SUGERENCIAS

El Proceso Atención de Enfermería se utiliza como herramienta de trabajo metodológica, junto con el modelo de Virginia Henderson, basado en las 14 necesidades que nos ayuda a describir minuciosamente, el cual proporciona la visión del paciente como un todo y no solo como un órgano enfermo sino como un ser humano; del modo en que sus necesidades se pueden identificar dentro y fuera del campo hospitalario.

La enfermería, como proceso, ha evolucionado de modo que ayuda a brindar un mejor cuidado sistemático, basado en los datos científicos. Asimismo, proporciona un marco de referencia para la recopilación y análisis de datos acerca del estado del paciente siendo sistemática y continua, los diagnósticos de enfermería se derivan de los datos del estado de salud del paciente, el plan de cuidados incluye las prioridades y los métodos de enfermería preescritas para el logro de los objetivos derivados de los diagnósticos, las acciones de enfermería posibilitan la participación del paciente en la promoción, el mantenimiento y la restauración de su salud, por último la evaluación del paciente, el logro de los objetivos o la ausencia del mismo constituye la base para una nueva evaluación, el reordenamiento de nuevos objetivos y la modificación del plan de cuidados de enfermería.

GLOSARIO

Anemia: trastorno que se caracteriza por la disminución de la hemoglobina sanguínea hasta concentraciones inferiores a los límites normales.

Anoxia: falta relativa o total de oxígeno al aparato respiratorio; de la incapacidad de la sangre para transportar oxígeno a todos los tejidos.

Anuria: incapacidad para orinar, suspensión de la producción de la orina. La anuria puede estar producida por insuficiencia o disminución renal, etc.

Carbohidratos: son la principal fuente de energía para todas las funciones corporales y resultan imprescindibles para el metabolismo de otros nutrientes. Grupo de compuestos orgánicos entre los que se hallan la glucosa, la fructuosa, el almidón, la celulosa y la goma.

Colesterol: alcohol esteroideo cristalino liposoluble que se encuentra en las grasas, aceites y en la yema del huevo, y que está ampliamente distribuida por el organismo, especialmente en la bilis, sangre, tejido nervioso, hígado, riñón, glándulas suprarrenales, y vainas de mielina de las fibras nerviosas. Facilita la absorción y el transporte de los ácidos grasos y actúa como precursor de la síntesis de vitamina D en la superficie cutánea.

Diálisis peritoneal: Procedimiento realizado para corregir el desequilibrio electrolítico de la sangre o eliminar toxinas, fármacos u otros productos de desecho normalmente excretados por el riñón.

Disnea: Dificultad para respirar que puede deberse a ciertas enfermedades cardíacas o respiratorias, ejercicio extenuante o ansiedad.

Edema: Acumulo anormal de líquido en los espacios intersticiales, saco pericardio, espacio intrapleural, cavidad peritoneal o capsulas articulares.

Ejercicio: relación de cualquier actividad física con el fin de mantener en forma el organismo, mejorar la salud o como medio terapéutico para corregir una deformidad o restablecer el estado de salud de determinados órganos y funciones corporales.

Ejercicio activo: movimientos repetitivos de una parte del cuerpo como resultado de la contracción y relajación voluntarias de los músculos implicados.

Ejercicios pasivos: movimientos repetitivos de una parte del organismo como resultado de una fuerza aplicada externamente o el esfuerzo voluntario de los músculos que lo controlan otra parte del cuerpo.

Eritroproyektina: Hormona sintetizada en el hígado y liberada en la corriente sanguínea en respuesta a la anoxia estimula y regula la producción de eritrocitos y aumenta la capacidad de transporte de oxígeno.

Estoma: Apertura creada quirúrgicamente por dos estructuras corporales.

Grasa: sustancia compuesta por lípidos o ácidos grasos de distinta forma o consistencia.

Nutrientes: son todas aquellas sustancias que contienen los alimentos, es decir, se encuentran presentes en mayor o menor cantidad en los alimentos y el organismo los emplea para obtener energía, construir y reparar sus estructuras.

Palidez: Disminución en la integridad de color de la piel que puede derivarse del aporte insuficiente de sangre a los tejidos superficiales.

Peritoneo: amplia membrana serosa que recubre toda la pared abdominal y se refleja en las vísceras intraabdominales.

Peritonitis: Inflamación del peritoneo, producida por bacterias o sustancias irritantes introducidos en la cavidad abdominal, a través de una herida penetrante o por la perforación o por la perforación de un órgano del aparato gastrointestinal o reproductor.

Proteínas: son indispensables para el crecimiento, la formación de músculo y en la reparación de los tejidos. Necesarias para la formación de la mayoría de las estructuras corporales.

Prurito: Molesta sensación de picor en una zona de la piel que hace desear rascarse y que puede estar ocasionada por una dermatitis.

Potasio: mineral cuya principal función es la de controlar la contracción de los músculos, el mantenimiento de la presión sanguínea, y la transmisión de los impulsos nerviosos.

Potasio: es un mineral cuya principal función es la de controlar la contracción de los músculos, el mantenimiento de la presión sanguínea, y la transmisión de los impulsos nerviosos.

Vitamina: compuesto orgánico esencial, en pequeñas cantidades, para el funcionamiento fisiológico y metabólico del organismo.

Vitaminas hidrosolubles: la vitamina B₁ tiamina. B₂ riboflavina, B₆ piridoxina y la vitamina C ácido ascórbico.

Vitamina A: vitamina liposoluble esencial para el crecimiento esquelético, el mantenimiento del epitelio mucoso normal y la agudeza visual.

Vitamina D: vitamina liposoluble relacionada con los esteroides y esencial para la formación normal del huesos, dientes, y la absorción de calcio y fósforo en el conducto gastrointestinal.

Vitamina E: vitamina liposoluble de la familia de los tocoferoles, esenciales para la reproducción normal, el desarrollo muscular, la resistencia eritrocitaria a la hemólisis y otras diversas funciones bioquímicas.

Vitamina K: grupo de vitaminas hidrosolubles denominadas quinonas, esenciales para la síntesis de la protrombina en el hígado y de varias proteínas relacionadas que intervienen en el proceso de coagulación de la sangre.

BIBLIOGRAFIA

Alfaro, Rosalinda, - Lefeure. El Pensamiento Crítico en Enfermería – Un Enfoque Práctico. Masson. Barcelona; España. 1997.

Carpenito, Linda. Manual de Diagnósticos de Enfermería. Interamericana. Madrid; España. 1993.

Colliere, Marie –Françoise. Promover la Vida. McGRAW-Hill. Interamericana. Madrid; España. 1997.

Darragon, Thierry. Cuadrenos de la Enfermera – Reanimación. Masson. Barcelona; España.

Fernández, Ferrín C y Novel Martí G. El Proceso de Atención de Enfermería. Masson. Barcelona; España. 1993.

Gauntlett, Beare, P. Enfermería Médico Quirúrgica. Vol I, 3º ed. Harcourt. Madrid, España. 1999.

Gordón, et-al. Diagnósticos de Enfermería. Harcout Brace. Barcelona; España.1994.

Luís, Rodrigo, M. et-al. De la Teoría a la Práctica. “El Pensamiento de Henderson en el S. XXI. 2ª ed. Masson. Barcelona; España.2000.

Mancera, Gabriel – HGR. Diálisis, Hemodiálisis y Enfermería. s/a. D.F. México. s/a.

Marriner, Tomey, A. y Raile, A. M. Modelos y Teorías de Enfermería. 4ª ed. Harcourt Brace. Madrid; España. 1999.

Nanda. Diagnósticos de Enfermería. Interamericana. Madrid; España. 2004.

Rosales, Barrera S. y Reyes, Gómez E. Fundamentos de Enfermería. Editores de texto. D.F.; México. 1991.

Wolf, LuVerne, et-al. Curso de Enfermería Moderna. ed 7º Harla. D.F.; México. 1988.

Kosier, et-al. Enfermería Fundamentos. D.F. México. Interamericana.1999.

PiSA, Manual del Paciente Dializado. BenY-PiSA. D.F.; México. s/a.

PiSA, Juntos... Mejoraremos la Calidad de la Vida Diálisis Peritoneal. BenY-PiSA. D.F.; México. 2001.

Turcker, M. y Martin, S. Normas del Cuidado del Paciente. 6º ed. Harcourt Mosby. Madrid, España. 1997.