



**SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM.**



*“PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA
RENAL CRÓNICA “*

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA**

**PRESENTA:
MARIBEL BENITEZ VEGA**

**DIRECTOR ACADEMICO:
LIC. JOSÉ MANUEL MAYA MORALES**

MARZO 2011



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.

DEDICATORIA

A DIOS

POR LA FAMILIA QUE ME DIO Y LAS OPORTUNIDADES QUE A
LLEVADO A MI VIDA.

A MI MADRE MARIA EUGENIA

ERES UNA MUJER MARAVILLOSA , QUE A PESAR DE MIS ERRORES
NUNCA ME DEJAS SOLA ¡ GRACIAS !

A MI PADRE ALONSO

POR BRINDARME LO MEJOR DE TI EN CADA MOMENTO DE MI VIDA.

A MI HERMANA MERY JEAN E HIJO LEONARDO

ME INSPIRARON, EL SEGUIR ADELANTE, DANDO LO MEJOR DE MÍ,
PARA SER UN EJEMPLO DE FORTALEZA Y SUPERACIÓN.

AMIGA GISELA

POR TU APOYO Y CARÍÑO INCONDICIONAL, POR CADA MOMENTO DE
RESPIRO.

A MIS MAESTROS

¡GRACIAS! POR SER PARTE FUNDAMENTAL EN MI FORMACIÓN
PROFESIONAL.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. JUSTIFICACIÓN	2
3. OBJETIVOS	3
3.1 GENERAL	3
3.2 ESPECÍFICOS.....	3
4. METODOLOGÍA.....	4
5. MARCO TEORICO.....	6
5.1 PROCESO ENFERMERIA.....	7
5.1.1 DEFINICION.....	8
5.1.2 ETAPAS DEL PROCESO	9
5.2 FILOSOFIA DE VIRGINIA HENDERSON.....	11
5.2.1 VIRGINIA HENDERSON.....	12
5.3 ANATOMIA Y FISILOGIA DEL ORGANO AFECTADO.....	14
5.3.1 EL RIÑON.....	15
5.3.2 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.....	18
6. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLINICO	22
6.1.1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN	23
6.1.2 EXPLORACION FISICA.....	24
7. VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES.....	25
7.1 RESUMEN DE DATOS RELEVANTES.....	26
8. ANALISIS DE DATOS	28
8.1 EXAMENES DE LABORATORIO.....	29
9. JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES AFECTADAS.....	32
10. CONSTRUCCIÓN DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA.....	35
11. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	37
12. PLAN DE ALTA.....	44
13. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	47
14. GLOSARIO.....	49
15. ANEXOS.....	53
16. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	71

INTRODUCCIÓN

La Insuficiencia Renal Aguda puede definirse como una reducción o cese brusco de la función renal. Debido a la importancia del riñón en el mantenimiento del medio extracelular, la disminución aguda de la función renal afectará a muchos, en realidad, la mayoría de los sistemas orgánicos.

Los síntomas de presentación, curso clínico y complicaciones son manifestaciones de estos efectos secundarios.

La mayoría de los casos de insuficiencia renal crónica (IRC) se observan en pacientes víctimas de un traumatismo y pacientes con varias enfermedades médicas agudas.

A pesar de que se ha investigado mucho la fisiopatología de la IRC, no se dispone de ningún tratamiento que pueda revertir su curso. La terapéutica está dirigida principalmente a la prevención y/o tratamiento de las complicaciones asociadas.

La IRC aparece con frecuencia en los enfermos graves. La importancia de este problema viene realzada por el hecho de que cerca de la mitad de todos los pacientes que desarrollan una IRC no sobreviven, proporción que no ha variado apenas durante los últimos 30 años. La combinación de insuficiencia renal y respiratoria conlleva una mortalidad alta en los últimos tiempos.

A continuación presentamos un caso clínico de un paciente con IRC durante su ingreso hospitalario en la Unidad de Medicina Interna del Hospital Juárez de México, teniendo en cuenta el modelo de Virginia Henderson como marco de referencia.

Este modelo habla del rol autónomo y del rol de colaboración. Dentro del autónomo se realiza suplencia de autonomía y se complementan las áreas de dependencia (fuerza, voluntad y conocimientos) para que la paciente logre su independencia. Encontramos diagnósticos enfermeros reales y de riesgo. Dentro del rol de colaboración encontramos problemas de colaboración o interdependientes derivados del diagnóstico o tratamiento médico.

La recogida de datos se realiza el primer día de ingreso, lo que permite identificar problemas y valorarlos para marcar objetivos que tendrán validez hasta el plazo marcado y planificaremos intervenciones. De esta manera cuando llegue la fecha marcada se evaluará el cumplimiento de dicho objetivo o si por el contrario se necesitan restablecer nuevos para resolver nuevos problemas.

JUSTIFICACION

En la actualidad aplicar la metodología del proceso atención de enfermería, como una herramienta para el desarrollo de la practica profesional ha sido difícil, debido a esto nos vemos comprometidos a explorar una experiencia sobre la utilización de planes de cuidados, concluyendo que la aplicación de este es relevante para la practica clínica. Por lo que incrementa la obligación y responsabilidad de la enfermera en conocer detalladamente este tipo de metodología y tener un plan de cuidado adecuado e individualizado para buscar la mejoría del paciente con ayuda del proceso enfermero y la taxonomía del NANDA NIC y NOC Para lograr una mejoría exitosa.

Mediante el tiempo, las experiencias sobre la utilización de planes de cuidados estandarizados han concluido que la documentación es relevante para la práctica clínica, refleja las observaciones, la valoración e intervenciones por lo que esperan que el mayor uso de los planes de cuidados de enfermería estandarizados mejore el acceso a la información a los mismos, permitan una toma de decisiones objetivas e incrementen la calidad del cuidado enfermero. Demostrando que la vinculación de las taxonomías, NANDA, NOC y NIC, permiten homologar el lenguaje dentro de la práctica clínica y la necesidad de utilizar un lenguaje común con terminología estandarizada en relación con los diagnósticos enfermeros, intervenciones y resultados.

OBJETIVOS

GENERAL:

Aplicar el Proceso Enfermero, a un paciente con Insuficiencia Renal Crónica en el servicio de Medicina Interna del Hospital Juárez de México, utilizando el Modelo de Virginia Henderson.

ESPECIFICOS:

- Establecer los criterios para el diseño del Plan de Cuidados de Enfermería.
- Contribuyendo en la mejora de la calidad del cuidado y seguridad de un paciente con Insuficiencia Renal Crónica.
- Aplicar la taxonomía NANDA, NIC y NOC. En la atención de un paciente con IRC.
- Brindar cuidado holístico al paciente con Insuficiencia Renal Crónica.
- Capacitar al familiar, en la atención del paciente con Insuficiencia Renal Crónica.

METODOLOGIA

Identifique el problema de salud, proceso vital o manejo terapéutico prevalente, dirigido al individuo y familia para definir el PLACE a desarrollarse. También se pudo determinar a través de las principales demandas de atención del usuario en el servicio de salud.

CONSTRUCCIÓN DE DIAGNOSTICOS

La realización del diagnóstico corresponde a la etapa de formulación de hipótesis, conteniendo diferentes niveles de complejidad, necesitamos el método científico para poder diagnosticar.

El método científico consiste en observar los hechos significativos, sentar hipótesis que expliquen satisfactoriamente estos hechos y deducir de estas hipótesis consecuencias que puedan ser puestas a prueba por la observación, para adoptar como provisionalmente verdadera la hipótesis establecida.

Realizándolo mediante un estudio completo del problema a tratar, lo que implica:

Definición lo más concreta y específica posible del problema.

Búsqueda y recopilación de información pertinente al problema, tanto en lo referente a datos de interés, como a los conocimientos existentes sobre el (bibliografía).

Análisis y explicación de los datos.

SELECCIÓN DE RESULTADOS

Los resultados representan los estados, conductas o percepciones del individuo familia o comunidad ante la intervención del profesional de enfermería, para su selección utilizar la clasificación de resultados de enfermería (NOC).

La búsqueda se puede realizar de cuatro formas:

- Por relación NOC-NANDA
- Por taxonomías
- Por especialidad
- Por patrones funcionales

En la metodología de este linimiento, se estructuro mediante la relación NOC – NANDA.

Cada resultado debe tener implícita la escala de medición a utilizar; aunque se puede dar el caso que los resultados utilicen la misma escala de medición:

1 = grave, 2 = sustancial, 3 = moderado, 4 = leve y 5 = ninguno.

Los puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.

SELECCIÓN DE INTERVENCIONES

Nos basamos en el criterio y el conocimiento clínico, de acuerdo a las necesidades del paciente y el familiar, adaptándonos a las posibilidades y disposición de estos.

Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC

Se pueden realizar de tres formas:

- Por taxonomía
- Por relación NIC – NANDA
- Por especialidad

En este trabajo se emplea la selección de intervenciones por relación NIC - NANDA , buscar por orden alfabético la etiqueta diagnóstica en las intervenciones de la NIC relacionada con los diagnósticos de la NANDA.

Si se considera alguna intervención o actividad no incluida en la clasificación de intervenciones de enfermería se podrá registrar en el plan de cuidados de enfermería siempre y cuando tengan nivel de evidencia clínica.

El Plan de Cuidados de Enfermería esta sustentado con bibliografía científica y en proceso de constante actualización.

MARCO

TEORICO

PROCESO DE ENFERMERIA

DEFINICION

El Proceso de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional lógica y sistemática.

Esta basado en el método científico, herramienta que permite desarrollar conocimientos, habilidad y destrezas en la atención integral del paciente en sus áreas bio-psico-socio-espiritual, en el marco de proceso salud-enfermedad. Es considerado como una valiosa herramienta en el desempeño profesional de enfermería comprende una serie de pasos sistematizados que permiten la administración del cuidado a partir de la identificación de las respuestas humanas.¹

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE ENFERMERIA:

TEMÁTICO: Consiste en la utilización de un enfoque organizado para conseguir sus propósitos.

DINÁMICO: Se somete a cambios continuos y esta enfocado a respuestas cambiantes del paciente.

INTERACTIVO: Se basa en relaciones reciprocas establecida entre la Familia – Paciente – Enfermera, así como otros profesionales de la salud.

FLEXIBLE: Se demuestra en dos contextos; el Primero, el Adaptarse a la Practica de Enfermería en cualquier área de especialización que trate con individuos, grupos y comunidades. Y el Segundo; es que se Puede Ejecutar el Plan de Cuidados al Mismo Tiempo.

RESUELTO: Va dirigido a un objetivo =”RESOLVER EL PROBLEMA”.

BASE TEÓRICA: Parte de conocimientos, incluyendo las Ciencias y Humanidades, así como el hecho de que se puede aplicar a cualquiera de los modelos teóricos de enfermería, siempre y cuando sean sustentados en el Método Científico.

ELEMENTOS DEL PROCESO ENFERMERO:

CLIENTE: Individuo, Familia o Comunidad, que participa en forma activa en todas las fases del método.

ENFERMERA: Persona que requiere de capacidades Intelectuales, Técnicas y de Relación y la Información Actualizada para aplicar el Método Enfermero.

MÉTODO: Hacer un análisis de las 5 fases, es decir, VALORACIÓN, DIAGNOSTICO, PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN.

OBJETIVOS DEL PROCESO DE ENFERMERIA

- Establecer una base de datos sobre el paciente.
- Identificar problemas de salud reales y/o potenciales.
- Identificar las necesidades de cuidados.
- Establecer planes de cuidados para resolver problemas identificados.
- Determinar prioridades de los cuidados, objetivos y resultados.
- Determinar la eficacia de los cuidados con respecto de los objetivos.

ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERIA

VALORACIÓN

Se define como el proceso organizado y sistemático de la obtención de datos, lo que nos permite estimar el estado de salud del paciente, familia y comunidad.

A partir de un enfoque holístico; es decir, un modelo de enfermería para la identificación de respuestas humanas y la integración de elementos de un modelo médico para la identificación de respuestas fisiopatológicas (Rodríguez S. 2002).

- Recolección de datos del paciente, los cuales se organizan en dos grupos:

Datos objetivos: Son observaciones o determinaciones hechas por la persona que recoge los datos.

Datos subjetivos: Son percepciones del paciente acerca de sus problemas de salud. Únicamente el paciente puede proporcionar esta clase de información.¹

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

En 1973 surge un grupo de enfermeras integrado por teóricas, docentes, gestoras y asistentes quienes responden al reto de identificar categorías de problemas que deberían considerarse diagnósticos de enfermería del cual nace la **N.A.N.D.A.** (North American Nursing Diagnosis Association).

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay. La **NANDA** (2003) reconoce **tres tipos** de diagnósticos:

Real: Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables.

Potencial: Es un juicio clínico que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo.

En caso que la clasificación de la **NANDA** no enuncie el problema en términos de riesgo, la descripción concisa del estado de salud de la persona va precedido por el término "**Riesgo**".²

PLANEACIÓN

Consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para conducir al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

PASOS DEL PLAN DE CUIDADOS

- Establecer prioridades
 - Problemas de salud en los cuales se debe centrar mayor atención.
 - Planteamiento de objetivos (resultados esperados).
 - Determinar objetivos que guíen la actuación de la enfermera. Estos deben especificar.
-

TIPOS DE OBJETIVOS

A CORTO PLAZO: Un objetivo a corto plazo es aquel que espera conseguir en un corto periodo de tiempo, habitualmente menos de una semana

A MEDIANO PLAZO: Un objetivo a mediano plazo es aquel que se espera conseguir durante un periodo aproximado de dos semanas.

LARGO PLAZO: Un objetivo a largo plazo es aquel que se espera conseguir durante un periodo de tiempo más prolongado habitualmente semanas o meses.

NOC

La traducción de la sigla NOC, es CRE (Clasificación de los Resultados de Enfermería).

La NOC es una sigla definida como "estado del cliente después de una intervención de enfermería." (Johnson y Maas, 2000).³

EJECUCIÓN.

Es la aplicación del plan de cuidados diseñado de manera individual para el paciente incluyendo a su familia, con el fin de dar solución a los problemas de salud detectados.

La puesta en práctica del plan no es solo actuar sino que hay que ejercer el pensamiento crítico y la reflexión sobre lo que se esta haciendo

EVALUACIÓN

Se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados lo que determinará la eficacia y efectividad de las actuaciones, existen dos tipos de evaluación:

- Logró de objetivos
- Reevaluación del plan de cuidados de enfermería.

La clasificación de los resultados de enfermería (NOC) presenta terminología y las medidas estandarizadas para los resultados obtenidos de los pacientes que resultan de las intervenciones que se han aplicado. Convertido en un equipo de investigación en la universidad de Iowa, la clasificación se puede utilizar por los clínicos, los estudiantes, los educadores, los investigadores, y los administradores en una variedad de lugares clínicos, educativos, y de la investigación.

La comprensión de los resultados, y la inclusión de los indicadores específicos que se pueden utilizar para evaluar y para clasificar al paciente en lo referente al logro del resultado, hacen este libro un recurso inestimable para las enfermeras clínicas y los estudiantes.

FILOSOFIA
DE
VIRGINIA HENDERSON

VIRGINIA HENDERSON



Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

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

Los Elementos Del Paradigma De Virginia Henderson

ENFERMERÍA: Es una ciencia, arte y disciplina que tiene como función la de cuidar a la persona sana o enferma, mediante actividades que contribuyan a mantener la salud o a recuperarla, o en todo caso a un bien morir.

SALUD: Es un ideal que se ha de conseguir y está influenciada por el contexto en el que la persona vive. La salud óptima es posible cuando hay ausencia de enfermedad y presencia de varios elementos que constituyen la salud.

ENTORNO: Esta constituido por los diversos contextos (histórico, social, político, etc) en el que la persona vive. Las interacciones entre el entorno y la persona se hacen bajo la forma de estímulos positivos o negativos y de reacciones de adaptación.

PERSONAS o (PACIENTE) Es un todo formado por la suma de cada una de sus partes biológicas, psicológicas, sociológicas, culturales y espirituales, que están interrelacionadas. Lo anterior permite conceptualizar a la persona como unidad bio-psico-socio-cultural-espiritual.

Los postulados sobre los que se basa el modelo de "Virginia Henderson" se refería a las necesidades básicas de los seres humanos, que parte de las necesidades físicas para llegar a los componentes psicosociales. Se observan una correlación con la jerarquía de necesidades confeccionada por ABRAHAM MASLOW que se le considera el iniciador de la tercera fuerza de la psicología.⁴

- Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea.
- El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales.
- Cuando una de las necesidades que de insatisfecha no esta completa, entera y no es independiente.

Partiendo de la teoría de las necesidades. Humanas clásicas la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comparan todos los seres humanos, puede no satisfacerse por falta de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital existiendo en ellas factores, físicos psicológicos y sociales.

1. Necesidad de oxigenación.
2. Necesidad de nutrición e hidratación.
3. Necesidad de eliminación.
4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
5. Necesidad de descanso y sueño.
6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.
7. Necesidad de termorregulación.
8. Necesidad de higiene y protección de la piel.
9. Necesidad de evitar peligros.
10. Necesidad de comunicarse.
11. Necesidad de vivir según creencias y valores.
12. Necesidad de trabajar y realizarse.
13. Necesidad de juego y actividades recreativas.
14. Necesidad de aprendizaje.

Los 3 niveles de intención y rol que la enfermera tiene con el paciente.

- Enfermera como sustituta del paciente.
- Enfermera como Auxiliar del paciente.
- Enfermera como Compañera del paciente.

Características de las intervenciones

- Consecuencias
- Base Científica
- Individualización
- Ambiente seguro y terapéutico
- Oportunidades de Enseñar
- Utilidad de los recursos apropiados

Las causas de la dificultad, son los obstáculos o limitaciones del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades, y son:

- Falta de fuerza
- Falta de conocimientos
- Falta de voluntad

Grados de dependencia

El grado de independencia son considerados de acuerdo a las características, específicas de cada persona las cuales varían según los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Todo ello a su vez modifica sensiblemente el criterio de independencia considerado como parámetro de normalidad en cada caso concreto.

- Dependiente
- Parcialmente Independiente
- Independiente

ANATOMIA
Y
FISIOLOGIA
DEL ORGANNO AFECTADO

EL RIÑÓN

El riñón es un órgano par retro peritoneal ubicada a cada lado de la columna vertebral entre L1 y L4 en posición erguida y T12 y L3 sentado, pesa alrededor de 135 a 150 gr. cada uno y tienen un color café rojizo. Además los riñones miden de 10 a 12 cm. de longitud, 7 de ancho y de 2 a 3 de espesor, aunque el riñón izquierdo es algo más largo y grande que el derecho, por la presencia del hígado el riñón derecho se encuentra 1 – 1.5 cm. más bajo que el izquierdo.^{5, 6}

Presentan una cara anterior y posterior (que son aplanadas), borde externo (que es convexo) e interno (que es cóncavo), y polos superior e inferior. Debido a todas estas características es generalmente comparada con un frijol.

Están cubiertos por 3 capas que cumplen la función de mantener en su lugar y proteger a los riñones:

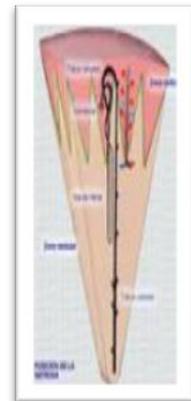
Cápsula Renal: membrana lisa, transparente y fibrosa, es la continuación de la cubierta externa del uréter.

Cápsula Adiposa: Tejido graso que rodea la cápsula renal, protege al riñón de traumatismos y lo sostiene en su posición.

Facia: Tejido conectivo que une el riñón a las estructuras circundantes y a la pared abdominal.

Si se hiciera un corte de polo a polo del riñón se notarían dos regiones, una externa denominada *corteza* y otra interna llamada médula.

La región cortical tiene un color oscuro y es granulosa, a simple vista se puede ver en la corteza 3 sustancia, corpúsculos (que están a manera de puntos), laberinto cortical (por los túbulos contorneados) y rayos medulares (que son estriaciones longitudinales). En tanto que la región medular presenta de 6 a 12 regiones estriadas definidas, pálidas y en forma de pirámides, denominadas pirámides renales, la base de las pirámides está orientada hacia la corteza, a la zona de unión de la corteza y la médula se denomina borde cortico medular, mientras que el vértice se denomina papila renal y está perforado por 20 o más aberturas de los conductos de Bellini, esta zona perforada se denomina área cribosa.



La porción de la corteza que descansa en la base de la pirámide se denomina arco cortical. Las pirámides están separadas por material que da la impresión de corteza, estos espacios son denominados **columnas** corticales o de Bertín. Cada arco cortical, con su respectiva médula y columnas forman a un lóbulo del riñón.

La cara interna de los riñones presenta una cisura vertical denominada hilio, que da paso a los vasos sanguíneos y al uréter, esta cisura se proyecta hacia dentro del riñón y forma al seno renal, el cual está tapizado por la continuación de la

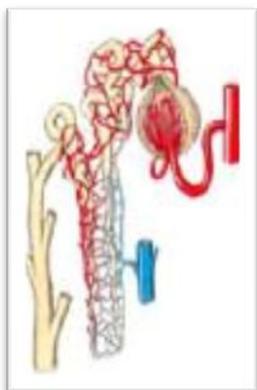
cápsula y contiene a los vasos renales y a la pelvis renal. La pelvis renal es un conducto tubular que se divide dentro del riñón en cálices mayores (de 2 a 3 en cada riñón), estos a su vez se subdividen en cálices menores los cuales rodean y engloban a las papilas.

Unidad funcional

La unidad funcional del riñón es el **túbulo urinífero**, que es una estructura muy contorneada que se encarga de la formación de la orina, está constituido por dos porciones que tienen desarrollo embrionario distinto, la **nefrona** y el **túbulo colector**.

Nefrona

Se encuentra en alrededor de 1 millón a más por cada riñón, se encargan de la filtración del plasma, reabsorción de sustancias útiles para el organismo y de la excreción de sustancias de desecho. Se forma por dos partes, el *corpúsculo* los *túbulos*.

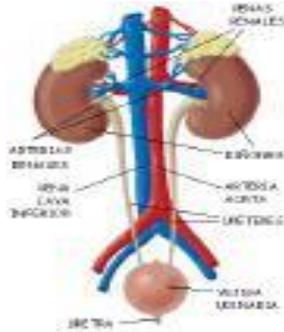


El corpúsculo es una estructura redonda a oval que mide de 200 a 250µm de diámetro, está compuesto por un mechón de capilares que conforman al *glomérulo*, que se invagina en la *cápsula de Bowman*, que es el extremo proximal dilatado y que engloba al glomérulo, el espacio que hay entre el glomérulo y la capsula de Bowman se denomina espacio urinario (o de Bowman).

El glomérulo se encuentra irrigado por una arteriola aferente que es recta y corta, y lo drena una arteriola eferente que tiene un diámetro externo mayor y pero una diámetro luminal igual. El punto por el cual ingresan las arteriolas se denomina polo vascular, mientras que el punto donde empieza el túbulo proximal se denomina polo urinario.

El espacio de Bowman drena en el *túbulo proximal* a nivel del polo urinario, consiste en una ondulante región llamada parte contorneada, localizada cerca de los corpúsculos, y una región más recta llamada la parte recta, que desciende en lo rayos medulares por la corteza y llega hasta la médula, una vez dentro de la médula se denomina *asa de Henle*, el cual se puede diferenciar en 2 porciones, la descendente que es la continuación del túbulo proximal y la ascendente, esta a su vez se puede diferenciar en la porción delgada y la porción gruesa; la porción ascendente es la que sube y sale de la médula, una vez fuera de la médula se continúa con el *túbulo distal*, que consiste en una túbulo contorneado que se continua con el túbulo colector.

El túbulo distal se posiciona cerca al corpúsculo y pasa entre las arteriolas aferente y eferente, esta región entre la rama ascendente gruesa y el túbulo distal se conoce como mácula densa.^{7,8}



Existen dos tipos de nefronas: las yuxtamedulares y las corticales, la diferencia entre estos es la profundidad de sus asas de Henle, en las corticales las asas de Henle no son tan profundas, con una longitud de 1 a 2mm., por lo que son más cortas, mientras que las yuxtamedulares son muy profundas, con una longitud de 9 a 10mm. y pueden llegar hasta la papila renal, las yuxtamedulares constituyen el 15% del total de las nefronas.

Túbulo Colector

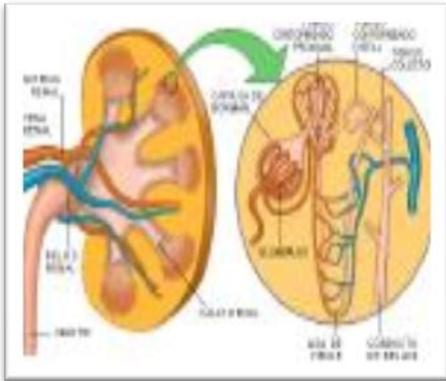
Los túbulos contorneados distales de diferentes nefronas se drenan a través de un solo túbulo colector, estos túbulos se pueden diferenciar en tres porciones: cortical, medular y papilar

Corticales: Se encuentran en los rayos medulares y descienden hacia la medula.

Medulares: Acá aumentan su diámetro luminal ya que empiezan a unirse varios túbulos colectores corticales.

Papilares: Se forman por la unión de varios túbulos medulares, tienen un diámetro de 200 a 300µm y se abren a nivel del área cribosa de la papila renal para descargar al orina y pasarla al cáliz menor.⁹

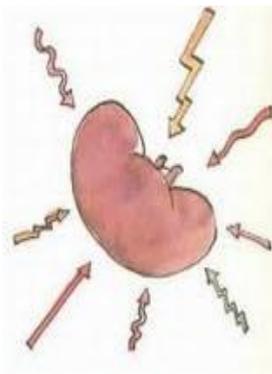
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (IRC)



Se define como Insuficiencia Renal (IR) la pérdida de función de los riñones, independientemente de cual sea la causa. La IR se clasifica en aguda y crónica en función de la forma de aparición (días, semanas, meses o años) y, sobre todo, en la recuperación o no de la lesión. Mientras que la IR aguda es reversible en la mayoría de los casos y la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) presenta un curso progresivo hacia la Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT).

Esta evolución varía en función de la enfermedad causante, y dentro de la misma enfermedad, de unos pacientes a otros.

Fisiopatología de la IRC



Implica unos mecanismos iniciadores específicos de la causa, así como una serie de mecanismos progresivos que son una consecuencia común de la reducción de la masa renal. Esta reducción de la masa renal causa hipertrofia estructural y funcional de las neuronas supervivientes. Esta hipertrofia compensadora está medida por moléculas vasoactivas, citocinas y factores de crecimiento, y se debe inicialmente a una hiperfiltración adaptadora, a su vez medida por un aumento de la presión y el flujo capilares glomerulares.⁹

Así tenemos indicadores de una falla renal.

Excreción de productos de desecho

La excreción de productos de desecho nitrogenados tiene lugar sobre todo en la filtración glomerular. Normalmente se mide la urea y creatinina como índices de haber una retención de productos de desecho. La urea es filtrada libremente y reabsorbida por difusión pasiva, dependiendo de la velocidad del flujo urinario, es decir cuanto más lento sea el flujo urinario, mayor será la reabsorción de urea. Por lo tanto *en una hipoperfusión renal* (obstrucción del flujo urinario) la concentración de nitrógeno no proteico se elevará más rápido de lo que desciende la filtración glomerular. Las concentraciones de nitrógeno no proteico también son afectados por factores extrarrenales; proteína de la dieta, sangre en el tracto gastrointestinal y degradación de tejidos. De igual manera las drogas catabólicas (glucocorticoides) y antianabólicas (tetraciclina) elevaran el nitrógeno, estos factores extrarrenales pueden producir un ascenso del nitrógeno pero no representar un descenso de la filtración glomerular.

El clearance de creatinina es un medio seguro de evaluación del filtrado glomerular. La concentración de creatinina sérica es inversamente proporcional al índice de filtrado glomerular, a concentraciones altas de creatinina, las medidas

del IFG pueden estar falsamente elevadas, aunque el valor absoluto del IFG será muy bajo.

La retención de productos de desecho nitrogenados está asociado con cefalea, náuseas, vómitos, urohidrosis cristalina (precipitación de cristales de urea en la piel al evacuarse el sudor), alteración de la función plaquetaria, menor producción y sobrevivencia de los eritrocitos, serositis, neuropatías y función endocrina anormal.

Los productos metabólicos nitrogenados pueden ligarse a proteínas, desplazando drogas. Por tanto, habrá una concentración aumentada de droga libre y mayor posibilidad de toxicidad.

Volumen

Un descenso del IFG reduce la carga filtrada de sodio, siendo la ingesta de sodio constante, por lo tanto para que se mantenga el balance del sodio, debe excretarse una mayor proporción de sodio, para que esto ocurra el porcentaje de sodio filtrado reabsorbido debe disminuir. Probablemente incluya una diuresis osmótica a través de las neuronas funcionantes remanentes, en parte como consecuencia de un aumento de urea filtrada. Cambios de factores físicos asociados con hiperperfusión de los nefrones remanentes favorecerá a la excreción de sodio. En pacientes con IRC la excreción de una determinada ingesta de sodio requiere que los túbulos renales funcionen al máximo de su capacidad excretora.¹⁰

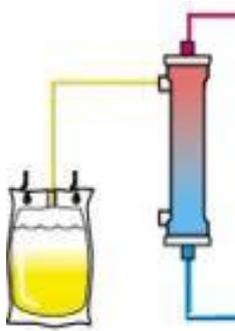


El riñón en la insuficiencia renal no puede responder rápidamente a incrementos o disminuciones de la ingesta de sodio y se comporta como si la capacidad excretora máxima estuviera limitada y como si existiera una velocidad de excreción de sodio obligada que no puede reducirse en forma aguda. Si se suspende la ingesta de sodio de manera gradual

en una IRC la reducida reabsorción de sodio por la mayor ingesta se reajustará y el individuo podrá tolerar la restricción de sodio.

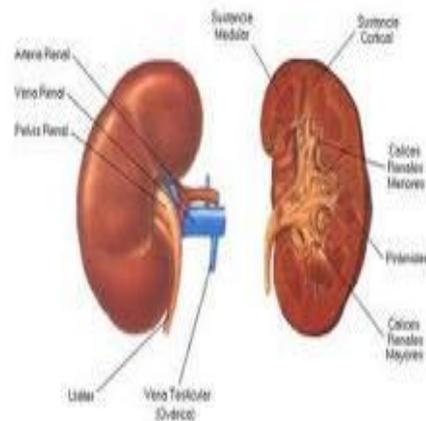
Tonicidad

En un riñón que tiene diuresis osmótica con urea y con una capacidad limitada de reabsorber cloruro de sodio, el gradiente intersticial medular estará reducido. Se alterará la producción y la reabsorción de agua libre produciéndose una isostenuria. Una ingesta excesiva o una restricción de agua puede ocasionar estados hiposmóticos e hiperosmóticos. Si el mecanismo de la sed está intacto, la osmolaridad puede ser regulada adecuadamente durante la insuficiencia renal.



Potasio

El problema más común del metabolismo del potasio en una IRC es la aparición de una hiperkalemia. Con el desarrollo de la IRC el manejo del potasio es análogo al de sodio en cuanto a que la capacidad para excretar o retener al máximo está atenuada, debe recordarse que la excreción de potasio depende de la reabsorción y secreción. A medida que llegan cantidades relativamente pequeñas de potasio al riñón, aumenta el porcentaje de potasio excretado. Los incrementos bruscos de la ingesta de potasio exceden la capacidad excretora y producen hiperkalemia. Los mecanismos que permiten que se excrete una mayor cantidad de potasio en una IRC, también alteran la capacidad del riñón para retener potasio; por lo tanto los pacientes con IRC sometidos a restricción de potasio pueden desarrollar un balance de sodio negativo. En la IRC desempeñan un papel de protección los mecanismos extra renales de utilización del potasio, como la adaptación del intestino a secretar potasio.



Ácido- Base

En la IRC la reducida capacidad de producción de amoníaco, la incapacidad de aumentar la excreción de ácido titulable y cierto grado de alteración de la reabsorción de bicarbonato contribuyen a la incapacidad de excretar el ácido neto producido por día.¹⁰

El hidrogenión retenido titula los buffers del líquido extra e intracelular estimulando una mayor excreción de CO₂, llevando a un descenso de las concentraciones de bicarbonato. Sin embargo en la IRC entra en juego la capacidad buffer del hueso, estos buffers producen una aparente estabilización de la concentración del bicarbonato en el suero y desmineralización parcial del hueso, por lo que permiten un balance positivo de los hidrogeniones por un buen tiempo.



Calcio, Fósforo y Vit. D

La retención de fosfato en la IRC reduce la concentración de calcio ionizado, estimulando así la liberación de la hormona paratiroidea, la cual aumenta la excreción renal de fosfato y estimula la liberación de calcio del hueso y la reabsorción renal de calcio, descendiendo las concentraciones de fosfato y aumentando la concentración de calcio ionizado. Permitiendo así que se mantenga dentro de los límites las concentraciones de calcio y fósforo. La hormona paratiroidea contribuye al desarrollo de osteodistrofia renal y al prurito en la IRC. La excesiva hormona paratiroidea puede reducir la reabsorción de bicarbonato en el túbulo proximal y contribuir a la acidosis de la uremia.

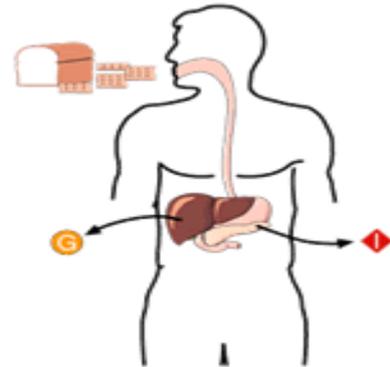


A medida que avanza la enfermedad, se reduce la producción de 1,25-dihidroxitamina D3 que tiene lugar en las células tubulares renales; al descender la concentración de la forma activa de la vit. D3 disminuye la absorción de calcio en el intestino, resultando un balance de calcio negativo, mayor estimulación de la hormona paratifoidea y mayor posibilidad de osteodistrofia renal.

El resultado de estas anomalías es la disminución de las concentraciones de calcio, una concentración aumentada de fosfato; hiperparatiroidismo secundario que produce cierto grado de osteítis fibrosa quística, y cantidades inadecuada de 1,25-dihidroxitamina D3 que produce osteomalacia.

HormonasEl riñón fuente de eritropeyetina, renina y prostaglandinas. La producción de eritropoyetina disminuye conforme la enfermedad avanza, la perdida de eritropoyetina contribuye a la anemia de la IRC, aun así la perdida no total de eritropoyetina contribuye a mantener la masa de editorcitos. En consecuencia a un paciente con IRC no le permite mantener la vida sin diálisis, una nefrectomía agravará la anemia.

La renina en una IRC se ve aumentada generando una hipertensión, peor la mayoría de las formas de hipertensión en una IRC son dependientes del volumen.⁹



DESCRIPCIÓN DEL CASO CLINICO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

1.-Nombre: J.G.V 2.- Edad: 63 años 3.-Fecha de Nac. 23-08-1942 4.-Sexo: Masculino 5.- Peso: 70 kg 6.- Talla: 1.58cm 7.- Escolaridad: no
8.- Ocupación: Comerciante 9.- Religión: Católica 10.-Lugar de nacimiento: Puebla 11.-Idioma: Español 12.-Estado civil: Separado 13.-Domicilio: isquion m.z 285 I #19 14.- Teléfono 0445541912213 15.- Fuente de Información: Indirecta 16.- Quien: Hija y expediente clínico.

APNP.- originario de Puebla y reside en el estado de México, dedicado al comercio, cuenta con casa prestada la cual cuenta con todos los servicios de urbanización refiriendo hacinamiento, no promiscuidad, zoonosis negativa, tabaquismo positivo de forma esporádica durante dos años , alcoholismo positivo durante 10 años, hasta llegar a la embriagues a base de fermentados y destilados, actualmente suspendido y alimentación deficiente en cantidad y calida.

AHF.- carga genética de DM e HAS

APP.- Diabetes Mellitus tipo 2 de los 18 años diagnostico tratado con Gucovance (Metformina, glibenclamida) tableta 500mg, HAS de 10 años de diagnostico en tratamiento con amlodipino 5 mgs VO cada 12 hrs., prazosin 1 mg VO cada 8 hrs.

Enfermedad Crónica Renal hace un mes colocación de catéter de Tenckhoff el día 13/04/2010 sin complicaciones aparentes, requiriendo por tres días en esta ocasión, actualmente en capacitación para DPCA, actualmente catéter de Tenckhoff cerrado.

PA.- inicia hace 4 días con malestar general astenia, adinamia, hiporexia acompañándose de elevación térmica con calosfríos y presencia de tos en acceso seca sin predominio, motivo por el cual es traído a valoración documentándose elevación de azoados, así como presencia de leucocitosis en BH por la que acude al ingreso el día 22/04/10 para protocolo de estudios.

EXPLORACION FISICA

Valorada en Abril 22 del 2010 al ingreso

Signos vitales:

T/A 130/80
FC 80x min.
FR 22 X min.
T° 36.0C°

Paciente masculino de 63 años, en estado de delirium fase III, secundario a irritabilidad, mal humor, periodos depresivos, somnoliento, manifestando sentimientos de muerte. Palidez de tegumentos ++, con fascias, cráneo normo céfalo sin datos de salientes ni hundimientos, con discreto edema facial, pupilas isocóricas normoreflécticas, reflejo concensual y foto motor sin alteraciones, agudeza visual, solo puede distinguir entre luz y sombra.

Pabellón a auricular bien implantados, cavidad oral sin aseo sin datos de lesiones, presentando faringe normales, cuello cilíndrico, presencia de catéter mahurkar sin datos de sangrado ni proceso infeccioso, no encuentras ganglios, sin compromiso vesicular, estrectores subcrepitantes en región basal de lado derecho transmisión de la voz aumentada, precordio con ruidoso cardiacos rítmicos adecuados en intensidad y frecuencia sin presencia de soplo o galopeo, se palpa el choque de la punta a nivel del 5° espacio intercostal izquierdo, abdomen no distendido, blando depresible a la palpación, peristalsis presente y normo actividad sin datos de irritación peritoneal, presencia de catéter de Tenckhoff cerrado, extremidades eutróficas eutermicas con edema hasta tercio medio de la pierna (+++) con llenado capilar de 2 “.

VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES

RESUMEN DE DATOS RELEVANTES

1.- Oxigenación:

Paciente en estado de conciencia desorientado (delirium hiperactivo) con frecuencia respiratoria de 22x min. Refiere dificultad, dolor y sensación de falta de aire para respirar al realizar esfuerzos físicos como caminar, actualmente presenta tos seca, palidez de tegumentos y edema en miembros inferiores +++ y acostumbraba a fumar, se auscultan pulmones presentando sibilancias y estrectores.

2.- Nutrición e Hidratación:

Paciente con dieta nefropata ``hiposódica, hipolipídica, rica en frutas y verduras`` solo durante la hospitalización.

Realiza una comida al día, con horarios irregulares y desequilibrada de acuerdo al régimen para su dieta, consumiendo alimentos chatarra, causándole trastornos digestivos como diarrea, vomito y agruras últimamente con falta de apetito, peso actual 70kg y una talla 1.58cm con un IMC 28.11 presentado un sobrepeso.

Con HGT lunes 129 mg/dl, miércoles 165 mg/dl y viernes 119 mg/dl, pospandriales.

3.- Eliminación:

Actualmente con periodos de evacuaciones diarias, semilíquidas de color amarillas y abundantes.

Palpación de vejiga sin ninguna alteración, sin dolor en vientre bajo, aumento de los solutos iónicos en la sangre. Se le realizan diálisis peritoneal.

4.- Postura:

Antecedentes de dolor lumbar y de articulaciones de miembros superiores e inferiores su trabajo requiere esfuerzos físicos y es de movimiento continuo, con un descanso de 30 min. Recostado, Actualmente por diálisis, permanece la mayor parte del tiempo recostado en la cama, se siente deprimido y con ansiedad por no tener vida normal, necesita de ayuda para realizar sus actividades.

5.- Descanso y Sueño:

El paciente refiere trastorno de sueño ya que duerme menos de 4 horas durante la noche, manteniendo dificultad para mantenerse dormido, causando dificultad para mantenerse despierto durante el día en un estado de cansancio, le incomoda su estado de salud actual, se observa fatigado, ansiedad, irritable, apático, con somnolencia excesiva y edema palpebral.

6.- Vestimenta Adecuada:

Necesita un poco de ayuda para vestirse, ya que se siente débil, pero ya lo intenta hacer solo.

7.- Termorregulación:

Su temperatura corporal es de 36.5 C y menciona que su clima preferido es el caluroso

8.- Higiene y Protección de la Piel:

En su comodidad cuenta con los recursos adecuados para practicar su higiene, baño una vez a la semana, higiene deficiente en lavado de manos, no practica el aseo dental.

Necesita de ayuda parcial para llevar acabo su higiene, actualmente, tiene edema en miembros inferiores, cabello seco, sin parasitosis, uñas descuidadas, mucosa oral un poco deshidratada, secreción transparente, problema en cavidad oral caries en 8 piezas dentales. Prurito localizado en espalda y glúteos.

9.- Evitar Peligros:

No conoce medidas de prevención de accidentes, no cuenta con cartilla de vacunación. Se encuentra en un estado de delirium, presentando alucinaciones visuales y auditivas, presentando periodos de ansiedad.

10.- Comunicación.

Con problemas en su familia, solo cuenta con el apoyo de una hija, vive solo y durante la hospitalización no tiene visitas del resto de la familia.

Su estado de animo irritable, somnoliento, depresivo y cansado, no favorece la relación con su familia, ni con el personal de salud

11.- Religión:

Es de religión católica y no tiene problemas o prohibiciones por ella.

12.- Trabajo y Realización:

Por su estado de salud no labora

13.- Juegos y Recreación:

No tiene alguno

14.- Aprendizaje:

Manifiesta interés por aprender su auto cuidado.

ANÁLISIS DE DATOS

EXAMENES DE LABORATORIO

ANÁLISIS DE ORINA

CONSTITUYENTE	RESULTADO	VALORES NORMALES
Color	hematuria	Color paja a amarillo oscuro
Opacidad	Turbia	Clara
Densidad Específica	0.9	1.002 - 1.035
Osmolalidad	150 mosml / L	275 – 295 mosm / L
pH	4	4.5 - 8.0
Glucosa	Negativa	Negativa
Cetonas	Negativa	Negativas
Proteínas	Presentes	Negativas
Billirrubinas	negativas	Negativas
Globulos Rojos	8 – 10 x c	0 - 3.5
Bacterias	Ninguna	Ninguna
Cilindros	10	0-4 cilindros hialinos por campo a bajo aumento
Cristales	Ac. úrico	ninguno

EXAMEN GENERAL DE ORINA.

CONSTITUYENTE	RESULTADO	VALORES NORMALES
Albúmina	45 mg/l	< 15 – 30 mg/l
Calcio	115 mg / 24 h	100 – 240 mg / 24 h
Creatinina	2.4 mg / 24 h	1.2 – 1.8 mg / 24 h
Glucosa	100 mg / l	< 300 mg / l
Cetonas	48 mg / l	< 50 mg / l
Osmolaridad	350 mOsm / l	> 600 mOsm / l
Fósforo	1 gr	0.9 - 1.3 g / 24 h
Potasio	70 mEq	30 – 100 mEq / 24 h
pH	4	4.7 - 7.8
Sodio	450	85 – 250 mEq / 24 h
Proteínas totales	100 mg	< 150 mg / 24 h
Nitrógeno ureico	7 g / 24 hr	7 – 16 g / 24 h
Acido úrico	950	300 - 800 mg / 24 h
Urobilinógeno	.5 mg / l	< 1 mg / l

QUÍMICA SANGUÍNEA

CONSTITUYENTE	RESULTADO	VALORES NORMALES
Albúmina	8 mg	3.9 a 5 mg / dl
Fosfatasa alcalina	120 UI / l	44 – 147 IU / l
ALT	55 U / l	8 a 37 UI / l
BUN	35 mg / dl	7 – 20 mg / dl
Calcio en suero	6.5 mg / dl	8.5 a 10.9 mg / dl
Cloruro de suero	105	101 a 111 mmol / l
CO2	25	20 a 29 mmol / l
Creatinina	2.5 mg / dl	0.8 - 1.4 mg / dl
Bilirrubina Directa	0.2	0.0 a 0.3 mg / dl
Gamma GT	35	0 a 51 UI / l
Glucosa	256 mg/dl	64 a 128 mg / dl
DHL	110	105 a 333 UI / l
Fosforo en suero	5.9 mg / dl	2.4 a 4.1 mg / dl
Examen de Potasio	18 mEq / l	3.7 a 5.2 mEq / l
Sodio	120 m Eq	136 a 144 mEq / l
Bilirrubina total	1.5 mg / dl	0.2 a 1.9 mg / dl
Colesterol Total	260 mg / dl	100 a 240 mg / dl
Proteína Total	9.5 g / dl	6.3 a 7.9 g / dl
Acido Urico	10.5 mg / dl	4.1 a 8.8 mg / dl

BIOMETRIA HEMATICA

CONSTITUYENTES	RESULTADOS	VALORES DE REFERENCIA
Eritrocitos	3.4 x 10 ⁹ /mm ³	(5.4 ± 0.9) x 10 ⁶ /mm ³ hombre (4.8 ± 0.6) x 10 ⁶ /mm ³ mujer
Hemoglobina (hb)	8.9g/dL	12.5-16.8 g/dL hombre 13.5-18.0 g/dL mujer
Hematocrito (hto)	30.9%	40 - 54 % hombre 33 - 47 % mujer
<u>CMHG</u>	28.9 %	30 – 34 %
<u>VCM</u>	90.8 μm ³	83 – 100 μm ³
<u>VSG</u>	21 mm/h	menor de 20 mm/h
Leucocitos	11 000/mm ³	5 000 – 10 000/mm ³
Neutrófilos	91.4 %	50 - 70 %
Eosinófilos	3 %	1 – 4 %
Basófilos	1 %	0 – 1 %
Linfocitos	29 %	20 – 30 %
Monocitos	3 %	4 – 9 %
Segmentados	50 %	45 – 65 %
Bandas	3 %	0 – 3 %
PLAQUETAS	481 000/mm ³	(150 000 – 400 000/mm ³)

JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES AFECTADAS

ANALISIS DE DATOS

NECESIDAD AFECTADA	GRADO DE DEPENDENCIA	DIAGNOSTICO																		
NUTRICION E HIDRATACION	Parcialmente Dependiente Conocimiento y Voluntad	<p>Desequilibrio nutricional por exceso r/c</p> <p>Aporte excesivo en relación con las necesidades m/p</p> <p>Observación de patrones deficientes en la selección de alimentos y peso corporal del 20% en relación a su talla y peso obteniendo IMC 28.11% presentando un sobre peso.</p>																		
ELIMINACION	Dependiente Fuerza	<p>Deterioro de la eliminación r/c</p> <p>multicasualidad por su proceso patológico</p> <p>m/p anuria y elevación de los solutos.</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Comp.</th> <th style="text-align: center;">VP</th> <th style="text-align: center;">VN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BUN</td> <td style="text-align: center;">35mg/dl</td> <td style="text-align: center;">7-20</td> </tr> <tr> <td>albúmina</td> <td style="text-align: center;">8 mg</td> <td style="text-align: center;">3.9 - 5</td> </tr> <tr> <td>sodio</td> <td style="text-align: center;">120mEq</td> <td style="text-align: center;">136-144</td> </tr> <tr> <td>potasio</td> <td style="text-align: center;">18mEq</td> <td style="text-align: center;">3.7-5.2</td> </tr> <tr> <td>ácido úrico</td> <td style="text-align: center;">10.5 mg/dl</td> <td style="text-align: center;">4.1-8.8</td> </tr> </tbody> </table>	Comp.	VP	VN	BUN	35mg/dl	7-20	albúmina	8 mg	3.9 - 5	sodio	120mEq	136-144	potasio	18mEq	3.7-5.2	ácido úrico	10.5 mg/dl	4.1-8.8
Comp.	VP	VN																		
BUN	35mg/dl	7-20																		
albúmina	8 mg	3.9 - 5																		
sodio	120mEq	136-144																		
potasio	18mEq	3.7-5.2																		
ácido úrico	10.5 mg/dl	4.1-8.8																		
DESCANSO Y SUEÑO	Dependiente Fuerza	<p>Deterioro del confort r/c</p> <p>Necesidades físicas insatisfechas m/p</p> <p>Falta de intervención adecuada y oportuna para disminución del deterioro de la patología, ansiedad, irritabilidad y dolor generalizado</p>																		

COMUNICACIÓN	Parcialmente Dependiente Fuerza	<p>Aflicción crónica r/c</p> <p>Crisis en el manejo de la enfermedad m/p</p> <p>Depresión, frustración, temor sentimientos de muerte, soledad y sentirse incomprendido</p>
MOVERSE Y MANTENER POSTURA	Parcialmente Dependiente Fuerza	<p>Fatiga r/c</p> <p>Factores psicológicos y fisiológicos. m/p</p> <p>Somnolencia, aumento de las quejas físicas, apatía, cansancio y Hb 8.9mg/dl y Hto 30.9%</p>
EVITAR PELIGROS		<p>Riesgo de infección r/c</p> <p>Disminución de la Hb 8.9 g/dl, con el aumento de la exposición a agentes patógenos e instauración de catéter Mahurka, Teknof y venoclisis</p>

CONSTRUCCIÓN DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

DIAGNOSTICOS

- Desequilibrio nutricional por exceso r/c Aporte excesivo en relación con las necesidades m/p Observación de patrones deficientes en la selección de alimentos y peso corporal del 20% en relación a su talla y peso obteniendo IMC 28.11% presentando un sobre peso.
- Deterioro de la eliminación r/c multicasualidad por su proceso patológico m/p anuria y elevación de los solutos.

Comp.	VP	VN
BUN	35mg/dl	7-20
albúmina	8 mg	3.9 - 5
sodio	120mEq	136-144
potasio	18mEq	3.7-5.2
ácido úrico	10.5 mg/dl	4.1-8.8

- Deterioro del confort r/c Necesidades físicas insatisfechas m/p Falta de intervención adecuada y oportuna para disminución del deterioro de la patología, ansiedad, irritabilidad y dolor generalizado
- Aflicción crónica r/c Crisis en el manejo de la enfermedad m/p Depresión, frustración, temor sentimientos de muerte, soledad y sentirse incomprendido
- Fatiga r/c Factores psicológicos y fisiológicos. m/p Somnolencia, aumento de las quejas físicas, apatía, cansancio y Hb 8.9mg/dl y Hto 30.9%
- Riesgo de infección r/c Disminución de la Hb 8.9 g/dl, con el aumento de la exposición a agentes patógenos e instauración de catéter Mahurka, Teknof y venoclisis

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA



SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

FICHA DE IDENTIFICACION

1.-Nombre: J.G.V 2.- Edad: 63 años 3.-Fecha de Nac. 23-08-1942 4.-Sexo: Masculino 5.- Peso: 70 kg 6.- Talla: 1.58cm 7.- Escolaridad: no
8.- Ocupación: Comerciante 9.- Religión: Católica 10.-Lugar de nacimiento: Puebla 11.-Idioma: Español 12.-Estado civil: Separado 13.-Domicilio: isquion m.z 285 I #19 14.- Teléfono 0445541912213 15.- Fuente de Información: Indirecta 16.- Quien: Hija y expediente clínico.

NECESIDADES	DIAGNOSTICO	RESULTADO ESPERADO NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC	EBE (EVIDENCIAS BASADAS EN ENFERMERÍA)	RESULTADO OBTENIDO NOC
NUTRICION E HIDRATACION	<p>Desequilibrio nutricional por exceso r/c</p> <p>Aporte excesivo en relación con las necesidades m/p</p> <p>Observación de patrones deficientes en la selección de alimentos y peso corporal del 20% en relación a su talla y peso obteniendo IMC 28.11% presentando un sobre peso.</p>	<p>La enfermera verificara, que la dieta que se le proporciona al paciente, contenga los equivalentes de 1800kcal./24 hrs con 2 mg sodio y 50 mg de proteínas.</p> <p>La enfermera enseñara al familiar, los grupos de alimentos que contienen una dieta equilibrada, variabe y moderada.</p>	<p>Manejo de la nutricion. Monitorización de la nutrición</p> <p>Ayuda con los autocuidados de alimentación</p> <ul style="list-style-type: none"> Ministración de hipoglucemiantes, Glucovance 500mg VO 1-1-1 <p>Asesoramiento nutricional. 5616 Enseñanza de medicamentos prescritos, Glucovance 500mg VO 1-1-1</p>	<p>Los contratos con el usuario pueden ayudarle a aprender analizar su conducta y a elegir las estrategias de conducta efectiva, así como proporcionar un registro de sus progresos para reforzar las conductas.</p>	<p>Se mantuvo a un 64 % el estado nutricional del paciente tomando en cuenta los siguientes indicadores:</p> <p>Ingestión de nutrientes 5</p> <p>Ingestión alimentaria 4</p> <p>Relación peso / talla 1</p> <p>tono muscular 3</p> <p>Hidratación 3</p> <p>a su vez contando con el apoyo del familiar.</p>

NECESIDADES	DIAGNOSTICO	RESULTADO ESPERADO NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC	EBE (EVIDENCIAS BASADAS EN ENFERMERÍA)	RESULTADO OBTENIDO NOC																		
ELIMINACION	<p>Deterioro de la eliminación r/c</p> <p>multicasualidad por su proceso patológico</p> <p>m/p anuria y elevación de los solutos.</p>	<p>La enfermera mantendra el equilibrio electrolitico acido-base estableciendo la perfusión tisular através del control de liquidos y electroliticos, aplicando una terapia sustitutiva dentro de las primeras 24 hrs. de hospitalización.</p>	<p>Manejo de ácido- base</p> <p>Monitorización ácido – base.</p> <p>Manejo de electrolitos</p> <p>Monitorización de electrolitos.</p> <p>Terapia de dialisis peritoneal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con solución de concentrado de 1.5 <p>Terapia de Hemodiálisis. ministración de alopurinol 100mg VO c/24 hrs.</p>	<p>Los componentes esenciales de la evaluación para cualquier usuario con síntomas de micción disfuncional son la obtención de historia, la valoración física centrada y el análisis de orina (Shull et al 2002)</p>	<p>Se logro regular el electrolitico y acido – base y aclaración de toxinas sistémicas: diálisis. a un 35 % tomando en cuenta los siguientes indicadores.</p> <p>Frecuencia respiratoria 3.</p> <p>Sodio sérico 1.</p> <p>Potasio sérico 1</p> <p>Albumina sérica 1</p> <p>Deterioro cognitivo 1</p> <p>Presión arterial 3</p> <p>insomio 2</p> <p>Edema 2</p>																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Comp.</th> <th>VP</th> <th>VN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BUN</td> <td>35mg/dl</td> <td>7-20</td> </tr> <tr> <td>albúmina</td> <td>8 mg</td> <td>3.9-5</td> </tr> <tr> <td>sodio</td> <td>120mEq</td> <td>136-144</td> </tr> <tr> <td>potasio</td> <td>18mEq</td> <td>3.7-5.2</td> </tr> <tr> <td>ácido úrico</td> <td>10.5 mg/dl</td> <td>4.1-8.8</td> </tr> </tbody> </table>					Comp.	VP	VN	BUN	35mg/dl	7-20	albúmina	8 mg	3.9-5	sodio	120mEq	136-144	potasio	18mEq	3.7-5.2	ácido úrico	10.5 mg/dl	4.1-8.8
	Comp.					VP	VN																
	BUN					35mg/dl	7-20																
	albúmina					8 mg	3.9-5																
	sodio					120mEq	136-144																
	potasio					18mEq	3.7-5.2																
ácido úrico	10.5 mg/dl	4.1-8.8																					
<table border="1"> <tbody> <tr> <td>BUN</td> <td>35mg/dl</td> <td>7-20</td> </tr> </tbody> </table>	BUN	35mg/dl	7-20																				
BUN	35mg/dl	7-20																					
<table border="1"> <tbody> <tr> <td>albúmina</td> <td>8 mg</td> <td>3.9-5</td> </tr> </tbody> </table>	albúmina	8 mg	3.9-5																				
albúmina	8 mg	3.9-5																					
<table border="1"> <tbody> <tr> <td>sodio</td> <td>120mEq</td> <td>136-144</td> </tr> </tbody> </table>	sodio	120mEq	136-144																				
sodio	120mEq	136-144																					
<table border="1"> <tbody> <tr> <td>potasio</td> <td>18mEq</td> <td>3.7-5.2</td> </tr> </tbody> </table>	potasio	18mEq	3.7-5.2																				
potasio	18mEq	3.7-5.2																					
<table border="1"> <tbody> <tr> <td>ácido úrico</td> <td>10.5 mg/dl</td> <td>4.1-8.8</td> </tr> </tbody> </table>	ácido úrico	10.5 mg/dl	4.1-8.8																				
ácido úrico	10.5 mg/dl	4.1-8.8																					

NECESIDADES	DIAGNOSTICO	RESULTADO ESPERADO NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC	EBE (EVIDENCIAS BASADAS EN ENFERMERÍA)	RESULTADO OBTENIDO NOC
<p align="center">DESCANSO Y SUEÑO</p>	<p>Deterioro del confort r/c</p> <p>Necesidades físicas insatisfechas m/p</p> <p>Falta de intervención adecuada y oportuna para disminución del deterioro de la patología, ansiedad, irritabilidad y dolor generalizado.</p>	<p>La enfermera enseñara al familiar terapias de relajacion para brindar un nivel de comodidad al paciente durante su hospitalización.</p> <p>La enfermera informara sobre el seguimientos terapeutico a seguir, a fin de disminuir la ansiedad del paciente.</p>	<p>Acupresión Manejo del dolor Masaje Aplicación de calor o frio.</p> <p>Mediación de conflictos.</p> <p>Declarar la verdad al paciente.</p>	<p>El disconfort físico frecuentemente coexiste con y exagera por las emociones y el disconfot espiritual;por lo tanto, el ocuparse de las necesidades no fisicas pueden mejorar la percepción de confort fisico del usuario, la aproximación terapéutica y el comportamiento de las enfermeras pueden tener un profundo impacto en la percepción del confort EBE.</p>	<p>Se logro fomentar el descanso, mediante técnicas físicas y controlando el dolor a un 72 %, tomando en cuenta los siguientes indicadores.</p> <p>Patrón del descanso 4 Energía Recuperada despues del descanso 2 Aspecto de estar descansado 2 utiliza medidas preventivas 5 utiliza los recursos disponibles 5</p> <p>No se logra la compresión del paciente por su estado de salud, a causa del delirium.</p>

NECESIDADES	DIAGNOSTICO	RESULTADO ESPERADO NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC	EBE (EVIDENCIAS BASADAS EN ENFERMERÍA)	RESULTADO OBTENIDO NOC
COMUNICACIÓN	<p>Aflicción crónica r/c</p> <p>Crisis en el manejo de la enfermedad m/p</p> <p>Depresión, frustración, temor sentimientos de muerte, soledad y sentirse incomprendido</p>	<p>La enfermera diseñara herramientas de interacción familiar – paciente formando un lazo de confianza durante la hospitalización.</p>	<p>Apoyo emocional Contacto Aumentar el afrontamiento Mediación de conflictos Potenciación de la socialización.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ministración de antipsicóticos. Holoperidul 5 mg en 10 cc, pasar 2 cc cada 12 hrs. 	<p>Un estudio indicó que las personas afligidas, independientemente de si habían recibido asesoría para la resolución de la aflicción, o no tuvieron un riesgo moderado de mala nutrición, es por eso que deben incluirse aspectos sobre la comida en las intervenciones de resolución de la aflicción (Johnson 2002).</p> <p>una persona con empatía que escucha, proporciona apoyo y tranquilidad, reconoce y se centra en los sentimientos y aprecia la singularidad de cada individuo y familia, es útil para los usuarios con aflicción crónica. BE (Eakes, Burke y Hainsworth).</p>	<p>Se logro crear una resistencia del familiar para adaptarse a la situación de su paciente, facilitando la expresión de sentimientos. Lograndose por el apoyo familiar durante el tratamiento</p> <p>Tomando los siguientes indicadores, nos dio un 66.6 %.</p> <p>Expresan deseo de apoyar al familiar. 3</p> <p>Los miembros mantienen comunicación 3</p> <p>Participa en la planificación del alta 4</p>

NECESIDADES	DIAGNOSTICO	RESULTADO ESPERADO NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC	EBE (EVIDENCIAS BASADAS EN ENFERMERÍA)	RESULTADO OBTENIDO NOC
<p>MOVERSE Y MANTENER POSTURA</p>	<p>Fatiga r/c Factores psicológicos y fisiológicos. m/p Somnolencia, aumento de las quejas físicas, apatía, cansancio y Hb 8.9mg/dl y Hto 30.9%</p>	<p>La enfermera vigilara y mantendra un estado nutricional con el fin de conservar el mayor porte de energia y asu vez identificando factores potenciales que agravan la fatiga durante la hospitalización.</p>	<p>Fomentar los mecanismos corporales. Manejo de la energia. Sujeción física. Ministración de autrin 600 mg V.O c/24 hrs. Ministración de antihipertensivo 5 mg V.O c/ 12 hrs.</p>	<p>La educación del usuario legitimiza la fatiga y aumenta el control del usuario através del autocuidado y la autoconversación positiva (Fisher 1997).</p>	<p>Se logro conservar el mayor porte de energia, evitando agravar la fatiga del paciente en un 60 %, considerando los siguientes indicadores. Equilibrio entre actividad y descanso 3 utilizar técnicas de conservación de energía 3 nivel de resistencia adecuado para la actividad 3</p>

NECESIDADES	DIAGNOSTICO	RESULTADO ESPERADO NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC	EBE (EVIDENCIAS BASADAS EN ENFERMERÍA)	RESULTADO OBTENIDO NOC
<p align="center">EVITAR PELIGROS</p>	<p>Riesgo de infección r/c</p> <p>Disminución de la Hb 8.9 g/dl, con el aumento de la exposición a agentes patógenos e instauración de catéter Mahurka, Teknof y venoclisis.</p>	<p>El personal de enfermería orientara al familiar en la identificación de signos y síntomas de infección.</p> <p>El personal de enfermería proporcionara un ambiente seguro, orientado en la prevención durante la hospitalización del paciente.</p>	<p>Prevencion de caidas</p> <p>Monitorizar signos vitales.</p> <p>Manejo ambiental</p> <p>Analisis de la situación sanitaria.</p> <p>Control de infecciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ministración de antibioticos ceftazidima 2 mg c/ 8 hrs. 	<p>BE: un estudio prospectivo de la infección nosocomial en unidades de hematología y oncología debe incluir la fiebre de origen desconosido como la entidad única más común y clínicamente importante (Engelhat et al 2002).</p> <p>El cuidado higienico es importante para prevenir la infección en los usuarios de alto riesgo. (Wujcir 1993).</p>	<p>Se logro detectar, reducir y controlar los niveles de riesgo en un 100 % tomando en cuenta los siguientes indicadores.</p> <p>Reconoce los riesgos y sintomas Que indican riesgos 5</p> <p>Identifica los posibles riesgos para la salud 5</p> <p>Adquiere conocimientos sobre sus antecedentes personales 5</p> <p>Reconoce factores de riesgo 5</p>

PLAN
DE
ALTA

PLAN DE ALTA

NECESIDADES	CUIDADOS EN CASA
NUTRICION E HIDRATACIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 1. mantener una dieta Mantener una dieta baja en consumo de sal, no consumir alimentos chatarras, balancear la dieta en verduras, frutas, carnes (pollo y pescado) en caso de no poder costear leguminosas 2. orientarlo sobre el tipo de alimentos que puede digerir, para su dieta. 3. tener un adecuado aseo en el manejo de los alimentos. 4. enseñar a la toma de HGT una vez al día y administrar sus medicamentos de control en el horario prescripto.
ELIMINACIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar el balance hídrico, midiendo los líquidos ingeridos y eliminados. 2. brindar educación, sobre el cuidado de su catéter peritoneal, así como la importancia del control de diálisis a realizar. 4.-informarse sobre el proceso de hemodiálisis.
DESCANSO Y SUEÑO	<ol style="list-style-type: none"> 1. realizar actividades relajantes como; yoga o realizar masajes en las zonas del cuerpo que presente dolor. 2. mantener un ambiente confortable en casa.

PLAN DE ALTA

NECESIDADES	CUIDADOS EN CASA
COMUNICACIÓN	1. buscar apoyo emocional, con el propósito de aumentar el afrontamiento, del padecimiento.
MOVERSE Y MANTENER POSTURA	1. establecer ejercicios terapéuticos, para restablecer la movilidad física: <ul style="list-style-type: none">• Caminata 15 min.• ejercicios con pelota en mano• no cargar cosas pesadas• mantener un peso adecuado
EVITAR PELIGROS	1. enseñar todos los puntos necesarios para su cuidado, así como el familiar que este a cargo de el para su supervisión. Orientarlo para sus citas médicas. 2. Aclarar todas las dudas sobre las complicaciones que pueden traer su enfermedad así, como el autocuidado que debe tener a su persona.

CONCLUSIONES

Y

SUGERENCIAS

CONCLUSIÓN

El PROCESO DE ENFERMERIA se estructuro con un fin, brindar a la profesión de enfermería una manera mas organizada y analizada para la planeación del cuidado de su paciente, teniendo así como estudiante de enfermería una manera mas organizada, analizada, para proporcionar cuidados holístico a un individuo y/o población y así restablecer un estado de salud, de esta manera lograr, implementar intervenciones especificas para el mejoramiento de este.

La realización del proceso de enfermería por medio de la NANDA NIC y NOC nos permite un actuar profesional, desde la valoración, diagnóstico y una mejor planeación para intervenir con acciones específicas por cada necesidad afectada, así mismo obtener una evaluación mas precisa de su estado de salud.

Podemos concluir que el presente trabajo nos sirvió para implementar los conocimientos para la estructuración de los diagnósticos utilizando etiquetas NANDA; obteniendo los resultados esperados de acuerdo a la bibliografía, así como aplicar las intervenciones (NIC) específicas al paciente.

De esta manera confirmamos el beneficio de la utilización de la etiquetas NANDA e identificar los diagnósticos, el manejo de NIC y NOC para brindarle una atención integral y de calidad a cada paciente, aplicado a cualquier paciente sin importar patología, sexo, clase social, raza y por que no un respaldo legal ante una situación que pueda comprometer al personal de enfermería.

El proceso de enfermería, es universal.....

SUGERENCIAS

Si IMSS, ISSSTE y Departamento piensan unificar las instituciones a un solo sistema, por que no hacer lo mismo diseñar una hoja con plan de cuidados, para homologar los criterios de enfermería para implementar un cuidado holístico.

De esta forma el formato seria universal, solo especificando la implementación individual a cada paciente.

GLOSARIO

Actividad física. El ejercicio isotónico implica la contracción de grupos musculares contra una resistencia baja a lo largo de un recorrido largo, El ejercicio isométrico los músculos se mueven contra una resistencia elevada a lo largo de un recorrido corto.

Adinamia. es la ausencia de movimiento o reacción, lo que puede llevar a un estado de postración

Ansiedad. Es un estado que se caracteriza por un incremento de las facultades perceptivas ante la necesidad fisiológica del organismo de incrementar el nivel de algún elemento que en esos momentos se encuentra por debajo del nivel adecuado o por el contrario, ante el temor de perder un bienpreciado.

Astenia. Sensación generalizada de cansancio, fatiga y debilidad física y psíquica

Diabetes incluye dos situaciones patológicas diferentes: la diabetes mellitus y la diabetes insípida. Dichos trastornos no poseen relación patológica alguna, pues sus causas y procesos morbosos (etiopatogenia) son distintos, pero comparten ciertas manifestaciones clínicas (la excreción copiosa de orina, poliuria y la intensa sed, polidipsia) que han hecho que tengan idéntico nombre.

Diagnóstico de enfermería. Es un juicio clínico, sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a etapas de la vida/ problemas de salud reales o potenciales, que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente.

Dieta. Conjunto de sustancias alimentarias que se ingieren formando hábitos o comportamientos nutricionales de los seres vivos y forma parte de su estilo de vida.

Ejecución. Es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado, dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada

Enfermería. Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

Entorno. Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo.

Evaluación. Se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

La cetoacidosis es una enfermedad grave que puede poner en riesgo la vida y que exige tratamiento inmediato. Algunos síntomas de este trastorno son náuseas, vómitos, dolor abdominal, respiración rápida y, en casos graves, pérdida de conciencia.

La orina es un líquido acuoso transparente y amarillento, de olor característico, secretado por los riñones y eliminado al exterior por el aparato urinario. En los laboratorios clínicos se abrevia u o uri (del latín *urinam*).

La polidipsia es la denominación médica que se le da al aumento anormal de la sed y que puede llevar al paciente a ingerir grandes cantidades de fluidos, habitualmente agua.

La poliuria o gasto urinario excesivo es un síntoma médico que consiste en una emisión de un volumen de orina superior al esperado. Se define como un volumen superior a 2,5 litros en 24 horas para adultos y superior a 2-2,5 litros/24 horas para niños.

NANDA. North American Nursing Diagnosis Association. Etiquetas diagnósticas de enfermería de la NANDA.

NIC. Nursing Interventions Classification (Clasificación de intervenciones de Enfermería. Es un instrumento en el cual se encuentra una clasificación normalizada y completa de las intervenciones que realizan los profesionales en enfermería.

NOC. Nursing Outcomes Classification (Clasificación de Resultados de Enfermería). Es un instrumento en el cual cada resultado tiene un nombre de identificación, una definición y un grupo de indicadores que describen el estado específico del paciente, cuidador familiar o sociedad en relación con el resultado, una escala de medida tipo Likert de cinco puntos y una selección de las citas bibliográficas utilizadas en la descripción del resultado.

Persona. Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.

Planeación de los Cuidados. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

Polidipsia. Aumento desproporcionado de la sensación de sed. Puede obedecer a causas endócrinas (diabetes insípida), metabólicas (diabetes mellitus), o psicógenas.

Polifagia. Excesivo deseo de comer que se presenta en algunos estados patológicos. Enfermedad metabólica caracterizada por la presencia de hiperglicemia producida por un déficit en la secreción de insulina.

Poliuria. Esta patología se define como la emisión anormal de grandes cantidades de orina (por lo menos 2,5 litros diarios).

Proceso de Atención Enfermería. Permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Es un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o del sistema familiar.

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

Sedentarismo. Es la carencia de actividad física fuerte como el deporte, lo que por lo general pone al organismo humano en situación vulnerable ante enfermedades especialmente cardíacas.

Sensibilidad. Facultad de un ser vivo de percibir estímulos externos e internos a través de los sentidos.

Valoración. Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

ANEXOS

EXAMENES DE LABORATORIO

EXAMENES GABINETE Y/O LABORATORIO	CIFRAS NORMALES	CIFRAS DE PACIENTES	OBSERVACIONES

ANALISIS DE DATOS

NECESIDADES	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	CONDICIÓN
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			

JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES

NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON	JERARQUIZACION DE NECESIDADES

PLAN DE ALTA

NECESIDADES	CUIDADOS EN CASA
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	

COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

El paciente con delirium no a perdido, la función de escuchar ni de sentir todo lo contrario, el paciente solo se encuentra dormido.

Familiar puedes platicarle a tu paciente de las ganas que tienes que salga, de tu familia como esta cuales son las cosas que pasan a fuera durante su ausencia.

Así como leer un libro, hacer situaciones que manifiesten que están con el.



*El amor de la familia
Es la cura para el alma,
El amor por mi familia
Es valor a la vida..*

Referencias bibliografías

1. El Manual Merck décima edición
2. Manual de enfermería océano
3. Nutrición básica y aplicada ENEO



**SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM.**

UNIDAD DE PRÁCTICA
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO O.D.

PLAN DE ALTA DE PACIENTE CON I.R.C

**REALIZADO POR LAS ALUMNAS DE LA LICENCIATURA DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA:**

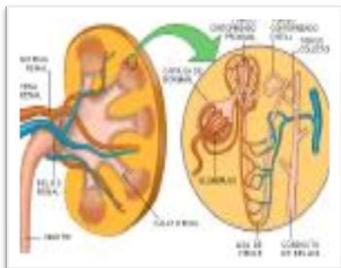
- BENITEZ VEGA MARIBEL

:

JUNIO 2010

¿Que es Insuficiencia Renal Crónica?

Se define como Insuficiencia Renal (IR) la pérdida de función de los riñones, independientemente de cual sea la causa. La IR se clasifica en aguda y crónica en función de la forma de aparición (días, semanas, meses o años).



La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) presenta un curso progresivo hacia la Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT). Esta evolución varía en función de la enfermedad causante, y dentro de la misma enfermedad, de unos pacientes a otros.

El riñón en la insuficiencia renal no puede responder rápidamente a incrementos o disminuciones de la ingesta de sodio y se comporta como si la capacidad excretora máxima estuviera limitada y como si existiera una velocidad de excreción de sodio obligada que no puede reducirse en forma aguda.

CUIDADOS QUE DEBE TENER EL PACIENTE EN CASA

- Alimentación
- Higiene
- Actividad física
- Protección
- Alimentación para prevenir

- Asegurar la correcta cocción de la carne; la bacteria se destruye a los **70°C**. Esto se consigue cuando la carne tiene una cocción homogénea.



- Utilizar distintos **utensilios de cocina** para cortar la carne cruda y para trozarla antes de ser ingerida.



- Lavar cuidadosamente verduras y frutas.
- Asegurar la correcta **higiene** de las manos (deben lavarse con agua y jabón) antes de preparar los alimentos.
- Lavarse las manos con agua y jabón antes y después de ir al baño.
- Consumir agua **potable**; ante la duda, hervirla.
- Para pacientes con problemas renales, su dieta es hipo sódica.

El consumo de sodio se modifica para mantener el estado de hidratación, para impedir la retención de líquidos, para evitar la retención de líquidos, para promover la pérdida de líquidos, facilitar el manejo de la insuficiencia hepática, renal y crónica, se recomienda que la modificación sea en términos de 800 a 1200 mg de sodio.

Dieta renal

1. vigilar el consumo energético
2. Recomendación de proteínas (6-8) gm/Kg. peso
3. Modificación de sodio y potasio y agua

PACIENTE CON DIÁLISIS PERITONEAL

A los pacientes pre-dializados a menudo se les impide limitar la ingesta de proteínas con el fin de retardar la progresión de la enfermedad renal, los pacientes con diálisis peritoneales necesitan incluso más proteínas, ya que se pueden perder gran cantidad de estas en el líquido peritoneal que se descarta.

En adultos se considera adecuado el aporte de 1gr./Kg. de peso por día aproximadamente.

Grasa del 30 al 35 % del total de su dieta

Sodio y agua; la mayoría de los pacientes necesitan controlar el contenido de sodio (sal) en su dieta, lo cual ayuda a mantener el equilibrio de líquidos en el cuerpo para evitar la retención de éstos y la presión sanguínea elevada.

La cantidad diaria de líquidos recomendada se basa en la cantidad de orina producida en un periodo de 24 horas.

CARACTERÍSTICAS DE LA DIETA

- PROTEÍNAS 1.2 -1.5G/KG/día; 60% de alto valor biológico
- ENERGÍA 30-35 Kcal./Kg./día incluyendo las calorías que se absorben por el dializado.
- SODIO 1-2.5g/día
- POTASIO 2g / día
- FÓSFORO 800 -1200 Mg./ día de quelantes de fósforo
- CALCIO 1000 - 1400 mg / día

- VITAMINAS suplementación de tiamina, piridoxina, riboflavina, ácido fólico, niacina y vitamina C
- LIQUIDOS según diuresis (1.5 -2.1/ día).

HIGIENE

1. Tener hábitos higiénicos de baño diario, lavado de manos antes y después de ir al baño, cepillar los dientes por lo menos tres veces al día.
2. Después de bañar secar bien el cuerpo y los pies con delicadeza, no olvidar secar en medio de los dedos.
3. Cortar las uñas de los pies y manos en forma cuadrada pero de preferencia limarlas, para prevenir complicación o lesiones graves.
4. Lubricar todo el cuerpo después del baño
5. Cepillar el pelo iniciando desde abajo hacia arriba.
6. Utilizar prendas cómodas
7. Utilizar calzado cómodo y revisar todos los días que no tenga ningún problema.

HIGIENE PERSONAL



Baño diaria

Aseo bucal tres veces al día mínimo

Mantenerla limpia y seca: Emplear jabones de bajo potencial irritativo. Lavar con agua tibia, aclarar y secar sin fricción.

No usar alcoholes (romero, tanino, colonias). Son útiles las cremas hidratantes procurando una absorción completa.

PROTECCIÓN

1. Evitar los cambios bruscos de temperatura
2. Usar prendas de vestir de acuerdo al clima y región que habite
3. Evitar tener contacto con personas que tengan alguna enfermedad contagiosa, ya que sus defensas son bajas y cualquier enfermedad puede complicar su estado de salud.
4. Lavar las lesiones de los catéteres con agua limpia hervida de preferencia y jabón corriente en un lugar cerrado, secar correctamente la herida y mantener cubierta.
5. Lavar la lesión todos los días.



ACTIVIDADES FÍSICAS.

Realizar ejercicios que no necesiten de mucha actividad y fuerza aplicada realizar en periodos de 15 a 30min por día toda la semana,

MOVILIZACIÓN

Elaborar un plan de rehabilitación que mejore la movilidad y actividad del paciente.

Cambios posturales



Encamados: hacer rotación cada 2 horas programada e individualizada.

Sedestación: cambios cada hora; si es autónomo enseñar para cambios cada 15 minutos.



Mantener alineación corporal, la distribución del peso y el equilibrio. Evitar contacto directo de prominencias entre sí. Considerar protectores para codos y talones, así como almohadas o espuma entre rodillas y tobillos.

Evitar arrastre: reducir fuerzas tangenciales en las movilizaciones.

En decúbito lateral no sobrepasar los 30 grados de inclinación y evitar la inmovilidad directamente sobre trocánteres. Si fuera necesario, elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo: 30 grados y durante el mínimo tiempo). No usar flotadores o dispositivos tipo anillo ya que comprometen la circulación.

Usar dispositivos de alivio de presión: colchones, cojines, almohada, piel de cordero, protectores locales. Estos dispositivos sólo son un material complementario que no sustituyen a la movilización. Realizar masajes en piernas y brazos, para mejorar .



SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
ESCUELA DE ENFERMERIA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA U.N.A.M.

***INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
(MODELO DE VIRGINIA HENDERSON)***

PRESENTACIÓN

Con el presente instrumento se pretende guiar al alumno en la adquisición de habilidades para la valoración clínica, tomando como fundamento teórico el modelo de Virginia Henderson. Esta guía tiene la finalidad de fomentar el hábito de estudio y apoyar al alumno en la comprensión y habilidad del manejo de instrumentos de trabajo que requieren de un esfuerzo complementario por su grado de dificultad. Otra finalidad es la de unificar criterios entre docentes y alumnos en la definición del Método Enfermero.

Aquí se proporcionan los recursos de carácter pedagógico que contribuyen a la vinculación teórico – práctica, a fin de fortalecer la capacidad de crítica, análisis y síntesis del alumno ante situaciones reales y concretas.

La estructura de este material en dos apartados facilita su manejo en la práctica diaria del alumno:

El primero corresponde a la guía del llenado del instrumento.

El segundo es el instrumento, que contempla el cuestionario para la valoración de cada una de las catorce necesidades.

Este instrumento servirá para la valoración individual del cliente por lo que la recolección de datos deberá iniciarse con la entrevista y la exploración física. Es preciso mencionar que este instrumento contempla la valoración de las necesidades de manera general, por lo que de acuerdo a ciertas características (sano, enfermo, hospitalizado, diagnóstico médico, etc.) será necesario que se amplíe y profundice en la exploración y valoración focalizada.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

1.-Nombre:_____ 2.-Edad:_____ 3.-Fecha de Nac._____ 4.- Sexo:_____

5.-Peso_____ 6.-Talla_____ 7.-Escolaridad _____

8.-Ocupación:_____ 9.- Religión _____

10.- Lugar de nac:_____ 11.- Idioma_____

12.-Estado civil _____ 13.-Tipo de familia _____

14.-Domicilio_____

_____ 15.-Teléfono_____

16.- Fuente de información: *Directa* si() no () *Indirecta* Quién _____

Cuál _____

VALORACIÓN DE NECESIDADES

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Datos Subjetivos

Presenta dificultad respiratoria Si___ No___.

Cómo refiere la dificultad respiratoria: Respiración rápida___ Respiración lenta___ Dolor en la inspiración ___ Dolor en la espiración___ Sensación de Falta de aire___ Sensación de ahogo___ Otros síntomas_____. La dificultad tiene relación al subir escaleras o caminar de prisa_____.

Presencia de tos Si___ No___. Tos productiva___ Tos seca___ Dolor al respirar Si___ No___ Sitio del dolor. Nariz___ Garganta___ Tórax___ Otro sitio_____

Fuma Si___ No___ Edad en que inicia a fumar___ Tiempo de fumar_____

Número de cigarrillos al día___ El número de cigarrillos que fuma varía por alguna emoción: Angustia___ Depresión___ Preocupación___ Alegría_____

Otros_____

Datos Objetivos

Registro de signos vitales y características Temp._____

Pulso_____ Respiración_____ T/A_____

Estado de Conciencia: Conciente_____ Confuso_____

Desorientado_____ Somnolencia_____ Estupor_____

Coloración: Piel_____ Mucosas_____ Labios_____ Zona peribucal _____

Uñas_____ Otra zona_____ Miembros pélvicos: Cianosis_____ Retorno
venoso____Otros signos:_____

2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Datos Subjetivos:

Tipo de alimentación que realiza _____

No. de comidas al día _____ Horario _____ Cantidad de líquidos al día _____

Tipo_____ Ganancia / Perdida de peso: _____

Trastornos digestivos:_____

Intolerancia alimenticia / Alergias: _____

Realiza Ejercicio: _____ Cuál: _____

Influye su estado de ánimo en su alimentación: _____

Dónde come _____ Problemas de masticación y deglución _____

Datos Objetivos:

Turgencia de la piel : _____ Coloración: _____

Estado de las membranas de la mucosa oral: _____

Aspecto de los dientes y encías: _____

Características de uñas/ cabello: _____

Heridas _____ Tipo: _____ Tiempo de cicatrización _____

Funcionamiento neuromuscular y esquelético _____

Otros: _____

3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Datos Subjetivos

Hábitos intestinales: _____

Características de las heces: _____

Uso de ayudas intestinales: _____

Problema de hemorroides: _____

Dolor al evacuar: _____

Hábitos urinarios: _____

Características de la orina: _____

En caso de algún problema para miccionar, describirlo: _____

Las emociones influyen en sus patrones de eliminación: _____

Menstruación: Frecuencia _____ Características _____

Dolor: _____

Las emociones alteran su ciclo menstrual _____

Datos objetivos

Abdomen: _____

Ruidos intestinales: _____

Palpación de la vejiga urinaria: _____

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Datos Subjetivos

Hábitos de descanso _____

Postura Habitual _____

Hábitos de trabajo _____

Postura habitual _____

Datos Objetivos

Estado del sistema músculo esquelético _____

Capacidad muscular, tono/ resistencia/ flexibilidad (fuerza) _____

Postura y estado emocional _____

Apoyo para la deambulación bastón () andadera () muletas ()

Otro _____

Dolor al movimiento _____

Sitio _____

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Datos subjetivos

Cuántas horas duerme durante la noche _____

Cuánto tiempo dedica al descanso _____

Tiene dificultad para conciliar el sueño _____

Realiza algún tipo de actividad para favorecer el sueño _____

Cuál _____

Hay algún tipo de ruidos que le impida conciliar el sueño _____

El dolor o la incomodidad física le causa dificultad para dormir _____

Los medicamentos que toma lo mantienen despierto _____

Datos Objetivos

Su estado de ánimo le impide dormir _____

6.- NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

Datos Subjetivos

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir. Si () No () de que manera _____

Su autoestima es determinante en su modo de vestir. Si () No () de que manera _____

Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría Si () No. () de que manera _____

Datos Objetivos

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse _____

7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Datos Subjetivos.

Adaptabilidad de los cambios de temperatura _____

Tipo de ejercicio/ frecuencia _____

Temperatura ambiental que le es agradable _____

Datos Objetivos.

Características de la piel _____

Transpiración _____

Condiciones del entorno físico _____

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Datos Subjetivos

Qué importancia tiene para usted la higiene y protección de la piel _____

Con que frecuencia practica usted el baño corporal _____ el lavado de manos _____ cepillado de dientes _____ cambio de ropa _____

Que tipo de baño prefiere _____

Que hábitos higiénicos considera necesario mantener _____

Cuenta con recursos públicos para practicar su higiene _____ cuáles _____

Acostumbra utilizar algún producto de belleza para mantener su higiene y proteger la piel _____ cuáles _____

Tiene usted creencias personales o religiosas que limiten o favorezcan sus hábitos higiénicos _____ cuáles _____

Si está limitado para realizar sus prácticas higiénicas, le afectaría que otras personas le ayudaran a satisfacerlas. Si () No ()

Porqué _____

Datos Objetivos

Estado de ánimo _____

Aspecto general _____

Olor corporal _____ halitosis _____

Estado del cuero cabelludo _____

Estado de la piel _____ uñas _____

Boca _____ fosas nasales _____ ojos _____ oídos _____

9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Datos Subjetivos.

Realiza control médico para usted y su familia. Si () No ()

Conoce medidas de control para prevenir algunas enfermedades. Si () No ()

Se enferma frecuentemente Si () No () de qué _____

Cuenta con su cuadro de vacunación. Si () No () cuál _____

Conoce las medidas de prevención de accidentes. Hogar () trabajo () hospital ().

Datos Objetivos.

Cómo reacciona ante situaciones de urgencia _____

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

Datos Subjetivos

Con quién vive _____

Cómo es su relación _____

Le agrada la soledad Si () No (), porqué _____

_____ Cuánto tiempo pasa solo _____

Tiene amigos _____

Con quién platica _____

Tiene contactos sociales en forma regular que le resulten satisfactorios Si () No (),

Tipo Educativo () Religioso () Social () Laboral (), porqué _____

Comunica problemas relacionados con la enfermedad _____

Datos Objetivos

Habla con claridad _____

Dificultad para la visión y audición Si () No (); Uso de apoyos: Lentes () Prótesis ()

Aparatos especiales () Tipo _____

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

Datos Subjetivos.

Creencias religiosas _____

Ésta le genera conflictos personales _____

Principales valores personales _____

De acuerdo a sus creencias religiosas, de que manera procede ante la presencia de problemas reales o potenciales _____

Datos Objetivos

Hábitos específicos de vestido u objetos de determinados valores o creencias _____

Permite el contacto físico _____

Otros _____

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

Datos Subjetivos

Trabaja actualmente. Si () No ()

Tipo de trabajo. Eventual () Permanente () _____

Riesgos _____

Cuánto tiempo le dedica al trabajo _____

Está satisfecho (a) con su trabajo _____

Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas personales y las de su familia _____

Datos Objetivos

Estado emocional/ tranquilo/ ansioso/ irritable/ inquieto / eufórico _____

Otros _____

13.- NECESIDAD DE JUEGO Y ACTIVIDADES RECREATIVAS.

Datos Subjetivos

Realiza actividades recreativas en familia en su tiempo libre. Si () No () tipo _____
_____ tiempo _____

Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad _____

Recursos en su comunidad para la recreación. _____

Realiza alguna actividad lúdica (juego) o recreativa. _____

Cuál (es) _____ tiempo _____

Datos Objetivos

Integridad del sistema neuromuscular. _____

Rechazo a las actividades recreativas. _____

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

Datos Subjetivos

Nivel de educación. _____

Problemas de aprendizaje y cognición. _____

Tipo: Cognitivo () psicomotor () sentidos () cómo lo manifiesta _____

Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad. Si () No ()

Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud. Si () No () cómo lo manifiesta _____

Datos Objetivos

Órganos de los sentidos: oído () gusto () tacto () vista () olfato ().

Memoria reciente. _____

Memoria remota. _____

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Leddy S y J. Mae Pepper, Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional ed., JB Lippincott Company Filadelfia.
2. Betty J: Ackley Manual de Diagnosticos de Enfermeria, 7° Edición, Madrid-Barcelona- Amsterdam, ED. Elsevier
3. www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo23/capitulo23.htm
4. Marriner, Ann Raile, Martha(2003) Modelos Y Teorías En Enfermería 5ª Edición, Edit. Mosby
- 5 Farreras y Rozman: (1997) Medicina Interna, 13º ed., Ed. Harcourt Brace, , España, Vol. I,
6. Gardner y Hiatt: (1997) Histología Texto y Atlas, 1ª ed., MacGraw-Hill Interamericana Editores S.A., ,
7. Guyton y Hall: (2001) Tratado de Fisiología Médica, 10ª ed., Ed. McGraw-Hill, España,
8. Harrison (2002) Principios de Medicina interna, 15ª ed., ED. McGraw Hill Interamericana Editores S.A., España, Vol. II,
9. Tortora y Grawoski (2002) Principios de Anatomía y Fisiología, 9ª ed., Ed. Gráficos Editoriales S.A., México, ,
- 10 Smith (2001) Fisiopatología, 4ª ed., Ed. Mosby, España.
11. Lineamiento General Para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería. (2010) Mtra. María Elena Galindo Becerra. Secretaria de Salud.
12. Bulechek M. y Butcher K. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 5º edición Elsevier .
13. Johnson M; Moorhead S. Clasificaciones de Resultados de Enfermería (NOC) 5º edición Elsevier .
14. Heather Herdman, t. NANDA Internacional DIAGNOSYICOS ENFERMEROS DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN 2009-2011. , 7º edición Barcelona. España , Elsevier