



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.



**ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

NÚMERO Y FECHA DE ACUERDO DE VALIDEZ OFICIAL 8931-62

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
CUIDADOS EN PACIENTE CON DIÁLISIS PERITONEAL**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

MAYRA GARCÍA DOMÍNGUEZ

ASESOR:

LIC. JULIA GABRIELA CASTELLANOS TRUJEQUE

ORIZABA, VER. A 08 DE SEPTIEMBRE DE 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por guiarme en mi camino y por permitirme concluir con mi objetivo.

A mis padres quienes son mi motor y mi mayor inspiración, que a través de su amor, paciencia, buenos valores, y gran ejemplo ayudan a trazar mi camino.

Agradezco a los todos docentes que con su sabiduría, conocimiento y apoyo, motivaron a desarrollarme como persona y profesionalista

Y por supuesto a mi querida Universidad y a todas las autoridades, por permitirme concluir con una etapa de mi vida, gracias por la paciencia, orientación y guiarme en el desarrollo de esta investigación.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
JUSTIFICACIÓN	7
OBJETIVOS	9
GENERAL.....	9
ESPECÍFICOS.....	9
METODOLOGÍA.....	10
CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO.....	11
Enfermería como profesión disciplinaria.	11
Etapas del proceso atención de enfermería:.....	28
a).- Valoración:.....	28
b).- Diagnóstico.....	32
c).- Planeación;.....	34
d).- Implementación;.....	37
e).- Evaluación.....	40
Problemática de salud de la persona	43
HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD	49
CAPÍTULO II. RESUMEN DEL CASO CLÍNICO	50
Antecedentes del caso clínico.....	50
Descripción del caso.....	51
CAPÍTULO III. DESARROLLO DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA	53
I. Patrón de percepción/mantenimiento de la salud	53
II. Patrón nutricional / metabólico	55
III. Patrón de eliminación.....	57
IV. Patrón actividad / ejercicio.....	57
V. Patrón sueño / descanso	59
VI. Patrón cognitivo /perceptivo	60
VII. Patrón de autopercepción y autoconcepto	61
VIII. Patrón roll /relaciones	61
IX. Patrón sexualidad/reproducción	63
X. Patrón afrontamiento/estrés	63
XI. Patrón valores/creencias	64

VALORACIÓN CEFALOCAUDAL	65
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.....	66
PLANIFICACIÓN DE INTERVENCIONES	67
EJECUCIÓN DE INTERVENCIONES.....	68
CONCLUSIÓN	72
REFERENCIAS.....	74
GLOSARIO.....	76

INTRODUCCIÓN

En este trabajo vamos a proponer un Plan de Cuidados Individualizado para una paciente que padece insuficiencia renal crónica (IRC) y que va a someterse a un tratamiento renal sustitutivo (TRS) en diálisis peritoneal (DP). Abordaremos sus problemas de salud, se realizará una valoración y se centrará el trabajo en solucionar los diagnósticos que se encuentren activos, con el fin de conseguir los objetivos que se van a proponer más adelante.

Por definición, se conoce IRC como una disminución lenta, progresiva e irreversible de la función renal, debido a la destrucción definitiva de un número importante de nefronas. Manifestada por un filtrado glomerular (FG) 90 ml/min/1.73 m². Con el tiempo los riñones dañados dejan de funcionar por completo,

Cuando los riñones están dañados de forma permanente no pueden llevar a cabo sus funciones habituales. Como resultado, se produce una acumulación excesiva de líquidos y toxinas nocivas en el organismo. Los riñones desempeñan cinco funciones principales:

1. Actúan como un filtro y “limpian” la sangre. Expulsan los residuos corporales y el exceso de agua a través de la orina.
2. Controlan los niveles de agua y minerales necesarios (sales, sodio, potasio, fósforo, etc.).
3. Contribuyen a que las hormonas controlen de forma adecuada otras funciones corporales como la presión arterial o la anemia.
4. Mantienen el equilibrio ácido-base en la sangre.
5. Controlan los niveles de calcio en sangre y contribuyen a preservar una buena salud ósea.

Dentro del curso evolutivo de la enfermedad renal crónica (ERC), se han establecido cinco estadios

- Estadio 1: $FG > 90 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ (daño renal con FG normal)
- Estadio 2: $FG \text{ 60-89 ml/min/1.73 m}^2$ (daño renal y ligero descenso del FG).
- Estadio 3: $45-59 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ (descenso ligero/moderado del FG).
- Estadio 3B: $30-44 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ (descenso moderado de FG).
- Estadio 4: $15-29 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ (descenso grave del FG).
- Estadio 5: $< 15 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ (predialisis)
- Estadio 5B: Dialisis

JUSTIFICACIÓN

La ERC es un problema de grandes dimensiones en México, cuyas proporciones e impacto apenas hemos empezado a entender. El problema en su mayor parte es consecuencia de ECNT mal atendidas, que son el azote de las instituciones del sector, entre las que se distinguen el sobrepeso, la obesidad, la diabetes, la hipertensión arterial sistémica, las dislipidemias, por mencionar las más importantes.

Desafortunadamente a la fecha no contamos con información precisa, pues no existe en México un registro nacional centralizado de casos de padecimientos renales, de gran valor para su caracterización, determinación de incidencias y prevalencias, análisis de costos, planeación de acciones y recursos, ya que muchas de las verdaderas causas de muerte que serían atribuibles a la enfermedad, en su progresión desde las etapas tempranas, quedan ocultas dentro de un genérico que casi siempre se reporta como muertes por enfermedades cardiovasculares.

A pesar del subregistro, fuentes oficiales citan la ERC dentro de las primeras diez causas de la mortalidad general en el último decenio. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (Instituto nacional de salud pública, 2012)

Enfatizamos que en la dimensión identificada sobre etapas tardías, las autoridades sanitarias con frecuencia expresan que no existen recursos económicos suficientes, ni la infraestructura requerida para ofrecer servicios de diálisis o trasplante si se identificara a 100% de esta población, lo cual es inaceptable ética, moral y legalmente, tomando en consideración que un alto porcentaje de recursos son mal encauzados y utilizados, y que bien podrían ser re direccionados para los fines aquí propuestos. Lo cierto es que si no actuamos a tiempo identificando etapas tempranas de la ERC (1 a 3) y las canalizamos a un manejo protocolizado de atención, entonces los pacientes que llegan a las etapas 4 y 5 seguirán siendo

recibidos en las peores condiciones sistémicas y nutricias, incluyendo síndrome urémico avanzado lo cual en su conjunto es incluso más oneroso.

En nuestros análisis de costos estimamos que por cada peso bien invertido en el manejo de pacientes en etapas 1 a 3 de la ERC, ahorraríamos entre 11 y 15 pesos de las etapas 4 y 5. (Orozco, 2016)

OBJETIVOS

GENERAL

Elaborar UN PROCESO ENFERMERO que contenga PLACES dirigidos a todo usuarios con IRCT, en el cual se encuentren plasmados los cuidados que el personal de Enfermería podrá proporcionar a todo usuario con este padecimiento; con la finalidad de enseñar al usuario una alternativa positiva a la continuidad de su vida socio-cultural y cuidado de su propia salud, así como la participación integral de la familia en el aprendizaje en los cuidados a realizar en casa, todo lo anterior son metas que el personal de Enfermería debe saber y tomar en cuenta ya que cada usuario cursa por una etapa de duelo por la pérdida en la funcionalidad de un órgano muy importante del cual dependía el equilibrio total de su vida.

ESPECÍFICOS

- ✓ Realizar la valoración del usurario, a través de la cual se obtendrán datos mediante la entrevista o interrogatorio directo e indirecto, expediente clínico
- ✓ Registrar detalladamente todos los datos obtenidos para facilitar la formulación de diagnósticos Enfermeros que permitan al personal de enfermería proporcionar cuidados de calidad en el paciente
- ✓ Ayudar al paciente a llevar a cabo y a mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad.
- ✓ Brindar cuidados humanísticos y holísticos al usuario con el propósito de mantener y rehabilitar su estado de salud, para su reintegración favorable a la sociedad.
- ✓ Ayudar al paciente a que comprenda y entienda su padecimiento
- ✓ Integrar a los familiares de los usuarios a la recuperación y cuidado de la salud en casa de los mismos

METODOLOGÍA

La valoración y recogida de datos para este plan de cuidados individualizado se realizó cuando la paciente eligió como tratamiento renal sustitutivo la diálisis peritoneal automatizada. Se confeccionó una entrevista con la paciente dónde se le formulan las preguntas necesarias para la realización del plan de cuidados, se le informa de la elaboración de este trabajo y verbalmente manifiesta estar de acuerdo con él.

Para valorar a la paciente se utilizaron los 11 Patrones Funcionales de Margory Gordon. En base a estas valoraciones se desarrolló este plan de cuidados, según la Taxonomía NANDA, NOC, NIC.

Se plantearán diagnósticos de enfermería y se irán proponiendo objetivos que se intentarán mejorar, mantener, disminuir o solucionar, programando y realizando intervenciones y actividades adecuadas para conseguir unos cuidados integrales. Tras la valoración inicial, se detectaron los problemas de salud que se traducirán en el diagnóstico enfermero. Para la formulación del diagnóstico se ha utilizado la taxonomía II de la NANDA clasificándoles por dominós y clases según la nomenclatura y codificación de la revisión 2021- 2023 (Nanda, 2023)

Los resultados a alcanzar se definen mediante la clasificación estandarizada de criterios de resultados (NOC) (Moorhead, Swanson, Johnson, & Maas, 2019) con los indicadores que permiten evaluar. Y para la obtención de dichos resultados se establece la educación y realización de determinadas intervenciones enfermeras (NIC) (Butcher, Bulechek, Dochterman, & Wagner, 2019) con sus correspondientes actividades

CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO

Enfermería como profesión disciplinaria.

La enfermería es una profesión que comprende la atención, cuidado autónomo y colaboración de la salud del ser humano. Los enfermeros se dedican, a grandes rasgos, a tratar los problemas de salud potenciales o reales que presenta una persona.

Florence Nightingale impulso la primera teoría de la enfermería hace a próximamente 150 años, de la cual se desprenden nuevos modelos, teniendo cada uno una filosofía diferente del modo de entender la enfermería y los cuidados que se le brindan al paciente. En 1852 fue el inicio de la enfermería profesional, ya que a través de la publicación del libro “Notas de Enfermería” de Nightingale, las enfermeras comenzaron a sentir un interés por adquirir conocimientos técnicos acerca de su profesión.

En la antigüedad y contrario al pensamiento de la mayoría de las personas, el oficio de enfermería fue practicado por hombres gran parte de la historia. Al abrirse la primera escuela de enfermería en India en el año 250 A.C; solo los hombres fueron considerados no justamente puros para poder aprender la profesión. (Concepto de enfermería)

La enfermería es la ciencia del cuidado de la salud del ser humano. Es una disciplina que en el último siglo y particularmente en los últimos años ha ido definiendo cada vez más sus funciones dentro de las ciencias de la salud. Según la definición elaborada por la Facultad de Enfermería de la Universidad de Moscú, en Rusia, es la ciencia o disciplina que se encarga del estudio de las respuestas reales o potenciales de la persona, familia o comunidad tanto sana como enferma en los aspectos biológico, psicológico, social y espiritual.

Enfermería es una profesión de titulación universitaria que se dedica al cuidado integral del individuo, la familia y la comunidad en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo (Conceptos de enfermería, 2015).

Enfermería. Como profesión aplica conocimientos, es práctica, académica, cumple procedimientos basados en principios científicos, posee bases éticas, tiene autonomía y es social. La enfermería como ciencia humana práctica, es un conjunto organizado de conocimientos abstractos, avalados por la investigación científica y el análisis lógico. La disciplina profesional tiene por objetivo desarrollar los conocimientos que servirán para definir y guiar la práctica. Arte: por ser una profesión que requiere de múltiple y variadas habilidades para adaptarse a las necesidades de las personas en los diversos contextos de la práctica profesional; lo que la hace ser creativa e innovadora.

Esencia de la Enfermería. Cuidar la salud a través de cuidados que permitan mantener y conservar la vida, mediante la satisfacción de las necesidades del individuo, familia y comunidad. Campo de acción específico: predicción, prevención y tratamiento de las respuestas humanas. Estas respuestas humanas la forma en que el paciente responde a un estado de salud o enfermedad, representando todos aquellos fenómenos que tienen que ver con el profesional de enfermería.

La enfermería, hoy en día, es una carrera a nivel universitario que se dedica a la atención y cuidado de pacientes médicos

Fuente: <https://concepto.de/enfermeria/#ixzz6GLItKflc>

El cuidado como objeto de estudio

La noción de cuidado está vinculada a la preservación o la conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a otro ser vivo. El término deriva del verbo cuidar (del latín coidar).

Enfermería, por otra parte, se asocia a la atención y vigilancia del estado de un enfermo. La enfermería es tanto dicha actividad como la profesión que implica realizar estas tareas y el lugar físico en el que se llevan a cabo. Los cuidados de enfermería, por lo tanto, abarcan diversas atenciones que un enfermero debe dedicar a su paciente. Sus características dependerán del estado y la gravedad del

sujeto, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud y a asistir sanitariamente al paciente. (simian, 2018)

Cuando una persona se encuentra internada en un hospital (es decir, cuando debe pernoctar en el centro de salud), los cuidados de enfermería incluirán el control del suero, el monitoreo de sus parámetros vitales y el suministro de los medicamentos indicados por el médico, entre otras tareas. Los enfermeros también pueden, en algunos casos, desplazarse hasta el domicilio del paciente para brindarle ciertos cuidados

Ese es el caso de un enfermero que visita a un anciano para aplicarle una inyección de manera diaria o para tomarle la presión arterial. Cabe destacar que, para proporcionar cuidados de enfermería, es necesario obtener un título que sirva como habilitación.

Las características de la formación y de la titulación dependen de cada país, ya que la carrera de enfermería puede ser terciaria o universitaria y requerir de diversas capacidades. (ZARATE GRAJALES, 2004) La esencia de la disciplina del cuidado debe estar disponible a partir de la visión de la investigación histórica de Enfermería. Sin embargo, a través del tiempo se han evidenciado negligencias y déficit en el análisis de situaciones y vivencias profesionales que podrían haber iluminado ampliamente interrogantes necesarias de ser investigadas.

Aspectos que, en su conjunto, podrían haber aportado y enriquecido el proceso y campo intelectual de la disciplina, despertando una curiosidad permanente hacia la indagación y experimentación. El progreso del conocimiento y la educación en Enfermería sólo serán posibles, en la medida que se reúnan argumentos relativos a la explicación y contrastación de situaciones propias de la profesión, junto a todas aquellas proposiciones teóricas consideradas centrales para su desenvolvimiento

En estos últimos 10 años se ha manifestado una búsqueda de identidad profesional, esfuerzo que se ha canalizado a través del campo de la investigación histórica. Publicaciones recientes demuestran una fuerte tendencia a indagar los orígenes sociológicos, antropológicos y antecedentes históricos de las prácticas de

Enfermería. Aún “en el umbral del siglo XXI, la profesión de Enfermería continúa haciendo notar su malestar por no sentirse reconocida, cuestionándose su identidad”.

Los profesionales, se han centrado en buscar el reconocimiento social manifestando una notable necesidad de autoafirmar su rol, más que fortalecer o afirmar su posición frente al cuidado. Sólo a finales del siglo XX, se observa un retorno hacia el verdadero origen de los cuidados enfermeros. Este último hecho, se ha visto favorecido porque en estos últimos años, los profesionales han efectuado en forma paralela desde su práctica investigaciones desde una perspectiva histórica.

Teóricas como Henderson, C. Roy, Peplau, Allen, M. Rogers Parse, Lehninger, Meleis (1992), Orem (1988) y Watson (1985), han coincidido a través del desarrollo de sus teorías, en un significativo acuerdo en que la ontología de la Enfermería es crucial para definir su rol

Proceso atención de enfermería

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un término empleado para referirse el método científico aplicado a la práctica de la enfermería y ha sido definido como un método sistematizado de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente.

El PAE se originó cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), quienes consideraron un proceso de tres etapas; Yura y Walsh (1967) establecieron cuatro: valoración, planificación, realización y evaluación; Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales, al añadir la etapa diagnóstica. (Andrade & Lopez, 2012).

Dicho método se ha definido como una forma ordenada de pensar o manejar datos, una búsqueda sistematizada de conocimientos y una forma de descubrir el todo

lógico a partir de sus partes (razonamiento inductivo) y consta de los siguientes pasos: comprensión del problema, recopilación de datos, formulación de hipótesis, evaluación de hipótesis, comprobación de la hipótesis y formulación de las conclusiones.

Es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera (o), que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y de método científico.

Es sistemático por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación). Es humanista por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y que no debe fraccionarse.

Es intencional porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y de la propia enfermera(o).

Es dinámico por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre. Es flexible porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería. Es interactivo por requerir de la interrelación humano - humano con el (los) usuario(s) para acordar y lograr objetivos comunes.

Valoración: La valoración es la obtención de datos tanto objetivos como subjetivos, es la recogida de toda la información que necesitamos del paciente. **Diagnóstico:** Es el método para confirmar el problema

Planeación: formulación de objetivos o metas en base a la dificultad detectada

Ejecución: intervenciones personalizadas, dependiendo de los principios fisiológicos, la edad, la formación cultural, el equilibrio emocional, la capacidad física y mental de la persona

Evaluación: criterios que indican los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la ejecución. Permite a la persona participar en su propio cuidado. Garantiza la respuesta a los problemas de salud reales o potenciales. Ofrece atención individualizada continua y de calidad. Ayuda a identificar problemas únicos de la persona.

Modelo teórico utilizado para la elaboración del PAE:

Patrones funcionales de Marjory Gordon

Los patrones funcionales de salud de los pacientes, ya sean como individuos, familias o comunidades, se desarrollan a partir de la interacción entre el paciente y su ambiente. Cada patrón es una integración biopsicosocial, por lo que no se puede comprender ningún patrón sin la comprensión de los demás.

Los patrones funcionales están influidos por factores biológicos. Evolutivos, culturales, sociales y espirituales. Se pueden presentar patrones de salud disfuncionales (descritos por los diagnósticos de enfermería) en caso de enfermedad: también, los patrones de salud disfuncional pueden causar enfermedad.

Se concluye si un patrón es funcional o disfuncional mediante la comparación de los datos de valoración con alguno de los siguientes parámetros: datos de referencia individuales, normas establecidas para grupos de edad, normas culturales, sociales u otras. Un patrón particular debe evaluarse en el contexto de otros, y su contribución a un funcionamiento óptimo del paciente.

Marjory Gordon hace referencia a once patrones funcionales, el patrón de percepción- manejo de salud, el patrón nutricional- metabólico, el patrón de eliminación, el patrón de actividad- ejercicio, el patrón de sueño- reposo, el patrón cognitivo- perceptivo, el patrón de autopercepción- auto concepto, el patrón de rol-

relaciones, el patrón de sexualidad- reproducción, el patrón de afrontamiento- tolerancia al estrés y el patrón de valores- creencias. (Gordon, 2007)

Patrón de percepción-manejo de la salud, describe la manera en que el paciente percibe y controla su salud y bienestar. Comprende la percepción individual del estadio de salud y su importancia para las actividades actuales y planificación futura. (Gordon, 2007) Se valora según sus hábitos higiénicos, vacunas, alergias, conductas saludables, existencia o no de hábitos tóxicos, accidentes o ingresos hospitalarios, y se encuentra alterado si la persona considera que su salud es pobre, regular o mala. Tiene un inadecuado cuidado de su salud, bebe en exceso, fuma, consume drogas, no tiene adherencia a tratamientos farmacológicos ni a medidas terapéuticas, no está vacunado y si la higiene personal o de la vivienda es descuidada. (Alvarez, Castillo, Fernandez, & Muñoz, 2010)

Patrón nutricional- metabólico, determina el tipo de consumo de alimentos y bebidas, en relación con las necesidades metabólicas y los indicadores del patrón de los aportes locales de nutrientes. Comprende informes sobre lesiones cutáneas, la capacidad de cicatrización, y mediciones de temperatura corporal, la altura y el peso. También se incluyen el aspecto general del bienestar, y el estado de la piel, el pelo, las uñas, las membranas mucosas y los dientes. (Gordon, 2007)

Se valora según el IMC, la valoración de la alimentación la cual recoge el número de comidas, el lugar, el horario, dietas específicas, así como los líquidos recomendados para tomar en el día. Se deben hacer preguntas sobre el tipo de alimentos que toma por grupos: frutas, verduras, carnes, pescados, legumbres y lácteos. De igual manera se realiza una valoración de problemas en la boca como lo pueden ser si tiene alteraciones bucales (caries, úlceras etc.)

A su vez también se valoran problemas para comer como lo puede ser dificultades para masticar, tragar, si es alimentado por sonda ya sea alimentación enteral o con purés caseros. A si también se Valoran otros problemas que influyen en el patrón como problemas digestivos (náuseas, vómitos, pirosis), Inapetencias, Intolerancias alimenticias, alergias, suplementos alimenticios y vitaminas. Por último se realiza la valoración de la piel que se encuentren alteraciones, fragilidad

de uñas y pelo, falta de hidratación, prurito, edemas, lesiones, temperatura, cicatrización, coloración, lesiones cutáneas abscesos, lipomas, verrugas, patología de las uñas.

Por consiguiente el patrón se encuentra alterado si tiene una nutrición desequilibrada, los líquidos consumidos son escasos, existen problemas en la boca, hay dificultades para masticar y/o tragar, necesita sonda de alimentación, alteraciones de la piel o falta de integridad tisular o cutánea, problemas digestivos, dependencias, inapetencias, intolerancias alimenticias, alergias. (Alvarez, Castillo, Fernandez, & Muñoz, 2010)

Patrón de eliminación, describe los tipos de funciones excretora intestinal, urinaria y cutánea, comprende la regularidad de la función excretora percibida por la persona. Se valora según las funciones excretoras, la intestinal valora consistencia, regularidad, dolor al defecar, sangre en heces, incontinencia. La urinaria, las micciones/día, características de la orina, problemas de micción, sistemas de ayuda (pañales, colectores, sondas, urostomías), incontinencias y la cutánea, la Sudoración copiosa.

De igual manera se valora la alteración del patrón por las funciones excretoras. Intestinal existe estreñimiento, incontinencia, diarrea, flatulencia, o la persona precisa sistemas de ayuda (laxantes, enemas, etc.). En el urinario si presenta incontinencias, retención, disuria, nicturia, poliuria, polaquiuria o utiliza sistemas de ayuda (pañales, colector, sondas, etc.) y si presenta sudoración excesiva. (Alvarez, Castillo, Fernandez, & Muñoz, 2010)

Patrón de actividad- ejercicio, este hace referencia a las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad, y para la realización de ejercicios, costumbres de ocio y recreo, comprende las actividades de la vida diaria que precisan un gasto de energía, como la higiene, la preparación de la comida, el trabajo y el mantenimiento del hogar, entre otras. (Gordon, 2007). Su valoración se realiza por el estado cardiovascular, estado respiratorio, Tolerancia a la actividad, valoración de la movilidad, actividades cotidianas, estilo de vida, Ocio y actividades recreativas. y se encuentra alterado el patrón si existen problemas circulatorios, respiratorios,

cansancio excesivo, deficiencias motoras, problema de movilidad, etc. (Alvarez, Castillo, Fernandez, & Muñoz, 2010).

Patrón sueño- descanso. Este Describe los patrones de sueño, descanso y relajación a lo largo del día, incluye la percepción de la calidad y la cantidad de sueño y reposo, la percepción del grado de energía después del sueño. También, incluye métodos de ayuda para dormir, como medicamentos o rutinas nocturnas que utilice la persona. (Gordon, 2007)

Este patrón se valora según el espacio físico (ventilación, temperatura agradable y libre de ruidos), el tiempo dedicado al sueño u otros descansos diurnos, recursos físicos o materiales favorecedores del descanso (mobiliario), exigencias laborales (turnos, viajes), hábitos socio culturales (hora de acostarse o levantarse, siestas, descansos), problemas de salud física que provoquen dolor o malestar, problemas de salud psicológica que afecten al estado de ánimo (ansiedad, depresión), uso de fármacos para dormir, presencia de ronquidos o apneas del sueño.

Y por consiguiente se encuentra alterado si usa ayuda farmacológica, verbaliza dificultad para conciliar el sueño, confusión y cansancio relacionado con la falta de descanso, disminución de la capacidad de funcionamiento, conducta irritable en relación a la falta de descanso. (Alvarez, Castillo, Fernandez, & Muñoz, 2010)

Patrón cognitivo- perceptivo hace referencia al patrón sensorio- perceptual y cognitivo del individuo. Adecuación de los órganos de los sentidos. Incluye las habilidades funcionales cognitivas, como la toma de decisiones, memoria, juicio y lenguaje. (Gordon, 2007)

Se valora por el nivel de consciencia y orientación, nivel de instrucción (si puede leer y escribir). El idioma, si tiene alteraciones cognitivas, como problemas para expresar ideas o de memoria, dificultades para la toma de decisiones, problemas de lenguaje, de concentración, síntomas depresivos, problemas de comprensión, fobias o miedos o dificultades en el aprendizaje. Si tiene alteraciones

perceptivas por problemas de visión, de audición, de olfato de gusto o sensibilidad táctil. Recoge información sobre si la persona tiene dolor, tipo, localización, intensidad y si está o no controlado, así como su repercusión en las actividades que realiza. Si tiene alteraciones de la conducta, irritabilidad, intranquilidad o agitación.

A su vez el patrón se encuentra alterado si la persona no está consciente u orientada, presenta deficiencias en cualquiera de los sentidos, especialmente vista y oída. Hay dificultades de comprensión por idioma o por analfabetismo, hay presencia de dolor, existen problemas de memoria, de concentración, de expresión o comprensión de ideas, hay depresión. Existen fobias o miedos injustificados, se dan conductas de irritabilidad, agitación o intranquilidad. (Alvarez, Castillo, Fernandez, & Muñoz, 2010)

Patrón de autopercepción- autoconocimiento. Este patrón describe el patrón de auto concepto y las percepciones del estado de ánimo. Comprende las actitudes del individuo sobre sí mismo, la percepción de habilidades, la imagen corporal, la identidad, la sensación general de valía personal, y el patrón general emocional. Se incluye la postura y el movimiento corporal, el contacto visual, la voz y el tipo de habla. (Gordon, 2007) Valora los problemas consigo mismo, problemas con su imagen corporal, problemas conductuales. Datos de imagen corporal, postura, patrón de voz, rasgos personales, contacto visual, cambios frecuentes del estado de ánimo, asertividad, pasividad, nerviosismo y relajación.

Por ende el patrón se encuentra alterado si existen verbalizaciones auto negativas, expresiones de desesperanza, expresiones de inutilidad. Tiene problemas con su imagen corporal y le preocupan los cambios en su imagen corporal, el miedo al rechazo de otros y el sentimiento negativo del propio cuerpo. Existen problemas conductuales. (Alvarez, Castillo, Fernandez, & Muñoz, 2010)

El patrón rol- relaciones, hace referencia al modelo de desempeño de roles y de relaciones. Incluye la percepción individual sobre los principales roles y responsabilidades en la situación vital actual. Se incluye información sobre la satisfacción o problemas familiares, laborales o en relaciones sociales, y sobre las responsabilidades relacionadas con estos roles. (Gordon, 2007) Valora a la familia,

con quién vive, estructura familiar, rol en la familia, problemas en la familia, si alguien depende de la persona y el apoyo familiar. De igual manera el grupo social, si tiene amigos próximos, si pertenece a algún grupo social, si se siente solo, y a sí mismo el trabajo o escuela, si las cosas le van bien en el ámbito laboral o escolar, cuenta con un entorno seguro, satisfacción.

De tal forma el patrón se encuentra alterado si el individuo presenta problemas en las relaciones: sociales, familiares o laborales (escolares), se siente solo, no tiene personas significativas (amigos, familia), refiere carencias afectivas, falta de comunicación y tiene conductas inefectivas de duelo, violencia doméstica y/o abusos. (Alvarez, Castillo, Fernandez, & Muñoz, 2010)

Patrón de sexualidad- reproducción, este patrón describe la satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, y el patrón reproductivo. Comprende la satisfacción percibida por el individuo o informa de los trastornos en su sexualidad. También incluye la fase reproductiva de la mujer (pre menopáusico o posmenopáusica) y cualquier problema subjetivo. (Gordon, 2007) Su valoración se realiza indagando sobre su menarquía y todo lo relacionado con ciclo menstrual, menopausia y síntomas relacionados, métodos anticonceptivos, embarazos, abortos, problemas relacionados con la reproducción, problemas o cambios en las relaciones sexuales.

De tal manera que se encuentra alterado su el sujeto expresa preocupación respecto a su sexualidad, trastornos o insatisfacción. Existen problemas en la etapa reproductiva de la mujer, existen problemas en la menopausia y tiene relaciones de riesgo. (Alvarez, Castillo, Fernandez, & Muñoz, 2010)

Este patrón de afrontamiento- tolerancia del estrés describe el patrón general de afrontamiento y su eficiencia, en términos de tolerancia del estrés. Comprende la reserva o la capacidad del individuo para resistir un desafío a la integridad personal, la manera de manejar el estrés, los sistemas de apoyo familiares u otros, y la habilidad subjetiva para controlar situaciones estresantes. (Gordon, 2007)

Se valora si está tenso o relajado la mayor parte del tiempo, qué le ayuda cuando está tenso, si utiliza medicinas, drogas o alcohol cuando está tenso. Cuando ha

tenido cualquier problema en su vida, como lo ha tratado. Si tiene alguien cercano al que poder contar sus problemas con confianza y si lo hace cuando es necesario y se encuentra alterado si la persona manifiesta tener sensación habitual de estrés y no dispone de herramientas para controlarlo. Si ante cambios o situaciones difíciles de la vida el individuo no es capaz de afrontarlo de forma efectiva. Si recurre al uso de medicamentos, drogas o alcohol para superar los problemas. (Alvarez, Castillo, Fernandez, & Muñoz, 2010)

Por último el **patrón de valores- creencias** hace referencia a los patrones de valores, objetivos o creencias (como las espirituales), que guían la elección o las decisiones. Incluye los aspectos que el individuo percibe como importantes en su vida, la calidad de vida y cualquier conflicto subjetivo en valores, creencias o expectativas de tipo sanitario. (Gordon, 2007)

Se valora indagando sobre si tiene planes de futuro importantes, si consigue en la vida lo que quiere, si está contento con su vida, pertenece a alguna religión, si le ayuda cuando surgen dificultades, preocupaciones relacionadas con la vida y la muerte, el dolor o enfermedad se encuentra alterado si existe algún conflicto con sus creencias, tiene problemas para sus prácticas religiosas, existe conflicto / preocupación por el sentido de la vida, la muerte, el sufrimiento, dolor y la enfermedad. (Alvarez, Castillo, Fernandez, & Muñoz, 2010)

En su teoría se aborda al individuo de manera integral en función de situar los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir mejorar su calidad de vida.

De igual manera conceptualiza la enfermería como el arte de actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y/o brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma con el objetivo de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad, incluyendo la

competencia desde su relación interpersonal de actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades y demandas de autocuidado.

El concepto básico desarrollado por **Dorotea Orem del autocuidado** se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior.

El autocuidado, por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma, consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuar, además, con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo.

Salcedo-Álvarez y colaboradores plantean que el eje fundamental de la enfermería es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes.

La meta es eliminar este, de tal forma que se cubran los requerimientos/necesidades universales del desarrollo y se limiten las desviaciones en la salud. Los enfermeros(as) actúan cuando el individuo, por cualquier razón, no puede auto cuidarse, para ello D. Orem propone los siguientes métodos de asistencia de enfermería, que se basan en la relación de ayuda y/o suplencia los enfermeros(as) hacia el paciente, y son:

1. Actuar en lugar de la persona, por ejemplo, en el caso del enfermo inconsciente
2. Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas
3. Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
4. Promover un entorno favorable al desarrollo personal, por ejemplo, las medidas de higiene en las escuelas.

5. Enseñar a la persona que se ayuda, por ejemplo, la educación a un paciente portador de una cardiopatía congénita en cuanto a la higiene y actividades que debe realizar. Asumiendo que el autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben, deliberadamente llevar a cabo, por sí solas, una actividad del individuo, aprendida por este y orientada hacia un objetivo, una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar; consideramos que el autocuidado es un sistema de acción.

La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrecen la base para entender los requisitos de la acción y la limitación de la acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería

a) Elementos fundamentales del modelo utilizado

La teoría del déficit de autocuidado. La teoría general del déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto.

Los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismo o en su entorno. Pero pueden darse una situación en que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella. En esta situación, la persona puede requerir ayuda que puede proceder de muchas fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería. Dorothea E Orem usa la palabra agente de autocuidado para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado.

La agencia de autocuidado es la capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado. Los individuos que saben satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer sus necesidades de autocuidado.

En otros, la agencia de autocuidado está aún desarrollándose, como en los niños. Otros individuos pueden tener una agencia de autocuidado desarrollada que no funciona. Por ejemplo, cuando el temor y la ansiedad impiden la búsqueda de ayuda, aunque la persona sepa que la necesita.

El cuidar de uno mismo: es el proceso de autocuidado se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud. Esta toma de conciencia requiere en sí misma el pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal, normas culturales y de conductas aprendidas, a fin de tomar una decisión sobre el estado de salud, en el cual debe de existir el deseo y el compromiso de continuar con el plan. Limitaciones del cuidado: son las barreras o limitaciones para el autocuidado que son posible, cuando la persona carece de conocimientos suficientes sobre sí misma y quizás no tenga deseos de adquirirlos.

Puede presentar dificultades para emitir juicios sobre su salud y saber cuándo es el momento de buscar ayuda y consejo de otros. El aprendizaje del autocuidado: el aprendizaje del autocuidado y de su mantenimiento continuo son funciones humanas. Los requisitos centrales para el autocuidado con el aprendizaje y el uso del conocimiento para la realización de secuencias de acciones de autocuidado orientadas internas y externamente. Si una acción de autocuidado es interna o externa en su orientación puede determinarse mediante la observación, obteniendo datos subjetivos del agente de autocuidado o de ambas manera.

Las acciones de autocuidado interna y externamente orientadas proporcionan un índice general sobre la validez de los métodos de ayuda. Las 4 acciones de autocuidado orientadas externamente son: Secuencia de acción de búsqueda de conocimientos. Secuencia de acción de búsqueda de ayuda y de recursos. Acciones expresivas interpersonales. Secuencia de acción para controlar factores externos.

Los dos tipos de acciones de autocuidado orientadas internamente son: Secuencia de acción de recursos para controlar los factores internos. Secuencia de acción para controlarse uno mismo (pensamientos, sentimientos, orientación) y por tanto regular los factores internos o las orientaciones externas de uno mismo.

Por ello, la comprensión del autocuidado como una acción intencionada con orientaciones internas y externas ayuda a las enfermeras a adquirir, desarrollar y perfeccionar las habilidades necesarias para: Asegurar información válida y fidedigna para describir los sistemas de aprendizaje de autocuidado de los individuos.

Analizar la información descriptiva de los sistemas de aprendizaje de autocuidado y de cuidado dependiente. Emitir juicios de cómo pueden ser ayudados los individuos en la realización de las operaciones del aprendizaje de autocuidado terapéutico, se identifican las secuencias de acción de una demanda de aprendizaje de autocuidado terapéutico, puede identificarse y agruparse de acuerdo con sus orientaciones internas y externas.

Las formas de determinar y satisfacer las propias necesidades de aprendizaje de autocuidado, son aprendidas de acuerdo con las creencias, hábitos y prácticas que caracterizan culturalmente la vida del grupo al que pertenece el individuo.

Al estudiar la teoría de déficit de autocuidado coincidimos con Dorothea E Orem que es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado en la que las capacidades de autocuidado constituyentes desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existentes.

Esta abarca a aquellos pacientes que requieren una total ayuda de la enfermera por su incapacidad total para realizar actividades de autocuidado, ejemplo: Cuadrupléjico. Pero también valora aquellas que pueden ser realizadas en conjunto enfermera-paciente, ejemplo: El baño y aquellas actividades en que el paciente puede realizarlas y debe aprender a realizarlas siempre con alguna ayuda, ej.

La atención a un paciente pos operado de una cardiopatía congénita. Cuando existe el déficit de autocuidado, los enfermeros (as) pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo.

El tipo de sistema dice del grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico. Una persona o grupo puede pasar de un Sistema de Enfermería a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo. (NARANJO HERNANDEZ, Ydalsys; CONCEPCION PACHECO, José Alejandro; RODRIGUEZ LARREYNAGA, Miriam., 2017).

ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

a). - Valoración:

La etapa inicial del proceso de atención de enfermería, es cuya correcta cumplimentación depende en buena parte de su desarrollo global, corresponde a la recogida de datos. Mediante la recopilación de información, basada en la obtención de datos y la entrevista a la persona enferma que aporte un conocimiento indispensable sobre sus características personales, sus dificultades o padecimientos, sus hábitos de vida y el estado de satisfacción de sus necesidades fundamentales. En este paso de valoración, pues, se intenta averiguar tanto como sea posible, dentro de las limitaciones que imponga cada situación específica, sobre la propia persona, su familia y su entorno, a fin de poder identificar sus necesidades, problemas y preocupaciones.

Obtención de datos. La labor de recopilación y posterior análisis de datos se basa unas veces en la observación directa, ya sea en forma de signos clínicos o bien de referencias verbales claras recogidas en el curso de la entrevista o la exploración, mientras que, en otra deriva de un proceso de deducción, a partir de la interpretación de expresiones y de referencias indirectas. Entre los datos por obtener, pueden diferenciarse unos que son objetivos, detectados directamente por el personal de enfermería, y otros que son subjetivos, facilitados por la persona enferma, se refieren a los sentimientos, percepciones y vivencias, y son dignos también de toda consideración.

En cualquier caso, las recogidas de datos siempre suponen un esfuerzo de comprobación, selección y clasificación, puesto que toda la información recabada, incluyendo la subjetiva, debe ser contrastable y admitida también por el resto del equipo de salud que participe en la atención de la persona. En la etapa de valoración, además de averiguar todo lo relacionado específicamente con el motivo de consulta, debe procurarse la obtención de datos que, a modo de sugerencia, recojan la información sobre los siguientes ámbitos: Información de carácter general: nombre, edad, sexo, estado civil, lugar de residencia, etc. Características

personales: idioma, raza, religión, nivel socioeconómico, nivel de educación, ocupación, etc. Hábitos: estilo de vida, tipo de alimentación, hábitos de defecación, pautas habituales de ejercicio o actividad física, hábitos de descanso, relajación, y sueño, higiene personal, ocio y actividades recreativas, etc. Sistemas de apoyo: familiar, comunitario y social.

Antecedentes personales y familiares relacionados con la salud: antecedentes hereditarios, enfermedades pasadas y actuales, embarazos, intervenciones quirúrgicas, accidentes, etc. Estado físico: constantes vitales: pulso, temperatura, presión arterial, frecuencia respiratoria. Peso y talla. Funciones fisiológicas: estado de conciencia, patrones de respiración, alimentación, excreción, sueño, movimiento, etc. Datos procedentes de los diversos métodos de exploración física general (inspección, auscultación, palpación, percusión) que reflejen la situación actual de la persona. Datos biológicos: grupo sanguíneo y Rh, déficit sensoriales o motrices, alergias, uso de prótesis, resultados de pruebas disponibles. Datos psicosociales: nivel de estrés, ansiedad, sufrimientos o confort, estado emocional o mental, situación de crisis, grado de autonomía, nivel de comunicación, adaptación personal y cultural, etc. Datos en relación con las reacciones de la persona en una situación de salud o de perturbación de la salud. En los pacientes con trastornos renales, los signos y síntomas pueden ser no específicos o no manifestarse hasta que la enfermedad está avanzada.

Las manifestaciones pueden ser locales (p. ej., reflejando una inflamación o una masa en el riñón), se producen por los efectos sistémicos de la disfunción del riñón o afectan la micción (p. ej., cambios en la propia orina o en su producción). Examen físico. Los pacientes con enfermedad renal crónica moderada o grave suelen tener aspecto pálido, consumido o enfermo. La respiración profunda (de Kussmaul) indica hiperventilación en respuesta a la acidosis metabólica con acidemia. Examen del tórax. Los frotos pericárdico y pleurítico pueden ser signo de uremia. Exploración abdominal. El hallazgo visual de abombamiento de la parte superior del abdomen es inusual e inespecífico de poliquistosis renal. También puede indicar una masa renal o abdominal o hidronefrosis.

En ocasiones, es posible escuchar un soplo leve, lateral, en el epigastrio o en el flanco, en la estenosis de la arteria renal; la presencia de un componente diastólico incrementa la probabilidad de hipertensión renovascular. El dolor que se produce al golpear levemente la espalda con el puño, los flancos y al ángulo formado por la 12da costilla y la columna lumbar (sensibilidad costo vertebral) puede indicar pielonefritis u obstrucción del tracto urinario (p. ej., debido a cálculos). Los riñones normales por lo general no son palpables.

Sin embargo, en algunas mujeres, el polo inferior del riñón derecho en ocasiones puede percibirse durante la inspiración aguda, y los riñones de tamaño aumentado o las masas presentes en ellos pueden sentirse a veces sin maniobras especiales. En los neonatos, los riñones pueden palparse con los pulgares, cuando se colocan estos en forma anterior y los dedos en posición posterior en el ángulo costo vertebral. La transiluminación permite distinguir las masas renales sólidas de las quísticas en algunos niños de < 1 año si se manipulan el riñón y la masa contra la pared abdominal.

Examen de la piel Las enfermedades renales crónicas pueden causar cualquiera de los siguientes síntomas: Xerosis debido a la atrofia de las glándulas sebáceas y sudoríparas ecrinas, palidez debido a la anemia Hiperpigmentación debido al depósito de melanina, color cetrino o marrón-amarillento de la piel debido al depósito de urocromos, petequias o equimosis debido a alteraciones de la función plaquetaria, excoriación debida a la picazón causada por la hiperfosfatemia o uremia, es raro encontrar escarcha urémica, el depósito de cristales de urea blancos o marrones en la piel después de la evaporación del sudor.

Examen neurológico. Los pacientes con insuficiencia renal aguda pueden presentarse adormilados, confundidos o desatentos; el lenguaje puede ser poco articulado. Al escribir o separar las manos con extensión máxima de las muñecas, puede observarse asterixis; después de varios segundos en esta posición, un temblor de la mano en dirección al flexor constituye asterixis. La asterixis indica uno de los siguientes trastornos: Enfermedad renal crónica, Insuficiencia hepática crónica, Narcosis por CO₂, Encefalopatía tóxica Estudios complementarios Los

pasos iniciales en la evaluación de los trastornos renales son el análisis de orina y la determinación de la concentración de creatinina en suero.

Otras pruebas en la orina o en la sangre y los estudios por la imagen (ecografía, TC, RM) se llevan a cabo en circunstancias específicas. Idealmente, después de que se ha limpiado el meato uretral, la muestra de orina se obtiene en la parte media de la micción (muestra limpia) durante la primera micción de la mañana; la orina debe examinarse de inmediato porque la demora puede producir cambios en el resultado de las determinaciones. Puede utilizarse el sondaje de la vejiga o la punción supra púlica cuando la muestra de orina no puede obtenerse por micción espontánea, o cuando la muestra de orina se contamina con material vaginal.

Sin embargo, el traumatismo causado por estas maniobras puede incrementar de manera falsa el número de eritrocitos en la muestra, por lo que suelen evitarse si se desea especialmente observar hematuria microscópica. Una muestra obtenida de una bolsa de recolección de una sonda no es aceptable para las pruebas bacteriológicas o microscópicas. **Análisis de orina** La glucosa generalmente aparece en la orina cuando su concentración en el suero aumenta a $> 180 \text{ mg/dL}$ ($> 10,1 \text{ mmol/L}$) y la función renal es normal. El umbral para su detección con las tiras reactivas es de 50 mg/dL ($2,8 \text{ mmol/L}$).

Cualquier cantidad es anormal. Pueden obtenerse resultados falsamente bajos o negativos en presencia de cualquiera de los siguientes agentes: Ácido ascórbico, cetonas, aspirina, levodopa, tetraciclina, pH urinario muy elevado, orina diluida **Análisis de sangre.** Los análisis de sangre son útiles para evaluar los trastornos renales. Los valores de creatinina sérica $> 1,3 \text{ mg/dL}$ ($> 114 \text{ } \mu\text{mol/L}$) en varones y $> 1 \text{ mg/dL}$ ($> 90 \text{ } \mu\text{mol/L}$) en mujeres suelen ser anormales.

La creatinina sérica depende de la generación de esta sustancia, así como de su excreción renal. Como la liberación de creatinina aumenta cuando la persona tiene mayor masa muscular las personas con más masa muscular tienen concentraciones séricas mayores, y los ancianos y personas malnutridas pueden tener concentraciones menores.

La creatinina sérica puede aumentar también en los siguientes casos: Administración de inhibidores de la ECA y bloqueantes de los receptores para angiotensina II, consumo de grandes cantidades de carne, uso de algunos fármacos (cimetidina, trimetoprima, cefoxitina, flucitosina).

Aclaramiento de creatinina. La creatinina se produce a una velocidad constante a partir del metabolismo de los músculos, se filtra libremente en los glomérulos y se secreta en los túbulos renales. Debido a esta secreción, el aclaramiento de creatinina (CrCl) sobrestima la TFG en un 10 a 20% en las personas con función renal normal, y hasta en un 50% en los pacientes con insuficiencia renal avanzada; por ello, no se recomienda usar este parámetro para estimar la TFG en los pacientes con enfermedad renal crónica. (shah, 2016)

b).- Diagnóstico

La segunda fase del proceso de enfermería corresponde al análisis e interpretación de los datos recogidos en la etapa previa. El análisis preciso, contextualizado de estos datos, permite a la enfermera identificar las manifestaciones de dependencia. (según la terminología de Henderson), así como los problemas que son de su competencia. Esta etapa permite determinar con la mayor claridad posible y de manera concisa el problema específico que presenta la persona y las fuentes de dificultad que lo provocan. Se trata, pues, de elaborar el diagnóstico de enfermería, punto prioritario para establecer y situación y las necesidades de la persona, así como para plantear los cuidados de enfermería más oportunos.

Gracias a esta fase del proceso, en definitiva, pueden sacarse conclusiones validas acerca de los problemas la persona y consecuentemente, es posible diseñar un plan de intervención adaptado a sus necesidades. Por otra parte, la precisión dl diagnóstico facilita la comprensión del caso al resto del equipo sanitario Básicamente, en esta etapa se intenta examinar y dimensionar con la máxima objetividad posible los datos recopilados, para posteriormente confrontarlos con los demás parámetros normales de los diversos factores que aseguran la satisfacción de las necesidades del ser humano. Se pueden determinar las alteraciones

presentes en la persona o que ella mismo experimenta, los problemas de cooperación actuales y los potenciales, aparentes y no aparentes, que permitan conformar un cuadro global de la situación.

Para ello, hay que considerar atentamente los hechos, comportamientos, signos y síntomas; identificar las relaciones existentes entre los diversos elementos; determinar el grado de autonomía de la persona; indagar, las causas que provocan las dificultades que presenta la persona enferma; establecer prioridades y prevenir posibles consecuencias. Siempre debe tenerse en cuenta que todo cambio desfavorable en la satisfacción de alguna necesidad fundamental (de orden biológico, psicológico, social, cultural o espiritual) que se expresa a través de manifestaciones observables, directas o indirectas, resultan de utilidad, junto a las posibles causas para la formulación del diagnóstico de enfermería.

La escasez de un lenguaje común propio del profesional de enfermería que aumente la comunicación, la necesidad de clarificar nuestro ámbito de trabajo actual sobre qué problemas resuelve el profesional de enfermería y que sean de su total competencia, y la elevación de los cuidados que nos lleva a las enfermeras a enfrentarnos a nuevas exigencias, indujo la reflexión sobre la necesidad de identificar los diagnósticos de enfermería en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT), pudiendo ser un instrumento adecuado y útil que nos facilitaría un lenguaje común y la comunicación entre profesionales y pacientes, de manera rápida y universal, logrando a la vez la sistematización del trabajo y la calidad de los cuidados prestados, ya que los diagnósticos son el foco que dirige la planificación de las intervenciones y las actividades de enfermería, siguiendo las tendencias en el ámbito mundial.

Para llegar a la identificación de los Diagnósticos de Enfermería se ha utilizado el Proceso de Atención de Enfermería, que es un método sistematizado de identificación y resolución de problemas de salud, siempre dirigido a cubrir las necesidades del cliente o del sistema familiar. Consta de cinco fases: Valoración, Diagnóstico de Enfermería, Planificación, Ejecución y Evaluación. Para la

identificación del diagnóstico sólo será necesario utilizar las dos primeras fases del proceso. La valoración es imprescindible para llegar al diagnóstico de enfermería, y se utiliza para describir la evaluación inicial y de manera continuada del estado de salud de un individuo, familia o comunidad. Se realiza de manera sistemática y premeditada, basándose en un plan para recoger y organizar la información obtenida de la persona. Analizados e interpretados estos datos llegamos a la segunda fase del proceso que es el Diagnóstico de Enfermería. Los pacientes con IRCT presentan un perfil clínico general, con edades comprendidas entre 50-70 años de edad, con múltiples patologías asociadas a su enfermedad, con afectación de su estado general y con unas manifestaciones clínicas que se pueden agrupar por sistemas o aparatos, de tal manera que aparecen alteraciones en los sistemas: hematológico, nervioso, endocrino, cardiovascular, aparato digestivo y óseo. También hay que tener en cuenta los trastornos bioquímicos y problemas psicosociales, derivados tanto de los trastornos físicos, como de la dependencia que estos enfermos tienen al estar sometidos a tratamiento de diálisis.

El tratamiento de la IRCT es la diálisis en sus dos modalidades, hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal, y el trasplante. Estos objetivos se consiguen poniendo en contacto la sangre del paciente con un líquido de características predeterminadas a través de una membrana semipermeable, instalada en un filtro llamado dializador. Siendo imprescindible un acceso vascular capaz de proporcionar un flujo de sangre de 200-400 ml/min. Además del tratamiento sustitutivo estos pacientes son sometidos a una terapia farmacológica y nutricional.

El cuidado del paciente renal debe ser integral, sus cuidados deben ir dirigidos tanto a las intervenciones derivadas de los diagnósticos de enfermería como de los problemas de colaboración, debemos potenciar el autocuidado, darle soporte emocional y enfatizando en una educación sanitaria sistemática tanto al paciente como a su entorno familiar o afectivo. (Andrés Galache, 2004)

c).- Planeación;

En esta fase, sobre la base de los datos recabados en la etapa de valoración, su análisis y el diagnóstico de enfermería establecido, se planifican las estrategias

encaminadas a prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados previamente. Es una etapa orientada a la acción, ya que se trata de establecer un plan de actuación y determinar sus diferentes pasos, los medios requeridos para su consecución, las intervenciones concretas que se deben instaurar y las precauciones que corresponde adoptar en el curso de todo el proceso de enfermería.

Es posible que en una situación aguda o de amenaza para la vida la decisión de las intervenciones requeridas deba ceñirse a los procedimientos indispensables e inmediatos, pero en la mayor parte de los casos es posible llevar a cabo una planificación más detallada; en aquellas ocasiones en que se impone actuar sin dilación, la planificación global se postergara al momento en que se cuente con todos los requisitos indispensables. Prioridades y objetivos. Primero, la fase de planificación requiere establecer un orden de prioridades entre las necesidades identificadas en la persona, diferenciando los diagnósticos de enfermería de los problemas de cooperación actuales o potenciales.

A partir de tal jerarquización, pueden estipularse los objetivos que deben perseguir los cuidados de enfermería para solventar los problemas de la persona y suplir los factores que ella no puede llevar a cabo por sí misma para satisfacer sus necesidades y resolver su problema de dependencia.

Tales objetivos pueden ser muy diversos: de índole psicomotriz, cognitiva, efectiva, etc. Puede tratarse de objetivos a corto, a medio o a largo plazo, así como de objetivos circunstanciales o de objetivos permanentes, según sean las características de cada caso. Una vez establecido el orden de prioridades se intenta determinar, con la máxima precisión posible, el conjunto de intervenciones necesarias para alcanzar los objetivos propuestos.

En este sentido, deben contemplarse las acciones que tendrá que realizar el personal de enfermería para poder conseguir el bienestar de la persona y su mejoría, así como las acciones que deberán demandarse a la propia persona

enferma y sus familiares, asegurando la ayuda y las enseñanzas oportunas, en un intento de lograr la mayor independencia de la misma. También deben planificarse los elementos de vigilancia y evaluación, para lo cual es necesario que los objetivos de intervención sean personalizados y mensurables.

El plan de cuidados, además de ser una herramienta básica para el trabajo del profesional que tiene a su cargo la persona enferma, constituye también un instrumento al servicio de la persona, que posibilita la comunicación y la unificación de las intervenciones del equipo de salud, lo que resulta de suma utilidad para potenciar la actividad coordinada de todos los miembros y garantizar la eficacia y continuidad de los cuidados. La insuficiencia renal crónica (IRC) se define como disminución grave de la masa de nefronas en un lapso duradero que culmina en uremia. Cuando existe un funcionamiento renal de 100-80%, no existe sintomatología; sin embargo, hay que valorar la administración de antiinflamatorios no esteroideos. Cuando es de 50-20%, existe aumento de creatinina sérica de 1.8-14.4 mg/dL y los síntomas aparentes son nicturia y malestar leve; sin embargo, cuando se ha llegado a una función renal de < 10%, los síntomas son los siguientes: Cansancio, letargo, náuseas, anorexia y pigmentación pardusca. Peritonitis La peritonitis es una de las principales complicaciones de los pacientes con diálisis peritoneal automatizada (DPA).

La infección tiene un gran impacto en el pronóstico a largo plazo, disminuyendo el tiempo de vida útil de la membrana peritoneal. En todo paciente con diálisis que presenta líquido peritoneal turbio se debe sospechar que presenta peritonitis (Evidencia). Hipertensión arterial sistémica La prevalencia de HAS en México es de 30.7% en adultos mayores de 20 años, y sólo el 14.6% logran su control tensional.

La hipertensión, según el reporte de la OMS, aumenta el riesgo cardiovascular cuando hay daño a un órgano blanco, y la presencia de este órgano dañado va a influir en el método y el tratamiento. Diabetes mellitus tipo dos (T2) El término diabetes proviene de la expresión griega “fluir a través de” (como sería orinar excesivamente) y mellitus significa “similar a la miel”.¹ Tipo 2 se conoce al adulto insulino dependiente. Es ocasionada por resistencia a la acción de la insulina y por

falla de las células B. Estos dos trastornos suceden simultáneamente y manifiestan de manera variable en cada persona que la padece. (Sarely Trujano Trujano, 2010)

d). - Implementación;

Esta etapa corresponde a la puesta en práctica del plan de actuaciones elaborado previamente y cuya meta es la de conducir a la persona, al menos idealmente, hacia la óptima satisfacción de sus necesidades. En tales actuaciones, dependiendo de cada situación, pueden intervenir, según sean las necesidades, posibilidades y disponibilidades, el equipo de enfermería, la persona enferma y su familia. Dentro de lo posible, se intenta que sea la propia persona, con la debida ayuda y acompañamiento, quien lleve al máximo de los cuidados planificados, aunque tal ideal no siempre es accesible. De todos modos, aun cuando en un primer tiempo los cuidados hayan de quedar exclusivamente en manos del personal de enfermería, a medida que se produzca una evolución positiva se intentara que la responsabilidad pase progresivamente a la persona, que de este modo ira adquiriendo independencia, a la par que se reduce la suplencia proporcionada por el equipo de enfermería. En esta fase, la relación entre personal de enferma y la persona enferma adquiere su máxima significación.

En este sentido, no solo se debe atender a la resolución de los problemas de salud concretos de la persona, sino que también resulta fundamental conceder la debida atención a su dimensión como persona, incluyendo sus preocupaciones, sentimientos, temores y ansiedades. Siempre debe tenerse presente que tan importantes como la aplicación de las técnicas médico- quirúrgicas son factores tales como la comunicación, la comprensión y el apoyo psicológico y emocional de la persona que sufre. Durante esta fase la comunicación entre el personal de enfermería y el enfermo, verbal o no verbal, adquiere una importancia excepcional. Deben explicarse con detalle los cuidados requeridos y la forma de ejecución, las rutinas del centro, las exploraciones y los tratamientos a que se debe someter.

En todo momento, debe intentarse una comunicación pedagógica, con intención de enseñanza, ya sea de cuidados generales (alimentación, higiene, prevención de enfermedades y recursos para potenciar la salud), o bien de actuaciones específicas

relacionadas con el padecimiento concreto de la persona y sus limitaciones. Cabe destacar que, a lo largo de esta fase, el plan de actuaciones previo se utiliza sencillamente como guía, puesto que continúan obteniendo informaciones sobre el estado de la persona y su respuesta a las atenciones, y ello puede interponer una modificación o complementación de las estrategias. Para que así pueda suceder, resulta fundamental registrar correctamente todas las practicas implantadas, los resultados obtenidos y las respuestas del enfermo ante su aplicación, dado que solo de esta forma podrá evaluarse de manera idónea la eficacia del plan. (Andrade & Lopez, 2012).

La apreciación de la satisfacción de los pacientes permite por un lado reconocer aquellas áreas deficientes desde el punto de cada persona y por otra parte nos sirve para valorar los resultados de los cuidados, ya que las exigencias del paciente van cada vez en aumento En los últimos años se han provocado importantes avances técnicos en el tratamiento de la insuficiencia renal crónica terminal, semejante como la utilización de membranas más biocompatibles, corrección de la anemia con eritropoyetina, técnicas especiales de diálisis, etc., Sin embargo, incluso conocemos poco sobre los factores que influyen en otros resultados del tratamiento como la salud percibida o la satisfacción, para algunos de los cuales las herramientas específicas de medida en esta patología no están lo suficientemente desarrolladas.

Hasta la fecha, el interés de los profesionales se ha ajustado clásicamente en mejorar la supervivencia del paciente, sin embargo, en los últimos años nos acercamos a un techo en este aspecto, en gran parte debido a la alta comorbilidad que presentan al inicio del tratamiento. Es entonces cuando aspectos como la rehabilitación, calidad de vida y satisfacción del enfermo renal cobran más relevancia. Según Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) llaman a prevenir la enfermedad renal crónica y a mejorar el acceso a su tratamiento. Ambas instituciones se aliaron para promover estrategias que reduzcan la brecha que separa a los pacientes del tratamiento que puede prolongar y salvarles la vida. La enfermedad renal crónica afecta a cerca del 10% de la población mundial.

El profesional de enfermería nefrológica, debe asegurarse de que el paciente en la etapa pre diálisis disponga del adecuado cuidado enfermero y reciba la información básica sobre el tratamiento y el proceso de toma de decisiones, ya que preparar al paciente oportunamente para afrontar adecuadamente su enfermedad, puede evitar complicaciones y aminorar la ansiedad para la adaptación de la futura vida del paciente en la diálisis. Las enfermeras de hemodiálisis tienen un papel importante en el cuidado y la seguridad del paciente crónico, por lo que es importante prestar cuidados de calidad.

La satisfacción del paciente es muy útil para diseñar una estrategia de mejora en la asistencia sanitaria. Es preciso preguntar y escuchar a nuestros pacientes para conocer lo que realmente esperan de nosotros y centrar así nuestra asistencia, no solo para cubrir sus necesidades, sino también para satisfacer sus expectativas, atendiendo así al individuo como un ser biopsico-social, garantizando así unos cuidados de máxima calidad. Para Muñoz y Caraballo, el cuidado a la intimidad de la persona es ignorado en muchas ocasiones por los propios cuidadores profesionales a favor de elementos más técnicos, mientras que el cuidado de aquella requiere resaltar aspectos como la actitud de escucha, la empatía y la autonomía del paciente.

De acuerdo a (shah, 2016), la asistencia a las sesiones de diálisis permite, en primera instancia, las interacciones profesionales de enfermería con el sujeto del cuidador, cuyo fin es lograr una comunicación eficaz, satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, emocionales y sociales, entre otro que surjan. La comunicación proporciona la información necesaria, lo que favorece y garantiza los niveles mínimos de comprensión por parte del sujeto de cuidado y contribuye a mejorar la adherencia, el profesional de enfermería nefrológica, debe asegurarse de que el paciente en la etapa pre diálisis disponga del adecuado cuidado enfermero y reciba la información básica sobre el tratamiento y el proceso de toma de decisiones, ya que preparar al paciente oportunamente para afrontar adecuadamente su enfermedad, puede evitar complicaciones y aminorar la ansiedad para la adaptación de la futura vida del paciente en la diálisis. En consideración, la esencia de

enfermería es brindar un cuidado integral en el que se tenga en cuenta la satisfacción de necesidades biopsicosociales, culturales y espirituales del paciente, para mejorar o mantener su calidad de vida. La insuficiencia renal no es reconocida como un problema de salud pública, existen pocos centros de salud que cuentan con la infraestructura necesaria para poder atender la creciente demanda de pacientes con insuficiencia renal, vale decir, la hemodiálisis y la diálisis peritoneal no son procedimientos generalizados como terapia de reemplazo renal.

En la práctica profesional de enfermería, se desenvuelve en el área asistencial se ha visualizado que muchos de estos adultos que se practica la diálisis se encuentran en un proceso de cambios físicos, psicológicos y emocionales, por el motivo de que uno o los dos de sus riñones no funciona parcial o totalmente. Todos los personales multidisciplinarios están implicados en esta tarea, sin embargo, es Enfermería que asume la mayor parte de la responsabilidad; desde la promoción de la salud que los adultos que se realizan diálisis para que puedan adquirir competencias necesarias para un mejor desarrollo humano y para enfrentar en forma efectiva los retos de la vida diaria; así mismo también permiten promover la competitividad necesaria para lograr una transición saludable hacia el manejo de las emociones. (Asencios Rojas, s.f.)

e). - Evaluación

La última fase del proceso de enfermería, la de evaluación, corresponde a una actividad continua mediante la cual se determina, con la persona enferma, hasta qué punto se han alcanzado los objetivos propuestos previamente y los resultados de la aplicación del plan de cuidados, a la par que se incorporan nuevos datos surgidos de la evolución del estado de la persona. Cabe destacar que las consecuencias de la instauración de intervenciones suelen ser positivas, pero también pueden resultar negativas o incluso inesperadas, y ello obliga a una evaluación constante que permita modificar oportunamente la planificación de cuidados en beneficio de la persona enferma.

Se trata de una etapa compleja, dado que deben juzgarse diversos elementos, y requiere una recopilación de nuevos datos, su análisis y una profunda reflexión,

para poder determinar si se han logrado los objetivos propuestos o si han surgido nuevas necesidades. Para que tal labor sea eficaz, es preciso tener previstos y respetar ciertos plazos de evaluación, diversos según sean los objetivos (cada tanta hora, cada tanto día) dado que solo así pueden determinarse las tendencias de la evolución de la persona y de los resultados de las actuaciones.

En conjunto, la fase de evaluación debe tomar en consideración los resultados obtenidos con las intervenciones y también la percepción y las reacciones de la persona enferma a los cuidados y su grado de satisfacción, así como el análisis crítico de todo el proceso desarrollado. En el momento de la evaluación, puede comprobarse el logro de objetivos propuestos, pero al mismo tiempo pueden detectarse nuevas necesidades, surgidas en el proceso cíclico y continuo, que pone en marcha un mecanismo de retroalimentación que constituye un factor esencial de toda la actividad de enfermería para el desarrollo de una práctica reflexiva y la personalización de los cuidados.

El diagnóstico de déficit de autocuidado, comprendido como una falta o una capacidad no adecuada del individuo para realizar todas las actividades necesarias que garanticen un funcionamiento (pro) saludable, se encuentra relacionado con los diagnósticos de conocimientos deficientes, control ineficaz del régimen terapéutico, control ineficaz de la salud, y falta de adhesión, los cuales al identificarse permite a enfermería analizar las causas de ese déficit, dadas por la condición del paciente, los factores biopsicosociales y culturales del paciente y su familia, los sistemas de soporte, las necesidades de aprendizaje y las estrategias que está utilizando para afrontar su situación, las cuales pueden estar relacionadas con diagnósticos como temor, ansiedad, y desesperanza. Finalmente, en cuanto a los diagnósticos de riesgo la infección e integridad de la piel afectada es una de las principales preocupaciones del profesional y supone uno de sus mayores retos. Las múltiples punciones incrementan el riesgo de infección, requiriendo que el personal de enfermería esté atento a garantizar una larga vida útil del acceso vascular y de esta forma disminuir el riesgo de complicaciones. Pues después de las complicaciones renales, las infecciones constituyen la segunda razón principal de hospitalización en

estos pacientes. Esto se explica por el hecho que son pacientes inmunocomprometidos y expuestos a procedimientos invasivos lo que los hace más susceptibles a las infecciones. De esta manera, enfermería utiliza todos los recursos disponibles para convertirse en una aliada del paciente y su familia y así brindar la educación, el apoyo y la orientación necesaria para que el régimen terapéutico sea efectivo y el paciente reciba los beneficios de un adecuado cuidado. Educación del paciente en diálisis (Zahira Esperanza Ángel Ángel, 2014)

PROBLEMÁTICA DE SALUD DE LA PERSONA

De acuerdo con cifras oficiales, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) representan 70% de todas las muertes. En gran medida el problema es consecuencia de falta de acción, desarticulación institucional y procesos mal encaminados. Podemos insistir que nos encontramos ante un problema mayúsculo, cuyas dimensiones e impacto en el acceso a servicios y en las finanzas del sector claman la atención necesaria.

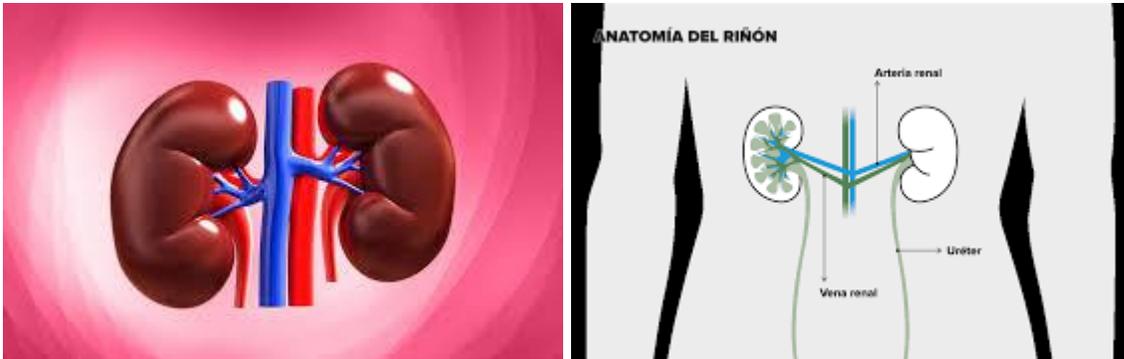
Hoy día podríamos gastar ya 50% de todos nuestros recursos destinados a salud en ECNT, entre ellas la ERC, sin darnos cuenta de ello. Si el número de casos que llega a etapas tardías no disminuye de manera significativa, el impacto económico de la ERC en el sector salud pondría en graves problemas su viabilidad financiera. La ERC es un problema de grandes dimensiones en México, cuyas proporciones e impacto apenas hemos empezado a entender.

El problema en su mayor parte es consecuencia de ECNT mal atendidas, que son el azote de las instituciones del sector, entre las que se distinguen el sobrepeso, la obesidad, la diabetes, la hipertensión arterial sistémica, las dislipidemias, por mencionar las más importantes

NORMA Oficial Mexicana NOM-171-SSA1-1998, Para la práctica de hemodiálisis, establece los requisitos mínimos que deberá reunir el personal de salud y los establecimientos médicos, para la aplicación de la hemodiálisis, así como los criterios científicos y tecnológicos obligatorios a que deberá sujetarse dicha aplicación.

INSUFICIENCIA RENAL CRONICA TERMINAL

ANATOMIA Y FISILOGIA DEL RIÑON



Los riñones son órganos en forma de frijol y cada uno tiene el tamaño aproximado de una mano cerrada. Están localizados en la parte media de la espalda, inmediatamente debajo de la caja torácica (la estructura formada por las costillas), los riñones con una compleja maquinaria de purificación. A diario, purifican unos 200 litros de sangre para filtrar unos 2 litros de desecho y exceso de agua. Los desechos y el exceso de agua se convierten en orina, que fluye a la vejiga a través de los tubos llamados uréteres. La vejiga almacena la orina hasta el momento de orinar.

Los desechos de la sangre se forman a partir de la descomposición normal de los tejidos activos y de los alimentos consumidos. El cuerpo usa la comida como fuente de energía y para reparación propia. Después de que el cuerpo toma lo que necesita de los alimentos, envía los desechos a la sangre. Si los riñones no retiraran esos desechos, se acumularían en la sangre y serian perjudiciales para el cuerpo.

La filtración ocurre en pequeñas unidades colocadas dentro de los riñones llamada nefronas. cada riñón tiene alrededor de un millón de nefronas. En la nefrona, un glomérulo – que es un pequeño vaso sanguíneo o capilar- se entrelaza con un pequeño tubo colector de la orina llamado túbulo. Se produce un complicado intercambio de sustancias químicas a medida que los desechos y el agua salen de la sangre y entran al sistema urinario.

La insuficiencia renal se puede dividir en dos categorías: **Insuficiencia Renal Aguda (IRA)** , **Insuficiencia Renal Crónica (IRC)** .

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA (IRA): La insuficiencia renal aguda ocurre como consecuencia de la bajada repentina de la función renal, esto puede ser generado por algunos problemas de los riñones que ocurren rápidamente, como un accidente que causa lesiones renales, la pérdida de mucha sangre que puede causar insuficiencia renal repentina, o algunos medicamentos o sustancias venenosas que pueden hacer que los riñones dejen de funcionar.

La insuficiencia renal aguda (IRA) es una pérdida rápidamente progresiva de la función renal, generalmente caracterizada por la oliguria, una producción disminuida de la orina, (cuantificada como menos de 400 ml por día en adultos, menos de 0,5 mL/kg/h en niños, o menos de 1 mL/kg/h en infantes), desequilibrios del agua y de los fluidos corporales, y desorden del electrolito.

Una causa subyacente debe ser identificada para detener el progreso, y la diálisis puede ser necesaria por el tiempo requerido para tratar estas causas fundamentales. La insuficiencia renal aguda puede llevar a la pérdida permanente de la función renal. Pero si los riñones no sufren un daño grave, esa insuficiencia puede contrarrestarse.

INSUFICIENCIA RENAL CRONICA (IRC): Es la condición que se produce por el daño permanente e irreversible de la función de los riñones secundario a una pérdida en el funcionamiento y número de las nefronas, las causas son: la diabetes, H.A., E.O.V.U. (cálculos, tumores). Puede ser complicación de nefropatía por IgA (enfermedad de Berger), enfermedades inflamatorias del riñón (Glomerulonefritis), pielonefritis crónica y retención urinaria, y el uso de medicamentos tóxicos para el riñón (antibióticos). La insuficiencia renal terminal (IRT) o (ESRF) es la última consecuencia, en la cual generalmente la diálisis se requiere hasta que se encuentre un donante para un trasplante renal.

La **insuficiencia renal** (o fallo renal) es la condición en la cual los riñones dejan de funcionar correctamente. Ocurre una disminución en la filtración de la sangre ; tasa de filtración glomerular , se manifiesta en una creatinina del suero elevada

ETIOLOGIA:

- ✓ Diabetes mellitus.
- ✓ Hipertensión arterial.
- ✓ Enfermedad obstructiva de vías urinarias.
- ✓ Complicación de nefropatías: glomérulo y pielonefritis crónica.
- ✓ Uso de medicamentos tóxicos.

SIGNOS Y SINTOMAS:

En la mayoría de los casos, la función renal se deteriora lentamente a lo largo de varios años y da inicialmente pocos síntomas, permitiendo que el paciente no sienta muchas cosas a pesar de tener [anemia] e incluso tener altos niveles de toxinas en la sangre. Cuando el paciente se siente mal, generalmente estamos ante casos muy avanzados de la enfermedad en los cuales la mayoría de las veces se hace necesario iniciar prontamente una terapia para reemplazar la función del riñón, la diálisis.

- ✓ Heces con sangre.
- ✓ Mal aliento.
- ✓ Tendencia a la formación de hematomas
- ✓ Cambios en el estado mental.
- ✓ Anorexia.
- ✓ Disminución en la sensibilidad, especialmente en las manos o en los pies.
- ✓ Fatiga.
- ✓ Dolor de costado (entre las costillas y las caderas)
- ✓ Temblor en la mano.
- ✓ Hipertensión arterial.
- ✓ Sabor metálico en la boca.
- ✓ Náuseas o vómitos que pueden durar días.
- ✓ Epistaxis.
- ✓ Crisis epiléptica.

- ✓ Movimientos letárgicos y lentos.
- ✓ Edema generalizado, principalmente en miembros inferiores.

Cambios en la micción:

- ✓ Oliguria.
- ✓ Nicturia.
- ✓ Anuria.

DIAGNOSTICO:

Los exámenes pueden abarcar:

- BUN.
 - ✓ Depuración de la creatinina.
 - ✓ Creatinina en suero.
 - ✓ Potasio en suero.
 - ✓ Análisis de orina.
- La ecografía abdominal es el examen preferido para diagnosticar la insuficiencia renal.
- pero la radiografía abdominal.
- la tomografía computarizada abdominal.
- o las imágenes por resonancia magnética del abdomen pueden revelar si hay una obstrucción en las vías urinarias.
- Los exámenes de sangre pueden ayudar a revelar las causas subyacentes de la insuficiencia renal:
 - ✓ La gasometría arterial
 - ✓ Análisis bioquímico de la sangre pueden mostrar acidosis metabólica.

TRATAMIENTO:

- Diálisis peritoneal.
- Hemodiálisis.
- Trasplante renal.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA:

- ✓ Colaborar con el médico en la atención al usuario.
- ✓ Ayudar al usuario para que acepte su padecimiento.
- ✓ Ayudar al usuario para que logre una adaptación más rápida respecto del cuidado de su salud.
- ✓ Participar en la integración de las familias de los usuarios al cuidado de la salud de los mismos.

Diálisis peritoneal: procedimiento terapéutico especializado que utiliza como principio físico-químico la difusión pasiva del agua y solutos de la sangre, a través de la membrana Peritoneal y que se emplea en el tratamiento de la insuficiencia renal.

Hemodiálisis: procedimiento terapéutico especializado que utiliza como principio físico-químico la difusión pasiva de agua y solutos de la sangre a través de una membrana artificial semipermeable y que se emplea en el tratamiento de la insuficiencia renal y otras patologías, aplicando los aparatos e instrumentos adecuados

Trasplante renal: procedimiento terapéutico de la insuficiencia renal crónica, basado en la tolerancia inmunológica mediada por drogas, en el que se emplean riñones de donadores vivos o de cadáver.

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

Insuficiencia renal crónica

Por: Peraza Perales Michelle Nataly



Prevención Primaria	Prevención Secundaria	Prevención Terciaria
<p>Promoción</p> <p>Programas de control de hipertensión y diabetes</p> <p>Protección específica</p> <p>control cuidadoso de la presión arterial y la concentración sanguínea de azúcar, una dieta baja en proteínas y una reducción del peso corporal</p> <p>Actividad física. medir el nivel de creatinina prueba simple para ver proteína en la orina dejar de fumar Seguir tratamiento prescrito para la diabetes y/o la presión alta.</p>	<p>Diagnostico Precoz</p> <p>Historia Clínica: Antecedentes personales Examen Físico Factores agravantes: Exámenes de laboratorio: Pruebas de función renal, Electrolytos, Ac. Úrico, BHC, Estudios de imagenología, Química sanguínea, Estudios anatómopatológicos.</p> <p>Tratamiento:</p> <p>Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, eritropoyetina, la vitamina D3, Manejo de Hipertensión, Diuréticos Potasio sérico y creatinina sérica debe ser chequeada 1 vez por Semana, Bicarbonato de sodio, Restricción del fosfato de la dieta, terapia de reemplazo renal, diálisis /trasplante</p>	<p>Limitación del daño</p> <p>Seguir control de la hipertensión, dieta hipo proteica, continuar tratamiento farmacológico, diálisis, cuidados después de cirugía de trasplante.</p> <p>Rehabilitación</p> <p>Reintegrarlo a su vida social Tratar de mejorar calidad de vida Ayuda psicológica paciente/familiares</p>

CAPÍTULO II. RESUMEN DEL CASO CLÍNICO

Antecedentes del caso clínico

nombre: M.G.S. sexo: femenino. Edad: 71 años, 11 meses.

lugar de procedencia: Orizaba, Veracruz.

Escolaridad: analfabeta Edo. Civil: viuda. Religión: católica fecha de ingreso: 16-01-2019. Servicio: diálisis peritoneal (nefrología). núm. de cama: .564 fuente de información: obtenida de dos fuentes: primaria (directa) y secundaria (indirecta y expediente clínico). Nombre del responsable: dos hijos.

Motivo de la consulta: enfermedad actual. dx de ingreso: IRCT tratamiento antes del ingreso: antihipertensivo, normoglucemiante y antidiuretico posterior a cada sesión de diálisis peritoneal hasta nueva fecha de reingreso para nueva terapia dializante, diálisis con catéter rígido (por insuficiencia renal aguda) en el año 2016. dx actual: irct, diabetes mellitus e hipertensión controlados. tratamiento actual: realizar 4 recambios 1.5 % , relación 1:1, 1500 ml. (dos de entrada por salida), dieta proteica 1 g/kg/dia, 1800 kal, normal en glucosa , hipo sódica restringida a 800 ml en 24 horas, ranitidina tabletas 150 mgs c/ 12 hrs., captopril 25 mgsc/ 8 hrs, nifedipino 30 mgs c/ 12 hrs., calcio tabletas solucion 500 mgs una cada alimento, calcitriol 0.250 mcgs c/ 24 hrs, eritropoyetina 4000 ui via subcutánea días lunes, miércoles y viernes, fumarato ferroso tabletas c/ 24 hrs., hidroxocabalamina 1 ampula i.m. c/ 24 hrs. (3 dosis), telmisartan tabletas 40 mgs 1 tableta c/ 12 hrs., ciprofloxacino 200 mgs i.v. c/24 hrs., curación de orificio de salida con mupirocaina c/ 12 hrs, .

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 71 años con diagnóstico de Enfermedad renal Crónica en programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria,(DPCA) ultrafiltración promedio 2000 ml y uresis 100 ml.

Acude el día 16 de enero 2019 con reporte de cultivo de cito químico de diálisis, con 1300 células, 70 mononucleares y 30 polimorfo nucleares se inicia esquema empírico con fluconazol y ceftadizina con cultivo sin desarrollo bacteriano y con reporte anterior de cultivo de líquido de diálisis sin desarrollo bacteriano a las 48 horas del día 14 enero 2019.

Al interrogatorio directo con la paciente y exploración física, tensión arterial 120/80, temperatura 35.4 °C, frecuencia cardiaca 78 pm, frecuencia respiratoria 26 pm, SpO2 98 %.

Paciente con múltiples factores de riesgo cardiovascular; cerebrovascular, diabetes mellitus tipo 2 de 19 años de diagnóstico, sin requerir de tratamiento farmacológico actual, complicaciones crónicas e irreversibles de la diabetes mellitus tipo 2, neuropatía, retinopatía y nefropatía, desnutrición proteica energética severa.

Hipertensión arterial sistémica de 20 años de diagnóstico, sin requerir de tratamiento farmacológico actual.

Tiene insuficiencia renal crónica en etapa terminal secundaria a nefropatía en programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria, se realiza 4 recambios al día con solución de diálisis al 2.5 % 1500 ml.

Estudios de laboratorio 09 de enero 2019 con reporte glucosa 120 mg/dl, urea 89.9 mg/ml, creatinina 7.2 mg/dl, ácido úrico 5.1 mg/dl, colesterol total 173mg/dl, triglicéridos 238 mg/dl, albumina 2.6 g/dl, calcio 8.3 mg/dl, fosforo 4.4 mg/dl, potasio 3.2 mmol/L, sodio 131 mmol/l .

Biometría hemática con el reporte de eritrocitos 3.17×10^6 /ul, hemoglobina 9.3 g/dl, hematocrito 28.5 %, recibe eritropoyetina recombinante humana

6000 unidades subcutáneas tres veces a la semana al fin de mantener nivel de hemoglobina entre 11 – 12 gr/dl y hematocrito 33-36 %.

Paciente con dolor a la palpación en miembros inferiores, supuración de orificio de catéter de Tenckhoff en el abdomen, no refiere dolor ala palpación, refiriendo ocasionalmente.

CAPÍTULO III. DESARROLLO DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

Valoración clínica del sujeto de cuidado

Datos de identificación

Nombre: M,S,G Edad: 70 años Sexo: Femenino

Edo. Civil: viuda Escolaridad: secretaria comercial Ocupación: Ama de casa Religión: católica

Lugar de Nacimiento: Orizaba, Veracruz Domicilio: andador 4 Numero 19

A

I. Patrón de percepción/mantenimiento de la salud

1. Hábitos higiénicos (prácticas de baño, arreglo personal, higiene bucal)

HIGIENE BUCAL (3 VECES AL DÍA) ARREGLO PERSONAL (2 VECES AL DÍA) Y PRACTICA DEL BAÑO (1 VEZ AL DÍA)

2. Hábitos sociales (alcohol, drogas, tabaco, café): TAZA DE CAFÉ (2 DIARIAS) EN EL DESAYUNO Y EN LA CENA

3. Prácticas de salud (actividades para mantenerse sano)

a) Nutrición: MODERADA b) Ejercicio: NO PRACTICA c) Examen de detección: MASTOGRAFÍA 15-05-2015

d) Vacunas: Esquema completo: Si _____ No: FALTA INFLUENZA ANUAL

4. Como califica su estado de salud

a) Excelente _____ b) Muy bueno: ___ c) Bueno ___X___ d) Pasivo _____

5. Frecuencia con que asiste al médico CADA MES A CONTROL CON SU UNIDAD MÉDICO FAMILIAR

6. Como califica su estilo de vida: Activo _____ Pasivo:
SI_____

7. Exposición a factores de riesgo (hogar, trabajo, comunidad)
EN EL HOGAR ESCALERAS Y BAÑO SIN BARANDALES.

8. Características de la vivienda (física, higiene)
LOSA, PISO DE CONCRETO, PAREDES DE CONCRETO LIMPIEZA DIARIA

9. Disponibilidad de los servicios de saneamiento:

a) Agua: garrafón b) Drenaje SI c) Alcantarillado: SI d)
Recolección de basura: RED MUNICIPAL e) Fosa séptica NO f)
Electricidad: si

10. Antecedentes familiares (HTA, Cánceres, Diabetes y otros) PADRE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL; MADRE CÁNCER DE LENGUA Y DIABETES MELLITUS HERMANOS ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y DIABETES MELLITUS

11. Enfermedades anteriores/Contacto con enfermos infecciosos/contacto con animales DIABETES MELLITUS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL, PERITONITIS POR DIÁLISIS PERITONEAL AMBULATORIA/DENGUE E INFECCIONES RESPIRATORIAS SUPERIORES/ SOLO CON UN PERRO

12. Hospitalizaciones / Cirugías: DIARREA OCASIONAL HIPOTENSIÓN ARTERIAL/ HISTERECTOMÍA ABDOMINAL, SINUSITIS Y COLOCACIÓN DE CATÉTER TENCKHOFF

13. Alergias (Medicamentos, Alimentos, Otros):
NINGUNO

14. Problema actual: PERITONITIS POR DIÁLISIS PERITONEAL, EN LA ENTRADA DEL CATETER SE OBSERVA SECRECIÓN PURULENTO, INSOMNIO POR MÁS DE 3 DÍAS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, HIPOTENSIÓN ARTERIAL, NEUROPATÍA DIABÉTICA

15. Tratamiento médico en el hogar: DIÁLISIS PERITONEAL CADA 4 HORAS, VENALOT DEPOT TABLETA UNA CADA 12 HORAS, COMPLEJO B UNA DIARIA, ÁCIDO FÓLICO UNA DIARIA, FUMARATO FERROSO UNA DIARIA

16. Seguimiento de tratamiento: cita a psiquiatría en dos meses

II. Patrón nutricional / metabólico

Peso anterior: 65 kg 2. Peso actual: 65 kg 3. Talla 1.50 cm

1.- Alimentación acostumbrada (Tipo y cantidad)

Desayuno: CAFÉ, TACOS CON QUESO PANELA Y UNA FRUTA.

Comida: SOPA DE VERDURAS, PECHUGA ASADA, UNA FRUTA, VASO DE AGUA

Cena: CAFÉ UN PAN TOSTADO CON MANTEQUILLA Y DOS TACOS DE QUESO PANELA

5. Como considera su apetito

a) Normal _____ b) Aumentado: _____ c) Disminuido SI _____

6. Utiliza suplementos alimenticios: No _____ ¿Cuáles?

7. Alimentos preferidos / Restringidos / Desagradables:

SOPAS/ LEGUMINOSAS, /POLLO Y CARNES /

8. Aumento/Pérdida de peso en los últimos 6 meses:

SE HA MANTENIDO CON ESE PESO

9. Ingesta habitual de líquidos:

POR SER PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL SOLAMENTE PUEDE TOMAR 1 LITRO DE AGUA POR DÍA

10. Preferencias/Desagrados de líquido: Agua sin sabor/ jugos

a) boca

Dificultad para deglución: Ninguna NO Líquidos NINGUNO

Sólidos NINGUNO

Dificultad para la masticación: No

Dientes: No. De Piezas: 2 Caries 0 Obturaciones NINGUNA

Dentadura postiza: Superior SI Parcial NO Completa

SI Inferior SI Parcial NO Completa SI

Encías: Coloración: Rosa pálido Húmeda: SI Seca Sangrado NO

Inflamación NO

Lengua: Coloración Rosa Húmeda SI Seca: NO Lesiones: no presenta

b) Garganta

Amígdalas: Color Rosa Tamaño amplio Presencia de: Lesiones No

Disfagia no

c) Gástrico

Presencia de: Sialorrea o ptialismo: De vez en cuando presenta por estrés

Nauseas /Vomito SI POR LAS MAÑANA /NO Pirosis No

d) Piel Temperatura corporal 36.5 Color: Sonrosada Si Pálida

Si Ictericia No Cianótica Si Ceniza Si Turgente en su

estómago Seca: no Erupciones: NO Prurito NO Descamación NO

Lesiones: NINGUNA

e) Pelo_Cantidad POCO, ESTÁ DELGADO Textura: SUAVE, LACIO Color:

blanco Alopecia: NO Uso de tinte: NO f) Uñas Color AMARILLAS

OPACAS Cambios en el aspecto SI Textura lizas

III. Patrón de eliminación

1.- Hábitos intestinales: No. de defecación /día: 5 / 24 HORAS Horario habitual: DURANTE EL DIA. Características: SEMI PASTOSAS Y LIQUIDAS

Ayuda para defecar (Laxantes, enemas, supositorios, remedios caseros) ninguno

2.- Presencia de: Dolor al defecar: NO Flatulencia: SIEMPRE
Diarrea: SI Estreñimiento: NO Hemorroides NO
Incontinencia NO

Melena NO Distensión abdominal

3.- Fecha de último coproparasitoscópico: 15 ENERO 2018

4.- urinarios: Frecuencia NO ORINA Cantidad: DIALISIS PERITONEAL AMBULATORIA Características BOLSA DE DIALISIS TURBIA CON DOLOR A CADA RECAMBIO

5.- Fecha de último examen general de orina: NO APLICA

6.- ¿Ha notado cambios en su: sudoración (transpiración)? Olor SU PH ES MÁS ACIDO Halitosis SI

GENITALES

Presencia de: Erupciones e irritaciones perineales NO Lesiones NO

Secreciones NO Prurito NO Varices NO

IV. Patrón actividad / ejercicio

ACTIVIDAD

1. Tiene energía suficiente para las actividades requeridas y deseadas: NO SIEMPRE ESTA CANSADA

2. Practica de ejercicios: NO

3. Actividades de recreación habituales: ninguno

Actividad de la vida diaria	Independencia	Dispositivo auxiliar	Ayuda de los demás	Ayuda de otra persona y equipo	Dependencia
Alimentación			SI		
Baño			SI		
Vestido			SI		
Uso del WC	SI				
Traslado	SI				
Subir escaleras	SI				
Compras				SI	
preparación de alimentos				SI	
Limpieza	SI				
Lavado de ropa				SI	

4.- Tolerancia al ejercicio /actividad: NO

5.- Limitaciones para el movimiento: Ninguna

RESPIRATORIO

Frecuencia respiratoria: 15 / minuto Ritmo moderado Amplitud: prolongada Tipo _____

Nariz: Dolor NO Traumatismos NO Epistaxis NO

Sensibilidad _____

Secreciones: NO Obstrucciones no

Presencia de: Falta de aliento No Cianosis NO Tos: SECRECION

Hemoptisis NO

Producción de esputo: saliva mucho de vez en cuando Cianosis NO Estertores: NO

Aleteo nasal no Historia de asma no

CARDIACO

FC: 85 Pulso 83/ min Presión arterial 90/60 mm/Hg

Características de pulso: PROLONGADO, Y LENTO

Presencia de: Palpitaciones NO Dolor torácico NO Ortopnea
NO Lipotimias NO Acúfenos NO Fosfenos NO Historia cardiopatía
No tiene HTA No presenta

VASCULAR PERIFERICO

Presencia de: Entumecimiento SI Frialdad SI Claudicación
intermitente cuando se estresa Calambres: SIEMPRE Varices SI

MUSCULO ESQUELETICO

Cambios en: FUERZA TONO Amplitud de movimientos CON
DIFICULTAD Presencia de: Dolor SI Fatiga MODERADA, POR
CONDICIONES ESTRESANTES Inflamación SI Rigidez SI
Contractura SI

V. Patrón sueño / descanso

1. Horas de sueño en 24 horas NINGUNA Rutinas habituales para
conciliar el sueño: THES PARA RELAJARSE, REZAR, BAÑARSE POR
LAS NOCHES

2. Presencia de Pesadillas NO Insomnio SI Sonambulismo NO
Bostezos SI Ojeras SI, PRODUCIDAS POR LAS VECES QUE ESTA
DESPIERTA

Enrojecimiento de ojos SI Postura de cansancio SE NOTA POR SUS
GESTOS FACIALES Y LLANTO

3. Existencia de dificultad para conciliar el sueño
SI

4. Uso de ayudas: (fármacos remedios casero) SI, ACUPUNTURA,
THES PARA RELAJARSE, MASAJE GOTAS DE CLONAZEPAN 3 POR
LAS NOCHES

5. Periodos de descanso durante el día: UNA VEZ AL
DÍA

VI. Patrón cognitivo /perceptivo

Idioma principal

ESPAÑOL

Dificultad para hablar NO

PRESENTA

Dificultad de aprendizaje NINGUNO

Presencia de: Cefalea SI, VARIAS VECES Hormigueo SI Vértigo NO Temblores SI

Cambios en la memoria: AL ESTRESARSE OLVIDA CIERTAS COSAS

Concentración: SI Razonamiento: BUENO

Intolerancia al calor: EN EFECTO AL ESTRÉS Intolerancia al frío: SI

Irritabilidad: CUANDO SE FRUSTRA POR TANTO ESTRÉS Historia de epilepsia NO

Oído: Secreción NO Tinnitus NO Aumento o disminución de la audición SI Uso de ayudas: APARATO AUDITIVO LADO DERECHO

Ojos: Secreciones NO Visión borrosa NO

¿Cómo califica su visión? REGULAR Uso de lentes SI PARA LEER Fecha de última valoración: HACE 2 AÑOS Presencia de

midriasis NO Miosis NO

Nariz: Presencia de secreción SI Aumento o disminución del olfato LE CUESTA DISTINGUIR ¿Cómo califica su olfato? BUENO

Boca: ¿Cómo califica su gusto? BAJO, TAMBIÉN LE CUESTA PERCIBIR

Dolor: Tipo NO Localización Intensidad

Información que tiene la usuaria sobre el embarazo, parto, puerperio y cuidado del recién nacido: NO APLICA

Capacidad para la toma de decisiones: EN ACUERDOS CON SUS HIJOS

VII. Patrón de autopercepción y autoconcepto

¿Cómo se siente respecto a su cuerpo? QUISIERA QUE LA CAMBIARAN LAS PIERNAS PORQUE LE DUELEN MUCHO

¿Cómo es generalmente su estado de ánimo? CAMBIA DE VEZ EN CUANDO DRÁSTICAMENTE PORQUE NO DUERME Y MAL APETITO ADEMÁS DEL DOLOR DE PIERNAS

¿Cómo se describiría a sí mismo? ME SIENTO YA CANSADA Y ME DESESPERO DE NO PODER HACER MIS QUEHACERES DEL HOGAR, NO PODER BAÑARME Y QUE ME DA DIARREA Y NO PUEDO DORMIR

¿Ha habido cambios en sus sentimientos hacia sí mismo? SI ME SIENTO TRISTE

Hay cosas que le hacen: enojar, aburrirse, sentir miedo, le producen ansiedad, le deprimen MIEDO A MORIRME, Y DEJAR A MIS HIJOS SOLOS

¿Alguna vez ha perdido la esperanza? o ¿no se siente capaz de controlar las cosas de su vida? SI, ME SIENTO INCAPAZ PORQUE QUISIERA HACER MIS QUEHACERES DEL HOGAR CAMINAR IR AL MERCADO

¿Qué le ayuda? MI FAMILIA, MIS HIJOS Y MIS NIETOS QUE SIEMPRE ESTAN PENDIENTES DE MI SALUD

Ayuda que le puede proporcionar la enfermera: CON MIS MEDICAMENTOS QUE ME ESTAN PONIENDO ACA EN EL HOSPITAL.

VIII. Patrón roll /relaciones

Sistemas de apoyo:

Composición familiar: HIJOS, Y NIETOS

Personas con las que convive diariamente: cuñada, esposo, hijos y sobrina HIJOS Y NIETOS

¿Ha habido algún problema familiar que le haya resultado difícil de controlar dentro del núcleo familiar o con otros familiares? SI CON MI HERMANA

QUE SE ALEJO DE MI Y MIS HIJOS, Y ELLA SIEMPRE HA ESTADO CONMIGO Y YA NO ME VISITA EN LA CASA

¿Cómo trata la familia por regla general los problemas familiares? MIS HIJOS RESPETAN A LOS QUE LLEGAN A LA CASA , TIOS ,SOBRINOS Y DEMAS GENTE TRATANDO DE NO HACER PROBLEMAS, AUNQUE CUANDO SE PRESENTAN INCONFORMIDADES ENTRE ELLLOS, SE HABLAN COMO SI NADA

Alguna dificultad para cumplir su rol (esposo, padre, trabajador, estudiante, hijo/hija, etc)

MADRE, MI ESTADO DE SALUD SIENTO QUE ESTA HACIENDO QUE NO PUEDA ATENDER A MIS HIJOS AUNQUE ELLOS YA ESTAN GRANDES YO QUIERO HACERLES DE COMER PARA CUANDO LLEGUEN A MI CASA

Situación laboral:

¿Tiene empleo? SI _____ NO X Donde labora _____
Puesto _____

¿Los ingresos familiares son suficientes para cubrir las necesidades? A VECES

¿En el trabajo generalmente las cosas marchan bien? Si, con poca presión

Situación social:

¿Pertenece a algún grupo social?
 NO

¿Tiene amigos cercanos? NO

¿Se siente solo con frecuencia?
 NO

¿Se siente aparte del barrio donde vive? SI, ES TRANQUILO

Presencia de: Dificultad para concentrarse SI Cambios en el estado de ánimo SI Tristeza SI Llanto SI Cólera NO Aislamiento NO

Ayuda que le puede proporcionar la enfermera(o): ME DIERON CITA A PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA PERO HASTA DENTRO DE DOS MESES, SI ES POSIBLE ME LA PUEDA CAMBIAR O SI ESTANDO EN EL HOSPITAL PUEDE VENIR EL MEDICO A VERME.

IX. Patrón sexualidad/reproducción

MUJER

Menarca 14 años Días de ciclo 28 POR 5 DIAS Características ABUNDANTE Y CON DOLOR

Inicio de la vida sexual: 23 AÑOS

Satisfacción y actividad sexual: YA NO TIENE VIDA SEXUAL ACTIVA

Historia de embarazos: Gestas 4 Paras 4 Abortos 0 Cesáreas 0
0 Legrados 0

Uso de medidas para planificación familiar: Si_ No

Método O.T.B HACE 45 AÑOS E HISTERECTOMIA HACE 40 AÑOS

Autoexamen mensual de mama: Si X No Lo realiza correctamente: SI

Fecha de último examen citológico: NO APLICA

Historia de flujos/hemorragias/lesiones vaginales: HEMORRAGIAS VAGINALES DEBIDO A MIOMAS UTERINOS Y SE REALIZO HISTERECTOMIA

Historia de infertilidad: NO

Enfermedades de transmisión sexual NINGUNA

Inquietudes relacionadas con el sexo: NINGUNA

X. Patrón afrontamiento/estrés

¿Cuál es su respuesta personal ante una situación estrés? TRATAR DE NO PENSAR

¿Cómo responde la familia ante una situación de estrés? APOYO EMOCIONAL

¿Ha experimentado una situación de estrés recientemente? SI, LO SUFRE CASI TODO EL TIEMPO

¿Ha utilizado grupos de apoyo/recursos de consejo? SI VOY A LA IGLESIA Y ME CONFESO EL PADRE

¿Ha empleado técnicas de relajación? SI DE RESPIRACION Y RELAJACION

Ayuda que puede proporcionar la enfermera SUGERIR TERAPIAS DE RELAJACIÓN

Presencia de: Inquietud SI Postura rígida NO Manos húmedas NO Boca seca NO

Autocompasión SI Hipersensibilidad a la crítica SI Tensión muscular SI

XI. Patrón valores/creencias

¿la religión o dios son importantes para usted? SI PORQUE EL SIEMPRE TIENE LA RESPUESTA A LO QUE SIENTO

¿cuáles son sus prácticas religiosas? CATOLICA, ASISTIR A MISA

¿sus creencias interfieren con la salud? NO

ayuda que puede proporcionar la enfermera(o) SI ME PERMITE QUE TENGA ACA MI ROSARIO

VALORACIÓN CEFALOCAUDAL

Patrón Normal:

Cabeza: Cráneo y cara: sin alteraciones.

Cuello: Acorde a su biotipo, flexible, no doloroso a los movimientos de flexión, extensión, lateralización y rotación. Tiroides no visible ni palpable. No ingurgitación yugular. No adenopatías.

Tórax: De aspecto y configuración normal.

Mamas: Sin alteraciones.

Abdomen: (Globuloso, globuloso por diálisis 1500 ml), depresible, que sigue los movimientos respiratorios y el golpe de tos. doloroso a la palpación superficial ni profunda. No visceromegalia. Timpanismo abdominal normal. Ruidos Hidroaereos (R.H.A.) Presentes. Orificio de catéter tenchoff con secreción purulenta, ligero dolor a la curación.

Columna vertebral: Sin alteraciones.

Región glútea: Sin alteraciones.

Extremidades Superiores. - con movimientos pasivos y dolor a la flexión, con hematomas en toma de muestra.

Extremidades inferiores. - Muslos y piernas con edema y flebitis, dolor a la palpación, problemas de circulación y neuropatía. Dedos con micosis.

Genitales: Sin alteraciones.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

NOMBRE: M.S.G. **FECHA:** 20 ENERO 2019 **UNIDAD:** MEDICINA INTERNA HGRO No 1 IMSS

Dominio:11 SEGURIDAD/PROTECCION Clase: 2 LESION FISICA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)

Etiqueta problema: *Riesgo del deterioro de la integridad cutánea (0047)*

Definición: Vulnerable a una alteración de la epidermis y/o dermis, que pueden comprometer la salud.

Factores relacionados: secreciones

Características definitorias: Dolor en el orificio de catéter de diálisis

PLANIFICACIÓN DE INTERVENCIONES

DOMINIO II SALUD FISIOLÓGICA CLASE INTEGRIDAD TISULAR			
<i>RESULTADO NOC</i>	<i>INDICADOR</i>	<i>ESCALA DE MEDICION</i>	<i>PUNTUACION DIANA</i>
INTEGRIDAD DEL ACCESO PARA HEMODIALISIS (1105)	- SUPURACION LOCAL (110503).	3	MANTENER A 3 AUMENTAR A 4

GRAVEMENTE	COMPROMETIDO	1
SUSTANCIALMENTE	COMPROMETIDO	2
MODERADAMENTE	COMPROMETIDO	3
LEVEMENTE	COMPROMETIDO	4
NO	COMPROMETIDO	5

EJECUCIÓN DE INTERVENCIONES

INTERVENCIONES NIC 6540 CONTROL DE INFECCIONES

ACTIVIDADES:

- ✓ Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos adecuado.
- ✓ Instruir al paciente de la técnica correcta de lavado de manos
- ✓ Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente.
- ✓ Poner en practica precauciones universales
- ✓ Administrar un tratamiento antibiótico cuando sea necesario.
- ✓ Instruir al paciente y familia acerca de los signos y síntomas de la infección y cuando se deben notificar a los cuidadores.

INTERVENCIONES NIC 3440 CUIDADOS DEL SITIO DE INCISION

ACTIVIDADES:

- ✓ Explicar el procedimiento al paciente mediante una preparación sensorial.
- ✓ Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.
- ✓ Observar las características de cualquier drenaje.
- ✓ Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión.
- ✓ Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada.
- ✓ Limpiar desde la zona limpia hasta la zona menos limpia.
- ✓ Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión.
- ✓ Utilizar bastoncillos de algodón estériles para una limpieza eficaz del orificio del catéter.
- ✓ Limpiar la zona que rodee cualquier sitio de drenaje o tubo con drenaje en último lugar.

CAPITULO IV: PLAN DE ALTA

NOMBRE: Marina González Sandoval		
FECHA: 24 enero 2019		
NECESIDAD/PROBLEMA	INTERVENCIÓN	OBSERVACIONES
-Nutrición: El paciente con enfermedad renal crónica debe recibir orientación nutricional e información a través de un programa educativo y de acuerdo al daño renal la intervención específica en: sodio, potasio, fósforo, proteína	En caso de deficiencia proteínica y con el fin de evitar el incremento del fósforo sérico, la uremia y las dislipidemias hay que suplementar con caseinato de calcio y/o claras de huevo.	La anemia en el paciente con ERC se produce por deficiencia de la eritropoyetina, la deficiencia de hierro puede agravarla y reducir la respuesta de los fármacos que estimulan la eritropoyetina. El hierro puede administrarse por vía oral teniendo como efecto adverso vómito, náusea, constipación y diarrea o puede administrarse intravenoso con riesgo de efectos alérgicos severos

-toma de presión arterial y glucosa 3- 4 veces por semana.		
---	--	--

CONCLUSIÓN

- El personal de Enfermería es responsable de planificar actividades sistémicas e individuales, basadas en criterios científicos, que favorezcan los resultados que se quieren esperar y así , proporcionar unos cuidados con enfermeros de calidad
- Antes de la colocación de un catéter peritoneal la enfermera responsable debe conocer antes al paciente y explicarle el procedimiento de forma sencilla, con el fin de disminuir el miedo y la ansiedad ante la situación desconocida.
- La elección del tipo de diálisis peritoneal se basa en los siguientes criterios: Preferencia del paciente o familia.

Costo de la técnica.

Capacidad de efectuar el procedimiento técnico.

Limitaciones anatómicas.

Limitaciones fisiológicas.

- La peritonitis es la más frecuente de las complicaciones y difiere mucho de la peritonitis quirúrgica y la mayoría de las veces esta provocado por la colonización de gérmenes de los pies, como el *Staphylococcus epidermidis* y el *Staphylococcus aureus*. –
- Los tipos de complicaciones son: infecciosas, mecánicas, metabólicas y otras complicaciones.
- Los enfermos incluidos en el programa de DPCA no solo necesitan depurar su sangre, además necesitan una de las funciones más importantes de la práctica enfermera: la educación.
- La educación de la DPCA comenzará a los 15-20 días de la implantación del catéter peritoneal, y se hará preferentemente de forma ambulatoria, si sus condiciones lo permiten, para el mejor estado psíquico del paciente.

- Los parámetros que la enfermera mide para comprobar la consecución de los objetivos marcados son: Datos clínicos y analíticos, Prueba de calidad de vida, Entrevistas al paciente, Tasa de peritonitis y análisis de sus causas.

REFERENCIAS

- 1.- SEDEN, Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Capítulo 1: Nociones generales de la IRC. DIÁLISIS PERITONEAL, TERCER CURSO ANDALUZ DE DIÁLISIS PERITONEAL PARA ENFERMERÍA. Córdoba, 2003.
- 2.- SEDEN, Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. (A) Información sobre la enfermedad renal crónica. 1. ¿Qué es la enfermedad renal crónica? GUÍA DE ASISTENCIA PARA LA TOMA DE DECISIONES RELATIVAS A LA DIÁLISIS. Reino Unido, 2015. Disponible en: <https://www.seden.org/guia-deasistencia-para-la-toma-de-decisiones-de-pacientes-sobre-la-dialisis-1070>
3. Documento de Consenso sobre la Enfermedad Renal Crónica. Noviembre,2012. Disponible en: <http://secardiologia.es/images/publicaciones/documentosconsenso/documento-consenso-sobre-enfermedad-renal-cronica.pdf>
4. Gobierno de Canarias, Servicio Canario de Salud. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. Zonas Básicas de Salud. Disponible en: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=c072567e-5102-11e3-a0f5-65699e4ff786&idCarpeta=c2c5026b-b0ab11dd-a7d2-0594d2361b6c#2>
5. Gobierno de Canarias, Servicio Canario de Salud y Merck Sharp & Dohme (MSD). ESTRATEGIA DE ABORDAJE DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN CANARIAS. Prevención y control de la Enfermedad Vascul ar Aterosclerótica. Depósito Legal: GC 224-2015.
6. SEDEN, Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. (A) Información sobre la enfermedad renal crónica. 4. Variedad de tratamientos para la enfermedad renal terminal. GUÍA DE ASISTENCIA PARA LA TOMA DE DECISIONES
7. Costa, M. López, E. EpS: una estrategia para cambiar de vida. Madrid. Pirámide. 1996.
8. Daugirdas, J. Ing, T. Manual de diálisis. Barcelona. Masson. 1996.
9. García, M. Ponz, E. Ramírez, J. Montenegro, J. Olivaders, J. Organización de un programa de diálisis peritoneal. España. DIBE, S.L. 1999.
10. García, R. Grado de satisfacción de pacientes con IRC en diálisis hospitalaria vs diálisis domiciliaria. Libro de comunicaciones del XXI Congreso Nacional de la SEDEN. Salamanca. 1996.
11. Hernández, J.A. Pancorbo, P. Enfermo renal y enfermería. Inquietudes. 1995. 2. 26-32.
12. Jindal, K. Hirsch, D. Excellent technique survival on borne peritoneal dialysis: Results of a regional programo Per diallint. 1994. 14. 324-326.

13. Kozier, B. Ero, G. Blais, K. Conceptos y temas de la práctica de la enfermería. México. Interamericana Mc-Graw Hill. 1995.
14. Levine, D. Cuidados del paciente renal. México. Intnteramericana McGraw-Hill. 1993.
15. Lerma, D. Esparcia, M.D. Programa de Educación Sanitaria para jóvenes en tratamiento con diálisis peritoneal continua ambulatoria (D.P.C.A). Enfer Cientif. 2001. 226-227. 41-50.
16. López Pisa, R.M. Maymó, N. Giró, E. Atención domiciliaria. En: Martín Zurro, A. Cano Pérez, J.F. Manual de Atención Primaria. Organización y pautas de actuación en la consulta. Doyma. 1989. 231-242.
17. Maiorca, R. Vonest, E. A multicenter selection ajusted comparision of patient and tecnique survivals on CAPD andHaemodialysis. PerdialInt. 1991. 11. 118-127.
18. Miguel, A. García, R. Serrano, P. Fabregat, A. Manual de diálisis peritoneal. Barcelona. Fresenius Medical Care España. 1998.
19. Moguerza, M.J. Lanjarón, M.L. Rervada, L. Revisión de los cuidados de enfermería en el orificio de salida del catéter peritoneal. Libro de comunicaciones del XXI Congreso Nacional-de la SEDEN. Salamanca. 1993
20. <https://www.nefrologiaaldia.org/es-pdf-guias-practica-clinica-dialisis-peritoneal-56>

GLOSARIO

- **IRC:** Insuficiencia Renal Crónica.
- **TRS:** Tratamiento Renal Sustitutivo.
- **DP:** Diálisis Peritoneal.
- **FG:** Filtrado Glomerular.
- **ERC:** Enfermedad Renal Crónica.
- **HGLP:** Hospital General de La Palma.
- **ERCA:** Enfermedad Renal Crónica Avanzada.
- **DPCA:** Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria.
- **DPA:** Diálisis Peritoneal Automatizada.
- **NANDA:** North American Nursing Diagnosis Association.
- **NOC:** Clasificación de Objetivos de Enfermería.
- **NIC:** Clasificación de intervenciones de Enfermería.