



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN
NICOLAS DE HIDALGO**

FACULTAD DE ENFERMERIA

**METODOLOGIA DE ENFERMERIA APLICADO A UN PACIENTE CON
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA FUNDAMENTADO EN LA
FILOSOFIA DE VIRGINIA HENDERSON**

PROCESO DE ENFERMERIA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN ENFERMERIA

PRESENTA:

P.L.E. LETICIA LOPEZ PEREZ

ASESOR:

C.M.C. ROBERTO MARTINEZ ARENAS

MORELIA, MICHOACAN, DICIEMBRE, 2006

DIRECTIVOS

M.C. Josefina Valenzuela Gandarilla
DIRECTORA DE LA ESCUELA

L.E.O. Ma. Martha Marín Laredo
SECRETARIA ACADÉMICA

L.E.D. Ana Celia Anguiano Moran
SECRETARIA ADMINISTRATIVA

JURADO

C.M.C. Roberto Martines Arenas
PRESIDENTE

L.E.Q. Elizabeth Flores Damián
VOCAL No 1

LIC. María Isabel Valenzuela Villegas
VOCAL No 2

DEDICATORIA

A Dios por estar presente en los momentos más difíciles en mi vida y por ser la luz que ha iluminado mi camino a lo largo de la senda de la vida. GRACIAS

A mis padres por el esfuerzo y sacrificio que hicieron de ayudarme durante todos estos años de mi carrera y sobre todo por el apoyo moral que recibí de ellos cuando más los necesitaba, que a pesar de todos los obstáculos de nuestra vida hemos y nos han sacado adelante. GRACIAS mama Victoriana y papa Juan.

*A mis hermanos por ser y estar, por compartir el espacio y los momentos significativos.
Anabel, Luis Miguel y Rigoberto.*

A mi tía Margarita y prima Maribel: por el apoyo y la confianza que me han brindado.

A los maestros de la Facultad de Enfermería de la U.M.S.N.H, por compartir conmigo sus conocimientos, experiencias y anécdotas en el salón de clases, logrando así un encuentro de Fraternidad y superación continúa.

Al Profesor Roberto que ocupa un lugar muy especial ya que además de ser mi asesor y guiarnos con mano firme y segura en el desarrollo de este trabajo, ha logrado que lo consideremos un excelente profesional y de gran calidad humana.

A la señora María, por haber cooperado y accedido conmigo como paciente, por permitirme trabajar con ella para su recuperación y por tenerme confianza la cual siempre me mostró.

INDICE

	PAG
INTRODUCCION	
I. JUSTIFICACIÓN.	1
II. OBJETIVO.	3
2.1. OBJETIVO GENERAL	
2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	
III. METODOLOGÍA.	4
IV. MARCO TEORICO.	6
4.1. EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA	
• ANTECEDENTES	
4.1.1. DEFINICIONES Y CARACTERISTICAS DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA.	7
• VENTAJAS.	8
• REQUISITOS PARA SU APLICACIÓN.	9
4.1.2. RAZONAMIENTO CRÍTICO.	9
• DEFINICIONES Y CARACTERISTICAS.	10
4.1. 3. ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.	11
1.- VALORACION.	11
2.- DIAGNOSTICO.	12
3.- PLANEACION.	15
4.- EJECUCION.	16
5.- EVALUACION.	18
4.2. FILOSOFIA DE VIRGINIA HENDERSON.	20
4.2.1 FUENTES TEORICAS PARA EL DESARROLLO DE LA TEORIA.	21
4.2.2. PRINCIPALES SUPUESTOS.	22
4.2.3. AFIRMACIONES TEORICAS.	25

4.3. ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENA CRONICA.	28
4.3.1. ALGUNOS RESPUESTAS ASOCIADOS.	30
4.3.2. AREAS QUE RESULTAN PERJUDICADAS.	32
4.4. ANTECEDENTES DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	
• ANTECEDENTES.	33
4.5 ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL RIÑÓN.	35
4.6. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA (PATOLOGIA)	37
• DEFINICION, ETIOLOGIA, FISIOPATOLOGIA.	37
• FACTORES DE RIESGO.	38
• SINTOMAS.	39
• DIAGNOSTICO.	40
• TRATAMIENTO.	42
V. CASO CLINICO.	48
VI. APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO	
• VALORACION.	50
VII. CLASIFICACION DE DATOS	
7.1 DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS.	54
7.2 DATOS SIGNIFICATIVOS	57
VIII. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA, OBJETIVOS PLAN DE INTERVENCIONES FUNDAMENTACION CIENTIFICA, EJECUCION, Y EVALUACIÓN.	59
IX. CONCLUSIONES.	72
• SUGERENCIAS	
X. BIBLIOGRAFIA.	77
XI. GLOSARIO DE TERMINOS.	79
XII. ANEXOS.	81

INTRODUCCION

El proceso de enfermería: es un método sistemático y organizado para proporcionar cuidados de enfermería individualizados, centrados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales.

La profesión de Enfermería es elemental para abordar cualquier proceso de atención a la salud, que incida en las necesidades del ser humano. La integración de todos los conocimientos teóricos-prácticos del pasante de licenciatura, son indispensables para poder proporcionar el cuidado del ser humano, en relación con su estado de salud. Más aun cuando la salud se ve afectada por un proceso que modifica la conducta de adaptación con el entorno, así, en este trabajo se presenta un caso clínico de insuficiencia renal crónica sometido a diálisis peritoneal ambulatoria.

El presente trabajo se describe la metodología de intervención de enfermería y esta conformado por los siguientes apartados: la introducción en donde se brinda una breve información del contenido del trabajo, en la justificación se explica la razón de la investigación, así como datos mas sobresalientes del problema, el objetivo general y específicos en el cual se pretenden alcanzar, la metodología utilizada de la filosofía de Virginia Henderson con las 14 necesidades de acuerdo a las necesidades del usuario, posteriormente el marco teórico de los antecedentes del desarrollo del proceso de atención de enfermería y las definiciones, juicio critico, etapas y características propias de cada una, también cuenta con la bibliografía de virginia Henderson con los datos mas destacados en su formación, definiciones y características.

No podemos dejar de integrar los aspectos psicológicos, las consecuencias que sufre el usuario con enfermedad crónica, sometida a tratamientos prolongados la cual olvidamos y que es de vital importancia, esta integrada por los antecedentes de la insuficiencia renal crónica desde sus inicios a la actualidad, su anatomía, fisiología y definición, fisiopatología, manifestaciones clínicas, diagnóstico, tratamiento y cuidados con las cuales se deben tener en cuenta, enseguida se muestra el caso clínico de la usuaria y la valoración en base a las 14 necesidades de Virginia Henderson, posteriormente un cuadro con la clasificación de datos objetivos y subjetivos y otro con los datos más significativos de acuerdo a cada necesidad.

Para continuar están plasmados los diagnósticos, así mismo los objetivos, el plan de intervenciones, la ejecución y evaluación.

Al final del documento se cuenta con las conclusiones, sugerencias, los anexos, el instrumento que se utilizó para la valoración de las necesidades de acuerdo a la Filosofía de Virginia Henderson.

I. JUSTIFICACION

La insuficiencia renal en la actualidad representa un problema de salud creciente que demanda múltiples intervenciones de salud ocupando el 15 lugar como causa de mortalidad general a nivel nacional y 13 a nivel estatal. Como causa de morbilidad ocupa el 7 lugar en la edad de 45-64 años, su numero crece con mayor prontitud de lo esperado, es importante mejorar la calidad del tratamiento ya que afecta a la población infantil y a la población económicamente activa en nuestro país mas de 200,000 pacientes con este trastornó han sido tratados con diálisis de las cuales aproximadamente el 10-20 % quedan totalmente rehabilitados, y se espera que el otro 30-40% que no presenta complicaciones pueda quedar rehabilitado, el 20% de los pacientes volverán a nivel de función, que no se considera rehabilitado pero serán capaces de cuidarse por si solos, el resto aproximadamente un 20% son totalmente dependiente de otro.(1)

Siendo una de las principales causas de muerte y discapacidad la insuficiencia renal crónica. Se distingue por un comienzo insidioso, alternancia con periodos de exacerbación y remisión de síntomas, aparición ulterior de complicaciones y tratamiento complejo de por vida. Los pacientes que cursan con insuficiencia renal crónica enfrentan múltiples problemas médicos, psicológicos y sociales, cuya complejidad aumenta con el tiempo y están directamente asociados a las diferentes fases de la enfermedad y a los procesos terapéuticos. El paciente con insuficiencia renal está obligado a realizar complejos cambios individuales, familiares, laborales y sociales en muchos aspectos de su vida cotidiana; ante esta enfermedad, la cooperación familiar es imprescindible.

En la dinámica familiar incluye determinadamente que uno de los integrantes tenga una enfermedad crónica y demande mayor atención. Frecuentemente existe dificultad de adaptación a acontecimientos vitales estresantes relacionados con etapas de transición en la vida del usuario.

Entre los recursos de apoyo social el más importante es la familia, por lo que los trastornos en su dinámica pueden incrementar la probabilidad de que alguno de sus miembros presente dificultad de adaptación. La disfunción familiar en principio es un problema de interrelación consigo mismo y con las estructuras sociales, condición compleja porque requiere modificaciones estructurales y adaptativas respecto a valores sociales, aspectos económicos, sexuales, religiosos. (2)

En tanto que la diálisis peritoneal es un procedimiento que se realiza con más frecuencia en los usuarios con insuficiencia renal crónica, considero importante realizar el presente caso clínico con el fin de conocer las necesidades y condiciones en las que se encuentra el usuario, aplicando el modelo de Virginia Henderson.

II. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL.

Aplicar el proceso enfermero a una mujer con insuficiencia renal crónica sometida a diálisis peritoneal continua en base a la filosofía de Virginia Henderson de acuerdo a sus necesidades.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar la valoración de acuerdo a las 14 Necesidades básicas de Virginia Henderson.
- Proporcionar cuidados dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales del cliente, familia y comunidad.
- Establecer los diagnósticos y planear las intervenciones que cubran las necesidades individuales de la usuaria, familia o comunidad.
- Ejecutar acciones previamente establecidas
- Evaluar y realizar la retroalimentación del proceso.
- Elaborar un trabajo académico que proporcione los elementos necesarios para obtener el título de Licenciado en Enfermería.

III.- METODOLOGIA

El referente filosófico utilizado para llevar acabo esta metodología fue la de Virginia Henderson quien define la función de Enfermería en base a la satisfacción de las necesidades del ser humano. Ellas las clasifica en 14 necesidades que son;

- 1.- Necesidad de Respirar.
- 2.- Necesidad de Alimentarse e Hidratarse.
- 3.- Necesidad de Eliminar.
- 4.- Necesidad de Moverse, conservar una buena postura y mantener una buena circulación adecuada.
- 5.- Necesidad de Dormir y reposar.
- 6.- Necesidad de Vestirse y desnudarse.
- 7.- Necesidad de Mantener la temperatura corporal en los límites normales.
- 8.- Necesidad de estar limpio, aseado y proteger los tegumentos.
- 9.- Necesidad de evitar los peligros y mantener la integridad física y mental.
- 10.- Necesidad de Comunicar con sus semejantes.
- 11.- Necesidad de Actuar de acuerdo con sus creencias y valores.
- 12.- Necesidad de preocuparse de su propia realización y conservar su propia estima.
- 13.- Necesidad de recrearse.
- 14.- Necesidad de aprender.

En la etapa de valoración se aplicó una guía del modelo de Virginia Henderson, el cual aborda las 14 necesidades humanas anteriormente citadas que van a determinar la magnitud o el grado de dependencia del paciente para la satisfacción de sus necesidades.

La identificación de los problemas de salud se realizó interrelacionando los datos de dependencia que se observan en las principales necesidades y de esta manera se establecieron las etiquetas diagnosticas de acuerdo a la taxonomia de la NANDA. Posteriormente se jerarquizaron los diagnósticos encontrados y se procedió a realizar el plan de intervención conjuntamente con el paciente.

IV.- MARCO TEORICO

El marco teórico está estructurado por tres apartados principales: el primero se aborda la metodología del proceso enfermero, con sus definiciones, características, y etapas principales. En el segundo consta de una bibliografía con los datos más sobresalientes de Virginia Henderson, y con sus respectivas definiciones, características y afirmaciones teóricas, y en el tercer apartado se aborda un dato muy importante que son los aspectos psicológicos del paciente con insuficiencia renal, aspecto que como profesionales de enfermería olvidamos muchas veces, así mismo con los antecedentes, anatomía y fisiología, definición, etiología, fisiopatología, signos y síntomas, pruebas diagnósticas, tratamiento y los cuidados de enfermería que se deben tener en un paciente con enfermedad crónica.

4.1 EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

Antecedentes:

Este ha evolucionado hacia un proceso de 5 fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión, Lidia Hall en 1955 lo describió como un proceso distinto, Jonson (1959), Orlando (1961) y Weidenbach (1963) desarrollaron un proceso de tres fases diferentes que contenían elementos rudimentarios del proceso.

En 1967 Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describían un proceso de 4 fases. Valoración, planificación, ejecución y evaluación.

A mediados de la década de los 70s, Bloch 1974, Roy 1976 añadieron la fase diagnóstica, dando lugar al proceso de 5 fases o etapas. (3)

Para la asociación americana de enfermería (A.N.A) el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión, su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de enfermería como disciplina científica e incrementado la calidad de la atención al individuo, familia y comunidad. Así en muchos países, la aplicación del proceso es un requisito para el ejercicio de la enfermería profesional, cada día adquiere mayor relevancia en la formación de enfermeras (os) y en su aplicación durante la práctica, sin embargo todavía nos falta camino por recorrer en este terreno, el cual resulta desconocido por muchas compañeras (os) aun en nuestros días.

4.1.1 Definición

El proceso de enfermería: es un método sistemático y organizado para proporcionar cuidados de enfermería individualizados, centrados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o de riesgo. (4)

Características del proceso

Es un **método**, porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermería (o) que le permiten organizar su trabajo y 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 del método científico.

El **sistemático** por estar conformado de 5 etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados.

El **humanista** por considerar al hombre como ser holístico que es más, que la suma de sus partes y que no deben fraccionar.

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

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.

Y es **interactivo** por requerir de la interrelación humana con el usuario para acordar y lograr los objetivos comunes.

Ventajas

- ❖ Delimita el campo de acción específico de enfermería.
- ❖ Complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al basarse en la respuesta humana.
- ❖ Favorece el desarrollo del pensamiento crítico deliberado, cuidadoso y dirigido a lograr objetivos.
- ❖ Emplea principios y el método científico en la emisión de juicios basados en evidencias.
- ❖ Compromete al individuo, familia y comunidad en la toma de decisiones y cuidados para mantener o recuperar la salud.

Requisitos para su aplicación:

1.-La enfermera (o) debe reunir una serie de competencias profesionales en las áreas del saber, saber hacer y saber ser y convivir para aplicar el proceso con facilidad y lograr cambios que favorezcan la salud del usuario, familia y comunidad, par lograr una nueva calidad de vida satisfactoria.

2.-Las competencias del área del saber, se refiere al dominio de conocimientos propios de la enfermería y las disciplinas a fines y complementarias de profesión, que es un sustento teórico de los cuidados enfermeros y permiten abordar la problemática del usuario desde diferentes puntos de vista (biológicos, psicológicos, sociológico, antropológico y fisiológico).

3.-Son competencias del área del saber, hace las actividades de carácter intelectual que constituye el pensamiento crítico: es decir los razonamientos lógicos, analíticos y reflexivos en relación con lo que hacemos.

4.1.2 Razonamiento crítico

En la practica de enfermería se utiliza el razonamiento critico la cual la enfermera toma sus propias decisiones ya que reúnen datos que definen problemas reales y potenciales realizando una mejor elección entre varias alternativas, que ejecuten con seguridad un plan de cuidados y que evalué la eficacia del profesional de enfermería.(5)

Por ello, el proceso de enfermería se convierte el sistema dentro de la cual puede aplicar su capacidad de razonamiento crítico. El uso constante de la capacidad de razonamiento crítico perfectamente desarrollado aumenta las posibilidades de éxito en la práctica de enfermería y los resultados positivos para sus clientes.

Definiciones

Kurfiss (1988), lo define como: una investigación cuyo objetivo es examinar una situación, un fenómeno, una duda o un problema para llegar a una hipótesis o conclusiones sobre ello, que integre toda la información disponible y que por tanto se pueda justificar de forma convincente.

Ennis (1985), lo define como: el razonamiento lógico y reflexivo en relación con lo que hacemos.

Watson y Glaser (1980), ofrecen una explicación que se adapta con mayor facilidad a la práctica de la enfermería. Ellos describen los siguientes componentes del razonamiento crítico:

- 1.- Definición de un problema
- 2.-Selección de la información pertinente para la solución.
- 3.-Reconocimiento de suposiciones planteadas y no planteadas.
- 4.-Formulación y selección de las hipótesis pertinentes.
- 5.-Obtención de conclusiones

Características del razonamiento crítico

- 1.-Conscientes de sus recursos y capacidades
- 2.-Sensibles a sus propias limitaciones y predisposiciones
- 3.-De lente abierta
- 4.-Humildes
- 5.-Creativos
- 6.-Preactivos
- 7.-Flexibles
- 8.-Conscientes de que los errores son escalones para acceder a nuevas ideas
- 9.-Perseverantes
- 10.-Concedores del hecho de que no vivimos en un mundo perfecto
- 11.-Introspectivos. (6)

4.1.3. Etapas del proceso de atención de enfermería.

El proceso de atención enfermero consta de cinco etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a otra, dichas etapas son: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

1.- VALORACION

Es la primera etapa del proceso, nos permite estimar el estado de salud del usuario, familia o comunidad, según las respuestas humanas y fisiopatológicas. Es la más importante ya que todo el plan sustenta en la información obtenida.

La valoración que realiza la enfermera (o) del usuario tiene que ser total e integradora por lo que debe seguir un enfoque holístico; es decir un modelo enfermero, para la identificación de respuestas humanas y la integración de elementos de un modelo médico para la identificación de respuestas fisiopatológicas.

La valoración como proceso continuo proporciona información valiosa del usuario, permitiéndonos emitir juicios sobre el estado de salud a partir de la identificación de problemas reales y de riesgo, y de los recursos existentes para conservar y recuperar la salud.

Pasos a realizar la etapa de valoración:

1.- Recolección de la información: Da inicio desde el primer encuentro con el usuario. Se recurre tanto a fuentes directas primarias el usuario y la familia, los amigos y otros profesionales de la salud con fuentes directas secundarias, porque aportan datos importantes sobre el usuario y su familia. Las fuentes indirectas de información a las que también se deben recurrir a expedientes y a la bibliografía relevante.

2.- Validación de la información: una vez reunida la información del usuario tiene que ser valida para estar seguros de que los datos obtenidos sean correctos, la validación evita interpretaciones erróneas, omisiones, centra la atención en dirección equivocada y cometer errores al identificar problemas, es necesario revalorar al usuario,

3.- Registro de la información: es el último paso de la etapa de valoración y consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico.

2.- DIAGNOSTICO

Es la segunda etapa del proceso inicia al concluir la valoración y constituye una función intelectual compleja, al requerir diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad, a los problemas actuales o potenciales de salud/proceso de vida.

Para realizar esta etapa se requiere de 4 fases fundamentales:

1.- Razonamiento diagnostico que realiza diversas funciones intelectuales, integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir en el juicio clínico,

2.-Formulación del diagnostico enfermero y los problemas interdependientes.

Se requiere haber realizado la valoración y el razonamiento diagnostico antes de iniciar con la formulación de diagnostico enfermero y problemas interdependientes. También es preciso conocer las categorías diagnosticas de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA), y la estructura que debe tener los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes de acuerdo a sus características.

3.-Identificarlos.

Los diagnósticos enfermeros están dentro del ámbito independiente de la practica profesional ya que refieren a situaciones que la enfermera (o) identifica, valida y trata independientemente, siendo ella la responsable del logro de resultados deseado.

4.- Redactarlos.

Para redactar un diagnostico enfermero, el primer paso es utilizar el nombre correspondiente a la respuesta humana según las categorías diagnosticas de la NANDA.

Previamente identificado. Es formado por tres partes: problema, factores relacionados, datos subjetivos y objetivos. (7)

Tipos de diagnóstico:

Real: están presentes y pueden ser valoradas por sus características definitorias (objetivas, subjetivas). Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1 a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

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

Podemos añadir un quinto tipo:

De síndrome: comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica. (3)

Características u observaciones a considerar al redactar diagnósticos

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

3.-PLANEACION

Es la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo.

Pasos para realizar la planeación.

1.-Establecer prioridades.

Posterior a la valoración y etapa de diagnóstico se concluye con un número determinado de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, lo que hace indispensables la identificación de los problemas de salud en los cuales debe centrar la atención, y realizar acciones inmediatas, porque representa una amenaza para la vida del usuario.

2.-Elaborar objetivos.

Los objetivos son una parte importante dentro de la etapa de la planeación ya que con ellos se mide el éxito de un plan determinado, al valorar el logro de los resultados, también permite dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados.

Los objetivos de un plan de cuidados deben reunir las siguientes características: resultar del diagnóstico, centrar en dar solución, estar dirigidos al usuario, familia o comunidad.

3.-Determinar acciones de enfermería.

Se debe determinar las acciones a modo que lleven a lograr los objetivos, por medio de acciones de enfermería y cuestionarse cual es el problema, los factores relacionados, Valorar, determinar las acciones y hacer anotaciones.

4.-Documentar el plan de cuidados.

La documentación del plan es el registro que la enfermera (o) realiza los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, que permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados.

4.- EJECUCIÓN

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades de enfermería:

Continuar con la recogida y valoración de datos.

- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería, existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería.
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

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

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

5.- EVALUACION

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

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

El proceso de evaluación consta de dos partes

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

De forma resumida la evaluación se compone en:

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica,

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva. (8)

4.2 FILOSOFIA DE VIRGIA HENDERSON.

Biografía:

Virginia Henderson, la quinta hija de una familia de ocho hermanos, nació en 1897 en Kansas city, Missouri, Henderson estudio en virginia. Durante la primera guerra Mundial, Henderson empezó a interesarse por la enfermería En 1918 ingreso en la Army School Of. Nursing de Washington y se graduó en 1921. Después, acepto un puesto de enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1922, henderson empezó a dar clases de enfermería en el Norfolk protestan Hospital de virginia. Cinco anos después entro en le Teachers Collage de la Universidad de Colombia, donde se licencia como profesora de enfermería. En 1929 trabajo como supervisora del profesorado en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. Regreso al Teachers collage como profesora en 1930 y trabajo allí impartiendo cursos sobre el proceso enfermero analítico y la practica clínica hasta 1948.

Henderson, tuvo una larga carrera como autora y como investigadora. Mientras era profesora del Teachers Collage, reescribió la cuarta edición del libro de Berta Marmer de 1939 Textobook Of. The, principles and practice of. Nursing. La quinta edición de este libro de texto, que fue publicada en 1955, ya incluía la definición de enfermería de Henderson. Su libro, The Nature Of. Nursing, publicado en 1966, describe el concepto que Henderson tenia de la función única y primaria de la enfermería.

Durante los ochentas, Henderson continuó su labor como investigadora honoraria asociada en la Universidad de Male. Gracias a sus logros y a su influencia en la profesión enfermera, fue nombrada doctora Honoris casi en más de nueve ocasiones y consiguió el primer premio Cristiané Reimann que se concedió.

Henderson murió en Marzo de 1996 a la edad de 98 años. Su definición de enfermería es conocida en todo el mundo y su trabajo continúa influyendo en la práctica, la enseñanza y la investigación enfermeras en todo el mundo.

4.2.1 Fuentes teóricas para el desarrollo de la teoría

La primera vez que Henderson publico se definición de enfermería fue en 1955 en la revisión de The principales and practice Of. Nursing, de Harmer.

Henderson decidió elaborar su propia definición de enfermería por tres motivos principalmente, primero, la revisión que realizo de Textbook Of. The principles and practice of. Nursing en 1939 le hizo darse cuenta de la necesidad de especificar claramente la función de las enfermeras.

Segundo lugar, también se sintió impulsada por su implicación como miembro de una comisión en una conferencia regional del Nacional Nursing Council estadounidense de 1946.

Finalmente la investigación de cinco años de la ANA sobre la función de las enfermeras acabo de despertar el interés de Henderson por elaborar una definición, ya que no estaba totalmente satisfecha con la que la ANA adopto en 1955.

Utilización de pruebas empíricas

Henderson incorporo principios fisiológicos y psicológicos en su concepto personal de enfermería, Henderson llego a la conclusión de que una definición de enfermería debe incluir el principio de equilibrio fisiológico.

Gracias a la teoría de Bernard, Henderson también descubrió la medicina psicosomática y sus implicaciones para la enfermería.

4.2.2 Principales supuestos.

Henderson no cito directamente sus principales supuestos, por lo que la siguiente lista de supuestos se ha adaptado a partir de sus publicaciones.

Conceptos principales y definiciones.

Enfermería

Henderson definió a la enfermería en términos funcionales. Afirma la función única de una enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación o una muerte tranquila.

Salud

Henderson no dio ninguna definición propia de salud, pero en sus obras utilizaba salud como sinónimo de independencia.

Consideraba que la salud dependía de la persona para satisfacer por si misma las 14 necesidades básicas sin ayuda.

Afirmaba; es más importante la calidad de la salud que la vida en si misma, ese margen de energía mental, física que permite trabajar del modo más eficaz y al alcanzar el nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Entorno

Henderson no dio su propia definición de este termino, utilizo la definición del webster's New collegiate Dictionary, 1961, que definía el entorno como el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectaban a la vida y al desarrollo de un organismo.

Persona – paciente

Henderson consideraba que el paciente era un individuo que precisaba ayuda para recuperar su salud y su independencia o para tener una muerte tranquila.

La mente y el cuerpo son inseparables. De igual forma, el paciente y su familia son una unidad.

Necesidades

No existe ninguna definición específica de necesidades, pero Henderson identifico 14 necesidades básicas del paciente que integran los elementos del cuidado del enfermería.

Enfermería

La función principal de la enfermera es la de ayudar a los individuos sanos o enfermos.

La enfermera forma parte del equipo de salud.

El trabajo de la enfermera es independiente del trabajo del medico, pero debe colaborar con el cuando este atiende al paciente.

La enfermera debe poseer conocimientos tanto en ciencias biológicas como sociales.

La enfermera puede evaluar las necesidades humanas básicas.

Los 14 elementos del cuidado enfermero incluyen todas las funciones posibles de la enfermería.

Persona-paciente

La persona debe mantener el equilibrio emocional y fisiológico.

La mente y el cuerpo de una persona son inseparables.

El paciente y su familia son una unidad.

Las necesidades del paciente están representadas en los 14 elementos del cuidado de enfermería.

Salud

La salud es la calidad de vida.

La salud es esencial para el funcionamiento humano.

La salud precisa independencia e interdependencia.

La promoción de la salud es más importante que el cuidado del enfermo.

Los individuos se mantendrán sanos si poseen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

Entorno

Los individuos sanos son capaces de controlar el entorno, pero la enfermedad puede afectar esta capacidad.

Las enfermeras deben recibir enseñanzas sobre seguridad.

Las enfermeras deben proteger a los pacientes de las lesiones mecánicas.

Las enfermeras deben reducir al máximo las posibilidades de lesiones estableciendo recomendaciones sobre construcción de edificios y compra y mantenimiento de equipos.

Los médicos utilizan las observaciones y opiniones de las enfermeras como base para las prescripciones sobre dispositivos de protección.

Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las practicas religiosas para evaluar los peligros que puedan derivarse de estas. (9)

4.2.3 Afirmaciones teóricas.

La relación enfermera-paciente.

Pueden identificarse tres niveles de relaciones entre la enfermera y el paciente, que van de una dependencia mayor o menor.

- 1.- La enfermera como sustituta del paciente.
- 2.- Enfermera como ayudante del paciente.
- 3.- La enfermera como compañera del paciente.

La relación enfermera –medico.

Henderson insistió en que el trabajo de la enfermera es único y diferente al del medico. Henderson puso especial énfasis en que las enfermeras no debían seguir las ordenes del medico, ya que una enfermera cuestiona una filosofía que permite a un medico dar ordenes a pacientes y a otro profesionales sanitarios.

La enfermera como miembro del equipo sanitario.

La enfermera trabaja en coordinación con otras profesionales de la salud.

Henderson afirmo; ningún miembro del equipo deberá hacerle una petición demasiado exigente a otro miembro, de modo que este no pueda realizar sus propias tareas.

Forma lógica

Henderson utilizo la forma deductiva del razonamiento lógico para desarrollar la definición de enfermería. Dedujo la definición de enfermería y las 14 necesidades a partir de principios fisiológicos y psicológicos.

Para valorar la educación lógica, es necesario estudiar los supuestos de la definición de Henderson.

Los elementos más importantes de su Teoría son;

La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.

Introduce o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.

Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen “los cuidados enfermeros “, esferas en las que se desarrollan los cuidados.

Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la fisiología, de la octava a la novena relacionada con la seguridad, la décima relacionada con la propia estima, la onceava relacionada con la pertenencia y desde la doceava al catorceavo relacionada con la auto-actualización.

Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:

- 1.-Respiración normal
- 2.- Comer y beber adecuadamente.
- 3.- Eliminar los desechos del organismo.
- 4.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5.- Descansar y dormir.
- 6.- Seleccionar vestimenta adecuada.
- 7.- Mantener la temperatura corporal.
- 8.- Mantener la higiene corporal.
- 9.- Evitar los peligros del entorno.
- 10.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.

- 11.- Ejercer culto a dios, acorde con la religión.
- 12.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- 13.- Participar en todas las formas de recreación y ocio.
- 14.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

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

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existe independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores: Permanentes como edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física y Variables como estados patológicos, Falta aguda de oxígeno, Conmoción inclusive el colapso y las hemorragias, Estados de inconsciencia-desmayos, coma, delirios. Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales. Estados febriles agudos debidos a toda causa. Una lesión local, herida o infección, o bien ambas. Una enfermedad transmisible .Estado pre y pos-operatorio. Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento. Dolores persistentes o que no admitan tratamiento. (10)

4.3 ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICO

Según Burckhardt (1987), dice que las personas con enfermedades crónicas hacen frente a la dignidad y a la autoestima, alteración a la vida normal y a la disminución de los recursos.

La enfermedad crónica es el principal problema sanitario en estados unidos. Burckhardt en 1980 dice, que los usuarios con enfermedades crónicas hacen frente a permanentes cambios en el estilo de vida, amenaza la dignidad, baja su autoestima, altera la vida normal y disminuye los recursos de los usuarios. Siendo que la enfermera tiene una participación muy importante ya que ayuda al usuario y a la familia a enfrentar la enfermedad crónica.

Toda enfermedad crónica representa una fuente continua de malestar y vulnerabilidad psicofísica, así como la sensación irreversible de tener que convivir en forma permanente con la idea de la muerte. Si bien el tratamiento dialítico, y en nuestro caso la Diálisis Peritoneal, permite a los pacientes mantenerse con vida y en muchos casos rehabilitarse adecuadamente, la morbilidad aún persiste en alto grado, determinando muchas veces un importante deterioro en su calidad de vida.

Entre las principales fuentes de malestar psicológico se encuentra la dependencia frente al tratamiento y a la propia enfermedad, ya que si bien el usuario puede encontrarse asintomático por períodos prolongados, la amenaza de recaídas y de un agravamiento progresivo es inevitable.

No solamente los aspectos psicológicos individuales están alterados (descenso en la autoestima, riesgo de presentar síntomas como tristeza, temor, irritabilidad y síndromes psíquicos como depresión y ansiedad).

Por otra parte, la diálisis peritoneal, requiere del enfermo un alto grado de autonomía y responsabilidad, lo cual si bien en cierto sentido puede resultar beneficioso ya que le otorga cierto control sobre su cuerpo y su enfermedad, en muchos casos, y sobretodo cuando aparecen complicaciones de la técnica, el tratamiento se convierte en una fuente de estrés, y esa responsabilidad puede fácilmente transformarse en culpa cuando el enfermo siente que pudo haber tenido cierta participación en dicho fracaso (ej. descuidos que provocaron una peritonitis). Por otra parte, en individuos con una personalidad dependiente, la necesidad de auto tratarse determina una importante fuente de malestar, siendo esto aún más difícil en pacientes que debieron ser transferidos desde HD por complicaciones en los accesos vasculares, ya que el sostén que brindaba el centro asistencial, el equipo de salud y los demás pacientes es ahora sustituido por controles menos frecuentes.

La presencia del catéter peritoneal, así como la distensión abdominal y en algunos casos el aumento de peso representan también una fuente de malestar, sobretodo en mujeres jóvenes, ya que implica una modificación del esquema corporal.

La sicopatología en los pacientes en DP, así como en todos los enfermos orgánicos, se vuelve más difícil de evaluar debido a la coincidencia de muchos de sus síntomas con aquellos propios de los trastornos mentales. La astenia, la anorexia, el insomnio, las dificultades de concentración, las alteraciones

Digestivas son ejemplos de la sintomatología que aparece en estos pacientes y que no necesariamente implican una alteración psíquica. Por ello se vuelve necesario indagar con mayor profundidad y otorgar más relevancia a la sintomatología de tipo ideacional y afectiva, como ser los cambios en el humor, descenso de autoestima, ideas de culpa, deseos de muerte e ideas de autoeliminación, pesimismo, pérdida del interés y la capacidad de disfrute, temores o preocupaciones excesivos.(11)

4.3.1 Algunas respuestas asociadas a los sentimientos del usuario con enfermedad crónica:

Negación. Con el fin de afrontar una situación difícil, a veces la persona rechaza o quita importancia a la gravedad de la situación y también los sentimientos relacionados con dicha situación. La negación puede resultar perjudicial si conduce a resultados negativos por ejemplo: rechazo del tratamiento apropiado.

Cólera. Las expresiones directas de cólera se suelen considerar inapropiadas y a menudo provocan después sentimientos de culpabilidad. Ayudar al paciente a expresar su cólera sin alineación resulta una estrategia difícil pero productiva.

Depresión. Es un trastorno de la afectividad y se caracteriza por una bajada en el estado de ánimo o pérdida de interés por todo o casi todo lo que antes le resultaba placentero al paciente.

Ansiedad. El individuo experimenta sentimientos de inquietud, sensación de aprehensión, miedo e, incluso, pánico, debido a la inminencia de un desenlace inevitable, en este tipo de pacientes.



Insomnio. Es la incapacidad para conciliar o mantener el sueño o también el despertar de forma precoz con la sensación de sueño no reparador. En el paciente con enfermedad crónica.

Consecuencias que puede sufrir el usuario crónico:

Angustia de ser rechazado. Su actitud y su estado de ánimo pesimista determinan que el paciente crónico experimente angustia a ser rechazado no solo por sus familiares, sino también por otras personas por lo tedioso que resulta su cuidado no solo desde el punto de vista económico, sino por el tiempo que tienen que dedicar en su atención y cuidado.

Temor al abandono y la soledad. Su larga enfermedad debilita su estado físico, su función social y sus aspiraciones de recuperación, por lo que experimenta temor que sus familiares le abandonen y se encuentre sola con su soledad.

Miedo a la invalidez. Las experiencias y las vivencias que tiene el paciente crónico en el transcurso de su enfermedad, la disminución de sus energías físicas y psíquicas, su necesidad de dependencia, tiene miedo a la invalidez permanente, lo que determina que cada vez se abandone a los cuidados de los demás posibilitando su invalidez. (12)

4.3.2 Áreas que también resultan perjudicadas:

a) en el **área laboral**, el progresivo deterioro del enfermo puede ocasionar un descenso en su rendimiento y capacidad de trabajo, sobretodo en las ocupaciones que requieren

un esfuerzo físico; en estos casos el paciente deberá modificar su fuente de ingresos, y cuando esto no es posible, quedará inhabilitado para trabajar debiendo recibir una pensión que lo transforma en un discapacitado, con las importantes repercusiones psicológicas y sociales que esto conlleva.

b) en el **área social**, el paciente muchas veces tiende a aislarse en forma progresiva de su entorno habitual, ya sea para evitar compartir espacios que ahora debe restringir (ingesta, ejercicio físico, viajes) o porque teme ser rechazado o discriminado por sus allegados, siendo éste un aspecto de especial relevancia en pacientes jóvenes.

c) en el **área familiar**, la necesidad de convivir diariamente con el tratamiento a través del contacto con el material de diálisis, las modificaciones espaciales e higiénicas que esto impone, la adecuación a los horarios de los recambios, la imposibilidad de realizar viajes prolongados, así como las modificaciones dietéticas muchas veces determinan conflictos; a esto se agrega la significación que para el paciente tiene el tener que desempeñar el rol de enfermo en la familia, sobretodo cuando se trata del padre, ya que se produce una necesaria inversión en el anterior funcionamiento intrafamiliar.

4.4 INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

Antecedentes

En 1811 los químicos aplicaban las técnicas de diálisis para eliminar solutos de una solución. De hecho la primera solución que se utilizó para la diálisis en el decenio de 1800 fue la orina la cual se pudo extraer la urea. Sin embargo, hubo que transcurrir casi un siglo para que la diálisis pasara por los laboratorios de química a la medicina clínica. Tuvieron lugar dos acontecimientos aparentemente no relacionados. Investigadores que estaban estudiando la diálisis descubrieron la heparina por un lado y por otro lado se inventó el céfalo para utilizarse en industrias.

Estos adelantos y estos ingenios de hombres como Abel thalheime y kolff, dieron lugar a la aplicación de la diálisis en un Principio en la investigación de toxinas y venenos y más tarde en la I.R.C y I.R.A.

Los catéteres para la diálisis peritoneal, llamados rígidos y blandos fueron introducidos casi al mismo tiempo. En 1948, Rosenak y Oppeheime utilizaron únicamente trocar de acero inoxidable; Maxwell y colaboradores introdujeron el líquido comercial para la diálisis peritoneal almacenado en botellas de 1 y 2 litros. En 1960 los primeros pacientes con insuficiencia renal que fueron tratados con diálisis peritoneal a largo plazo fueron Seattle y Washington, fue el primer intento de la humanidad por simular la función renal y funcionó. Pero el mayor avance lo logró Weston y Roberts en 1964, insertaron el estilete dentro del catéter de Maxwell lo cual eliminaba el trocar. Este se emplea para accesos temporales a la cavidad peritoneal.

Los catéteres blandos utilizados inicialmente eran el hule, en los cuales se habría múltiples orificios en el extremo que se introducía a la cavidad peritoneal.

En 1966, Lásker diseñó una máquina clínica semiautomática, con botellas de 2 litros, aprovechando el efecto de la gravedad para facilitar el ingreso y drenaje de líquido de la cavidad peritoneal.

Para 1977 Bulkumerkrantz y Robertss diseñaron una maquina para regenerar el uso de la diálisis; con este sistema es posible dializar durante 20 horas, utilizando únicamente 4 litros de solución de diálisis.

En 1978 el liquido se envaso en bolsas de plástico. A fines de este año aproximadamente 98,400 usuarios estaban sometidos a la diálisis crónica en estados unidos de los cuales el 15% dentro de la diálisis peritoneal.

La edad media de los pacientes sometidos a diálisis están entorno a los 60 años debido a que es menos eficaz el transplante, del 10 al 20 % de los usuarios con IRC queda totalmente rehabilitado por la diálisis y el resto queda pendiente de otro tratamiento. (13)

4.5. ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DER RIÑÓN

Los riñones son dos, derecho e izquierdo, y están situados a los lados de la columna vertebral, a la altura de las dos vértebras dorsales y de las primeras lumbares.

Se haya aplicado en la pared posterior del abdomen por atrás del peritoneo y por delante de las costillas undécima y duodécima y de la parte superior del cuadrado lumbar.

Forma: los riñones son alargados en sentido vertical, su forma es similar a la del fríjol.

Dimensión, color y consistencia: el riñón tiene una longitud de 12 centímetros, una anchura de siete a ocho y un espesor de cuatro centímetros; su peso es de 140 gramos en el hombre y 120 gramos en la mujer. Es de un café rojizo, a veces rojo oscuro y de una consistencia bastante firme.

Medios de fijación: el riñón esta fijo a la fascia renal, que es una dependencia de la fascia propia subperitoneal, la cual al llegar al bordo externo del riñón se desdobra en una hoja posterior retrorrenal.

La hoja retrorrenal, después de cubrirle riñón por su cara posterior, va a fijarse a los cuerpos vertebrales y constituye la fascia de zuzkerkandl. Esta queda separad de la pared posterior del abdomen por un tejido celuloadiposo, mas abundante cuando el individuo es mas obeso.

Son los órganos secretores responsables de la extracción le los desechos hidrosolubles, se localizan en le espacio retroperineal, en la parte superior. Cada uno de ellos se extiende entre los niveles vertebrales D12 y L3. Cada un o consta de mas de un millón de neuronas. Las neuronas están compuestas por un conglomerado de capilares (el glomérulo), el tabulo contorneado distal. El tubulo distal se vacía en el tubulo colector.

Los glomérulos filtran sangre a una velocidad de unos 125 ml/min. En el hombre adulto y unos 110 ml/min. En la mujer adulta. Casi todo el material filtrado se reabsorbe de la forma activa en el tubulo proximal.

El volumen de la orina es controlada estrictamente por la hormona diurética (ADH), que mantiene constante el volumen total. El riego sanguíneo renal constituye normalmente, el 21% del gasto cardiaco, ósea unos 1200 ml/min.

La arteria renal entra en el riñón a través del hilio adorsa al uréter y a la vena renal, y luego se ramifica para formar arterias Inter-Lobulares (llamadas también arterias renales) y arteriolas eferentes, que dan lugar a los capilares glomerulares de los glomérulos renales, donde se filtra gran cantidad de liquido y soluto para empezar a formar la orina.

Los extremos distales de los capilares de cada glomérulo confluyen y forma la arteria aferente.

La circulación renal se caracteriza por tener dos lechos capilares, el glomerular y el peri tubular, los cuales están separados por las arterias eferentes y ayudan a regular la presión hidrostática elevada rápida, mientras que una presión hidrostática mucho mas baja en los capilares peri tubulares (unos 13 ml/ Hg.), favorece la rápida absorción de líquidos. (14)

4.6. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

DEFINICION

Es el resultado de una serie de trastornos y se caracteriza por un deterioro progresivo e irreversible de las neuronas y los glomérulos y que a menudo desemboca en la insuficiencia renal Terminal.

ETIOLOGIA

La incidencia y prevaencia de las causas de insuficiencia renal crónica varían de una región a otra. En los últimos años estamos asistiendo a un notable incremento de la neuropatía diabética y las causas vasculares (hipertensión arterial y arteriosclerosis) que en algunos países superan el 50% de las causas de insuficiencia renal crónica Terminal. En tercer lugar se encuentra el glomérulo nefritis, que son procesos inflamatorios del glomérulo.

Otras causas como las neuropatías intersticiales son producidas por infecciones renales de repetición. Abuso de algunos fármacos y otros motivos. Las enfermedades quísticas son hereditarias y en ellas los riñones representan degeneraciones quísticas que acaban impidiendo su función. En todas estas enfermedades sistémicas como diabetes mellitas, pielonefritis, obstrucción del tracto urinario, trastornos vasculares, infecciones y agentes tóxicos.

FISIOPATOLOGIA

Hay un desarrollo de uremia y se presentan efectos adversos en todos los sistemas del cuerpo.

Mientras mas productos de desecho se acumulen, mas graves serán los síntomas; varios de estos son reversibles mediante diálisis.

Evacuaciones renales disminuidas: se debe en el número de glomérulos que funcionan, lo cual disminuye la evacuación de las sustancias que normalmente son eliminadas de la sangre por los riñones.

Retención de agua y sodio: el riñón tampoco puede concentrar o diluir la orina, por lo que presenta las respuestas adecuadas de este órgano frente a la ingestión diaria de agua y

electrolitos. Con frecuencia el paciente retiene sodio y agua, lo que aumenta el riesgo de formación de edema, insuficiencia cardiaca congestiva e hipertensión.

Acidosis: es la incapacidad del riñón para excretar cargas de ácido, también disminuye la excreción de fosfato y otros ácidos orgánicos.

Anemia: se presenta anemia por la producción adecuada de eritropoyetina, acortamiento de la vida de los eritrocitos y tendencias hemorrágicas, ante todo el aparato digestivo. Desequilibrio de calcio y fósforo: las concentraciones de calcio y fósforo en suero son recíprocas, ósea que cuando una aumenta otra la otra disminuye.

FACTORES DE RIESGO

Los cuatro factores de riesgo más importantes para el desarrollo de la insuficiencia renal crónica son la edad, la raza, el sexo y los antecedentes familiares. La tasa de insuficiencia renal crónica en adultos entre 64 y 65 años es seis veces superior que los blanco.

Con relación al sexo, las incidencias de insuficiencia renal crónica es mayor en los hombres que en las mujeres (entre un 55-60 % de los pacientes con I.R.C son varones), a pesar de esta mayor incidencia de insuficiencia renal crónica son más frecuentes en mujeres. En cuanto a la historia familiar con ciertas enfermedades como la poliquistosis renal en adultos, enfermedad quística medular, esclerosis tuberosa, sistinosis, oxalosis y enfermedad poliquística infantil existente familiares con la misma enfermedad. (15)

SINTOMAS

PUEDEN NO SER ESPECIFICOS

- Pérdida de peso no intencional
- Nauseas y vomito
- [Fatiga](#)
- [Dolor de cabeza persistente](#)
- [Hipo](#) frecuente
- [Picazón \(prurito\)](#) generalizado

SÍNTOMAS POSTERIORES

- Producción disminuida de orina o mayor volumen de orina
- Necesidad de micción durante la noche
- Se forman fácilmente magulladuras o se produce sangrado
- Puede haber sangre en el vómito o en las heces
- Agudeza mental disminuida
- Somnolencia, letargo
- Confusión mental, delirio

-
-
-
-
- Coma
 - Contorsión muscular o calambres
 - Ataques
 - Pigmentación aumentada de la piel (puede lucir amarillenta o marrón)
 - Escarcha urémica (depósitos de cristales blancos en la piel y por encima de ésta)
 - sensibilidad disminuida en las manos, pies y otras zonas del cuerpo

DIAGNOSTICO

La presión sanguínea puede estar alta, con hipertensión que puede variar desde leve hasta severa. El examen neurológico puede mostrar poli neuropatía. Es posible que se escuchen sonidos anormales del corazón o de los pulmones a través del estetoscopio.

El análisis de orina puede revelar proteína u otra anomalía. Un análisis de orina puede mostrar resultados anormales desde 6 meses hasta 10 años o más antes de que aparezcan los síntomas.

- Niveles de creatinina aumentan de manera progresiva
- BUN aumenta de forma progresiva
- Depuración de creatinina disminuye de manera progresiva
- Examen de potasio puede mostrar niveles elevados
- Análisis de gases en sangre arterial y de química sanguínea pueden revelar acidosis metabólica

-
-
-
- Los cambios que indican insuficiencia renal crónica, incluyendo el que ambos riñones estén más pequeños de lo normal, pueden observarse en los siguientes exámenes:
 - Rayos X del abdomen o renales
 - TC abdominal
 - IRM abdominal
 - Ultrasonido abdominal
 - Esta enfermedad también puede alterar los resultados de los siguientes exámenes:

- Cilindros urinarios
- Rastreo renal
- HPT
- Examen de magnesio sérico
- Eritroproteína

TRATAMIENTO

Atendiendo a los resultados de los análisis, el doctor indicará un tratamiento para corregir la causa, reducir el trabajo de los riñones y controlar la presión sanguínea que puede agravar esta enfermedad. Esto puede lograrse con dieta y los medicamentos precisos.

Si esto no soluciona el problema y restablece la función normal, el médico considerará alternativas como:

HEMODIALISIS:

El objetivo de este procedimiento es sustituir la acción limpiadora y filtradora del riñón. Extrae del cuerpo la sal, exceso de líquido y desechos tóxicos. Ayudando a mantener en la persona un control de la presión arterial y de la composición del organismo. La sangre pasa por un dializador, es decir un filtro de características especiales capaz de limpiar la sangre. (Ilustración)

Antes de iniciar el proceso, el médico debe tomar un acceso al torrente sanguíneo, para que la sangre pueda ir de su organismo al dializador y de éste, nuevamente, al cuerpo.

Hoy día existe la posibilidad de realizar la hemodiálisis tanto en el hospital como en el domicilio, lugar éste último donde requerirá la ayuda de un familiar o amigo.

Las sesiones de hemodiálisis se realizan tres veces por semana y requieren entre 2 y cuatro horas. Durante este periodo el paciente puede leer, escribir, conversar, dormir o ver televisión.

Para la realización de la hemodiálisis se requiere seguir un régimen alimenticio. El dietista puede ayudarle a plantear las comidas de acuerdo con las recomendaciones y tratamiento indicado por el médico. Al elegir los alimentos, recuerde lo siguiente:

- Coma cantidades equilibradas de alimentos ricos en proteínas, como carne y pollo. El cuerpo utiliza mejor las proteínas animales.
- Vigile la cantidad de potasio que tome.
- Disminuya la cantidad de líquidos que bebe
- Evite la sal debido a que retiene agua
- Restrinja la ingesta de leche, queso, nueces, frijoles y bebidas gaseosas. Se trata de alimentos ricos en fósforo, cuyo exceso provoca la pérdida de calcio en los huesos.(16)

DIALISIS PERITONEAL:

El objetivo de la diálisis: Es eliminar líquido del organismo, depurar toxinas endógenas y exógenas y normalizar las alteraciones electrolíticas.

La diálisis: es un tratamiento que se encarga de eliminar del cuerpo los desechos y el exceso de líquido, consiste en introducir líquido de diálisis a la cavidad peritoneal, utilizando el peritoneo para filtrar y limpiar la sangre.

En este proceso una solución purificadora, llamada dializante, se introduce en el abdomen mediante un dispositivo especial, consiguiendo que los productos de desecho y sustancias nocivas pasen desde los pequeños vasos presentes en la membrana peritoneal al dializado.

Después de varias horas se drena el abdomen (se saca el líquido introducido en el abdomen) y a continuación se repite el proceso. Antes de realizar el primer tratamiento, el cirujano introduce en el abdomen un pequeño tubo (catéter) para la entrada y salida del líquido dializado.

Las **sustancias** que atraviesan la membrana peritoneal son las de pequeño peso molecular: urea, potasio, cloro, fosfatos, bicarbonato, calcio, magnesio, creatinina, ácido úrico.

Existen tres tipos de diálisis peritoneal:

Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua (CAPD): Es la forma más común y se utiliza con pacientes no hospitalizados, con este procedimiento la sangre está siendo purificada todo el tiempo.

Diálisis Peritoneal Cíclica Continua (CCPD): Similar a la CAPD, excepto que se conecta al catéter una máquina que llena y drena el dializado del abdomen. Se realiza generalmente mientras el paciente duerme, de modo que permite más tiempo libre durante el día.

Diálisis Peritoneal Intermitente: Emplea un funcionamiento similar a la CCPD pero por lo general se realiza en el hospital. Es realizada por una enfermera en una unidad de cuidados intensivos generalmente.

Trasplante de riñón: Se trata de una cirugía mayor, a la que el paciente debe de acompañar con la toma de medicamentos por el resto de su vida para impedir un rechazo del órgano. (15)

Dieta y diálisis peritoneal

Cuando se entra en programa de diálisis se alivian un poco las restricciones dietéticas, pero individualizando la dieta en función de los valores clínicos y analíticos. En este sentido conviene apuntar:

-Se puede incrementar la ingesta de proteínas, ya que a través de la diálisis peritoneal se pierde gran cantidad de estas sustancias. De las proteínas, se ha de subir la ingesta

de las llamadas "de alto valor biológico"; es decir las contenidas en carnes, pescado azul. Pero hay que vigilar los alimentos ricos en fósforo.

-Las grasas serán del tipo de las insaturadas, es decir las que proceden del pescado o tienen origen vegetal.

-Normalmente se pierden muchas vitaminas hidrosolubles, en el líquido de diálisis que se evacua. Por ello se hace necesario un aporte extra de dichas vitaminas B y C.

-No olvide incluir alimentos ricos en fibra ya que ayudan, entre otras cosas a mantener la movilidad intestinal. Esto evita que el catéter se adhiera a algún asa del intestino y provoque problemas de entrada o salida del líquido.

-Preste atención a la ingesta de azúcares e hidratos de carbono, ya que la glucosa contenida en las bolsas de diálisis pasa al organismo.

Cuidados

La mayoría de los cuidados van encaminados a mantener permeable el acceso al peritoneo, es decir el catéter:

- 1.-Vigile diariamente el orificio de entrada del catéter.
- 2.-Mantenga un nivel óptimo de higiene en la zona que rodea el catéter.
- 3.-Evite tirones.
- 4.-Haga los intercambios en las máximas condiciones de asepsia.
- 5.-Evite acodaduras o dobleces del catéter que puedan obstaculizar o impedir el paso del líquido.

Complicaciones

La principal complicación que puede aparecer en la diálisis peritoneal, cualitativa y cuantitativamente es la peritonitis: Es una inflamación de la membrana peritoneal que impide la normalidad funcional de la misma y compromete la calidad de la diálisis. Normalmente se produce por la entrada de gérmenes desde el exterior, por ello hay que incidir especialmente en las medidas higiénicas para evitar su aparición. Sus síntomas son:

- ❖ El líquido que drena está turbio
- ❖ Dolor abdominal
- ❖ Fiebre
- ❖ Nauseas y/o vómitos.

Si todos o algunos de estos síntomas aparecen, acuda al Centro sanitario que le corresponda. A ser posible lleve la bolsa de drenaje (esto se hace para efectuar un cultivo bacteriano del líquido y así determinar, en su caso, el agente causante y administrarle el tratamiento específico). Las peritonitis repetidas pueden llegar a comprometer seriamente el funcionamiento de la membrana peritoneal haciendo que, en algunos casos, se tenga que abandonar la diálisis peritoneal y acceder a la hemodiálisis.

Otras complicaciones obedecen a causas mecánicas:

1. Salida del líquido por el orificio de implantación.

2. Obstrucción del interior del catéter por circunvalación o adherirse a un asa intestinal.
3. En otras ocasiones hay obstrucción producida por la presencia de una sustancia orgánica llamada fibrina.(17)

V. CASO CLINICO

Maria es una mujer de 46 años de edad, originaria de Tafetán municipio de Tzitzio de Morelia Michoacán, es viuda refiriendo que su marido fue asesinado desde hace tres años, es madre de 10 hijos, actualmente vive con cuatro de ellos, no sabe leer , ni escribir, cuenta con todos los servicios intradomiciliarios (agua, luz y drenaje) cuenta con dos cuartos con paredes de madera y techo de cartón, un cuarto para cocinar y otro para dormir, sus hijos se dedican al campo y criar animales domésticos ,la cual es la única fuente de ingresos económicos.

Su madre padece de diabetes mellitus tipo 2, niega que su padre y hermanos padezcan de alguna enfermedad crónica degenerativa, solo refiere que han padecido de enfermedades propias de la infancia como sarampión y varicela.

Maria refiere que en octubre del 2005 la intervinieron quirúrgicamente en el hospital sanatorio de la luz para colocación de catéter de Tenckoff, la cual refiere no conocer muy bien su padecimiento, solo le comentaron que sus riñones no funcionaban bien.

Actualmente el día 01 de agosto del 2006 fue intervenida nuevamente por disfunción de catéter, por lo que se le cambio el catéter, refiere presentar dolor en herida quirúrgica y edema en miembros inferiores, su modo de andar es lento por temor a caerse y lastimarse (catéter).

Es de religión católica hace 2 años realizaba peregrinaciones a la basílica de México pero debido a su padecimiento y a que se tiene que estar dializándose diario, le impide hacerlo.

Su peso es de 65 Kg. y talla de 1.58 CMS, refiere que desde su padecimiento ha disminuido mas de 7 Kg., su pulso es de 64X', Frecuencia Respiratoria 20X', Frecuencia Cardiaca 80X' y Tensión/Arterial de 120/80 sin ninguna alteración.

En cuanto a su alimentación es de 3 veces al día (desayuno, comida y cena), y es a base de, frijoles, papas, sopas, pescado, carne de pollo, frutas, tortillas y Tes, (Una o dos veces a la semana, adecuándose a sus ingreso económicos por lo que es una de sus preocupaciones.

Su ingesta de agua es de 1 a 1.5 Lts diarios, refiere que en ocasiones sufre de estreñimiento, manifestando heces de consistencia dura y dolorosa, duerme de cuatro a seis horas, su sueño es interrumpido en varias ocasiones por preocupaciones, la cual le es difícil volver e conciliar el sueño, presentando facies de cansancio al día siguiente. No realiza ninguna actividad física por lo temor a lastimarse o al realizar un movimiento inadecuado.

Su baño, cambio de ropa y lavado de dientes es cada tercer día por lo que no le da mucha importancia a su aspecto personal, por la falta de motivación y sus costumbres la única distracción es tejer con ganchos por lo que debido al catéter le impide realizar lo que le agrada y se aburre.

VI. APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERIA

VALORACION POR NECESIDADES

1.- NECESIDAD DE OXIGENACION

Su respiración es de 20X', tiene un ritmo respiratorio normal, sin ruidos a la auscultación, no presenta tos, ni secreciones, sin dificultad para respirar, sin presencia de alguna alergia respiratoria, refiere que nunca ha fumado, su frecuencia cardiaca es de 80X', con una tensión arterial de 120/80 y pulso de 64X'.

2.- NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION

Actualmente Maria pesa 65 Kg. y talla 1.58 CMS, refiere que desde su padecimiento ha disminuido mas de 7 kg.

Su alimentación es 3 veces al día y es a base de, frijoles, papas, sopas, pescado, carne de pollo, frutas, tortillas y Tes, (Una o dos veces a la semana, adecuándose a sus ingresos económicos por lo que es una de sus preocupaciones.

La ingesta de líquidos es de 1 a 1.5 lts al día, tolera todo tipo de alimento, refiere que su apetito es normal, no tiene problemas de masticación, no utiliza prótesis dentales, puede deglutir bien los alimentos, la coloración de su piel es pálida.

3.- NECESIDAD DE ELIMINACION

Su frecuencia urinaria es de 4 a 5 veces al día de color amarillo claro, refiere que en varias ocasiones sufrió de infecciones urinarias.

Su hábito intestinal es de una vez al día, presenta estreñimiento en algunas ocasiones con heces de consistencia dura y dolorosa, no consume ningún tipo de laxante, no presenta diarrea, ni problemas de hemorroides.

Su periodo menstrual es cada mes, en poca cantidad, dura 3 días, y sin dolor actualmente la FUM es el 20 de julio de 2006.

4.-NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Maria presenta fases de dolor por herida (instalación de catéter Tenkoff), su modo de andar es lento por temor a caerse y lastimarse, no utiliza ningún aparato para moverse, no realiza ningún tipo de actividad por miedo a realizar un movimiento inadecuado y se salga el catéter.

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Duerme de 4 a 6 horas, su sueño es interrumpido en varias ocasiones por preocupaciones, la cual le es difícil volver a conciliar el sueño, presentando facies de cansancio.

6.-NECESIDAD DE VESTIRSE ADECUADAMENTE

Actualmente es capaz de vestirse por si sola, no es alérgica a los tejidos de lana, no le da mucha importancia a su forma de vestir, su aspecto es descuidado.

7.-NECESIDAD DE TERMOREGULACION

Su temperatura corporal es normal de 36°C, sin ninguna alteración, no ha presentado fiebre, ni sudoración, se adapta bien a los cambios de temperatura.

8.- NESECIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Su baño es cada tercer día, al igual que el cambio de ropa y cepillado de dientes, su piel se observa pálida y cabello opaco, presenta edema en miembros inferiores, tiene instalado el catéter de diálisis.

9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Maria se encuentra conciente, atenta, orientada al entorno y tiempo , (sabe que día es hoy), sabe el lugar donde se encuentra e identifica a las personas mas significativas que son sus hijos, presenta alteraciones de tipo visual (utiliza lentes cuando teje), se describe como una persona triste por no poder realizar lo que ella le gusta como: realizar actividades del hogar, cuidar sus animales, trabajar sus tierras, asistir a peregrinaciones por miedo a que se baya a lastimar el catéter (Tenkoff), y que tiene que estar dializándose diario y refiere aburrirse y ganas de hacer lo que le gusta.

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD

Su lenguaje es fluido, coherente, claro y organizado, sin alteraciones del pensamiento, muestra facies de dolor por herida quirúrgica, su estado de animo es triste, actualmente vive con sus 4 hijos pero solo convive con uno de ellos durante el día quien es quien esta al pendiente de ella, la relación con personas, vecinos y amigos no son buenas ya que casi no sale de su casa.

Con respecto a la sexualidad: FUM, 20 de junio de 2006, desde hace tres años no tiene relaciones sexuales ya que es viuda, no utilizo ningún método de planificación familiar, es madre de 10 hijos, se realizo el papanicolau en 3 ocasiones con resultados normales.

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES

Es de religión católica, refiere que se sentiría mejor si pudiera ir a peregrinaciones como antes, es capaz de tomar sus propias decisiones.

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Maria refiere que con el catéter de diálisis le impide hacer lo que le gusta, como realizar actividades del hogar, trabajar sus tierras, cuidar sus animales, y ayudarles a sus hijos con los gastos de la casa y su tratamiento y valerse por si misma por lo que se siente triste.

13.- NECESIDAD DE JUGAR / PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Menciona que casi no reserva tiempo para divertirse, por lo que es de su interés realizarlas ya que se aburre solo teje (ganchos) en algunas ocasiones.

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

No presenta ninguna alteración en la memoria, es atenta a lo que le platican, refiere no saber muy bien sobre su padecimiento y el motivo de la colocación del catéter lo cual le gustaría saberlo.

VII. CLASIFICACION DE DATOS

7. I. DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS

CUADRO 1.

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS
Nutrición e hidratación	-Peso 65kg -Talla 1.58cms	-Ingesta de líquidos de 1-1.5 lts.
Eliminación		-Su frecuencia urinaria 4-5 veces al día. -su frecuencia intestinal 1 vez al día, refiriendo que en ocasiones evacua heces duras y dolorosas.

Moverse y mantener una buena postura	-Facies de signo de dolor.	-Su modo de andar es lento por lo que tiene miedo a caerse y lastimar el catéter y salirse al hacer algún movimiento inadecuado.
Descanso y sueño	-Facies de cansancio	-Refiere despertarse de 2 a 3 beses por las noches. -Tiene dificultad para conciliar el sueño.



Vestirse adecuadamente	Se observa desaliñada, uñas largas, cabello opaco.	- su baño, cambio de ropa y lavado de dientes es cada tercer día.
	-Temperatura corporal es de 36.C	
Higiene y protección de la	-Edema en miembros inferiores	-Baño, cambio de ropa y cepillado de dientes es cada tercer día.

piel		
Evitar peligros	-Consiente, atenta y orientada al tiempo.	-Idéntica a las personas mas significativas para ella. -presenta alteraciones de tipo visual. -se describe como una persona triste por no poder realizar lo que ella le gusta por miedo a que se baya a lastimar el catéter (Tenkoff), y que tiene que estar dializándose diario refiriendo aburrirse y tener ganas de hace lo que le agrada.



Comunicarse y sexualidad	-Lenguaje fluido, claro y coherente.	-Su estado de animo es triste -La relación con personas amigos no son buenas ya que casi no sale de su casa.
Vivir según creencias y valores		-Católica -Es capaz de tomar sus propias dediciones.
Trabajar y realizarse		-Con su enfermedad y tratamiento le impide realizar lo que l e gusta.
Participar en actividades		-No reserva tiempo para divertirse, por lo que es de su interés realizarlas

recreativas		ya que se aburre solo teje (ganchos) en ocasiones.
Aprendizaje		-No presenta alteración de la memoria -Es atenta a lo que le platican -No tiene conocimiento sobre su enfermedad

7.2. DATOS SIGNIFICATIVOS

CUADRO 2.

NECESIDAD	DATOS SIGNIFICATIVOS	DIAGNOSTICOS
Eliminación	-Heces de consistencia dura y dolorosa	Estreñimiento relacionado con alimentos bajos en fibra manifestado por heces de consistencia dura y dolorosa.
Evitar peligros	-Facies de signos de dolor	Temor relacionado con el catéter de diálisis peritoneal manifestado por caminar

	-Miedo por caminar lento, caerse y lastimarse al realizar un movimiento inadecuado y salirse el catéter.	lento, caerse y lastimarse al realizar un movimiento inadecuado.
Descanso y sueño	-Refiere despertar 2 a 3 ocasiones por la noche. -Dificultad para conciliar el sueño -Muestra facies de cansancio	Alteración del patrón de sueño relacionado con preocupaciones manifestado por sueño interrumpido, dificultad para conciliar el sueño y facies de cansancio



Vestirse adecuadamente	-No le da importancia en su forma de vestir se observa desaliñada, uñas largas, vestimenta Desaseada. -El baño, cambio de ropa y cepillado de dientes es cada tercer día.	Déficit de auto cuidado relacionado con costumbres y falta de motivación manifestado por aseo corporal, cambio de ropa y lavado de dientes cada tercer día.
Higiene	-Edema en miembros	Riesgo de infección relacionado con

y protección de la piel	inferiores -Presenta catéter de diálisis	catéter de diálisis peritoneal (peritonitis y/o infección del lugar de introducción del catéter).
Participar en actividades recreativas	-No reserva tiempo para divertirse -Refiere aburrirse y deseos de realizar lo que le gusta.	Déficit de actividades recreativas relacionado con tratamiento prolongado manifestado por aburrimiento y deseos de realizar lo que le gusta.
Aprendizaje	- No tiene conocimiento sobre su enfermedad manifestándolo verbalmente.	Déficit de conocimiento relacionado con la falta de información acerca de la insuficiencia renal crónica y diálisis peritoneal manifestando verbalmente.



VIII. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

DIAGNOSTICO # 1

Plan de cuidados de Enfermería (Necesidad de Eliminación)	
<p>Diagnostico de Enfermería: Estreñimiento relacionado con alimentos bajos en fibra manifestado por heces de consistencia duras y dolorosas.</p> <p>Objetivo general: La usuaria recupera su hábito intestinal normal.</p>	<p>Datos Generales y significativos. -Heces de consistencia dura y dolorosa</p> <p>Resultado esperado: La usuaria manifieste identificar los alimentos ricos en fibra de acuerdo a su padecimiento y recupere su hábito intestinal.</p>
<p>Intervenciones y acciones específica</p> <p>1.-Revisar conjuntamente la dieta diaria y fomentar la toma de alimentos, ricos en residuos de fibra de acuerdo a sus preferencias individuales, tomando en cuenta las limitaciones socioeconómicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Se reviso la dieta diaria de la usuaria, realizándose un listado de los alimentos altos y bajos en fibra que consumía y se dio una orientación sobre la importancia del consumo de los mismos, elaborando un cartel de alimentos de alto contenido en residuo de acuerdo a lo que puede consumir por su padecimiento, preferencias y circunstancias económicas. <p>2.-Establecer un plan de ejercicios diario moderado y regular.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Se le explico y posteriormente se realizo un plan de ejercicio, cada tercer día realizando sentadillas, flexionamiento de pies y manos y caminatas por 30 minutos o de acuerdo a su tolerancia, llevándolos a la práctica. <p>3.-Fomentar frutas y verduras propias de la región donde se encuentra.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Por medio de una charla se hizo hincapié de la importancia del consumo de alimentos propios de su región y de temporada explicándole sus ventajas. 	<p>Fundamentacion científica de las acciones.</p> <p>1.-La fibra aumenta la masa fecal y facilita la absorción de agua hacia las heces. El aporte suficiente de fibra en la dieta y de los líquidos favorece la formación de unas heces firmes, blandas y bien formadas.</p> <p>2.-El ejercicio ayuda mantener una buena relajación de los músculos del abdomen, lo que ayuda a mejorar la función intestinal como realizar sentadillas, flexionamiento de los pies de forma moderada.</p> <p>3.-El aprovechamiento de los alimentos propios de la región ayuda en la economizacion de la usuaria y le da las facilidades para el consumo de los mismos.</p>

4.-Recomendar el consumo de al menos 2 litros de agua el día si no existe contraindicación.

- ❖ Se informo a la usuaria sobre el consumo de líquidos diariamente de 6-8 vasos, dividiéndolos durante el día con un horario de 1 vaso de agua cada hora y media.

5.-Recomendar beber 1 o 2 vasos de agua tibia media hora antes del desayuno, pues estimula la defecación.

- ❖ Con la ayuda de la familia se le proporciono 1 vaso de agua tibia antes del desayuno explicándole su importancia.

6.-Si hay dolor al defecar, aconsejar el uso de lubricantes, compresas frías y baños de asiento.

- ❖ A través de una plática se instruyó a la usuaria sobre el uso de lubricantes, compresas frías y baños de asiento.

4.-Para mantener el hábito intestinal y conseguir una consistencia adecuada de las heces es necesario consumir al menos 2 litros de líquido al día, ya que el agua interviene en múltiples procesos como son la ingestión, digestión, absorción y eliminación.

5.-El consumo de agua tibia en ayunas ayuda al reblandecimiento de la mucosa intestinal a si como las heces fecales y permita una evacuación sin tanto problema ya que en el interior del aparato digestivo se llevan acabo las transformaciones de los alimento para convertirlos, de sustancias complejas, en elementos mas sencillos, di fusibles que pueda pasar a la circulación y ser distribuidas a las distintas células del organismo.

6.-Los lubricantes y las compresas ayudan a reducir el dolor.

Evaluación del Plan de cuidados: por medio de la platica la usuaria logra identificar y mantener la ingesta de alimentos ricos en fibra de acuerdo a sus preferencias y la importancia sobre el consumo de líquidos, así como realizar ejercicios refiriendo practicarlas acorde con lo establecido cada tercer día, realizando sentadillas, movimientos de brazos y piernas y caminatas de manera ligera durante 30 minutos o a su tolerancia, también con la ayuda de su familia a empleado en su vida cotidiana en ingerir un vaso de agua tibia en ayunas para no tener dificultad al evacuar, Actualmente ha ido mejorando el estreñimiento mediante la ingesta de alimentos ricos en fibra y el consumo de líquidos.

DIAGNOSTICO # 2

Plan de cuidados de Enfermería (Necesidad de evitar peligros)	
<p>Diagnostico de enfermería: Temor relacionado con el catéter de diálisis peritoneal manifestado por caminar lento, caerse y lastimarse al realizar un movimiento inadecuado.</p> <p>Objetivo general: Ayudar al usuario a reducir su actual nivel de temor.</p>	<p>Datos Generales y significativos. -Miedo por caminar lento, caerse y lastimarse al realizar un movimiento inadecuado y salirse el catéter.</p> <p>Resultado esperado: El paciente exprese sus temores y exprese un aumento en su nivel de bienestar fisiológico y psicológico.</p>
<p>Intervenciones y acciones específicas</p> <p>1.- Animar a la usuaria a que exprese sus miedos y escuchar con atención.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ En una sesión se animo a la usuaria a que verbalizará sus sentimientos y temores manifestando sus miedos por la presencia de catéter de diálisis peritoneal ya que teme a lastimarse. <p>2.- Animar a la usuaria a realizar ejercicios ligeros proporcionando bienestar y seguridad como: Permanecer junto a la persona, Actuar sin prisas, demostrar calma, Tranquilizar verbalmente, usar frases cortas y sencillas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Se enseñó a la usuaria ejercicios de respiración posteriormente realizar ejercicio de calentamiento y caminatas e ir aumentando poco a poco acorde a su tolerancia mostrándole calma y permaneciendo junto a ella. <p>3.- Brindar a la usuaria toda la información que necesite sobre la diálisis, así como su funcionamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Con la ayuda de ilustraciones se capacito a la usuaria sobre el catéter de diálisis y su funcionamiento. 	<p>Fundamentacion científica de las acciones.</p> <p>1.- La usuaria al expresar sus sentimientos de miedo podrá sentirse escuchada, aceptada y sentirse en confianza reduciendo sus miedos.</p> <p>2.- El ejercicio favorece la independencia y propicia seguridad disipando sus temores, las frases cortas son de fácil comprensión.</p> <p>3.- El conocimiento sobre la diálisis favorece sensaciones de confianza y tranquilidad, modificando su estilo de vida.</p>

<p>4.- Orientar a la usuaria sobre su temor y sus repercusiones.</p> <ul style="list-style-type: none">❖ A través de una plática se instruyo a la usuaria sobre las repercusiones que acarrea. <p>5.-Proporcionar información adecuada a la familia sobre la situación de la paciente empleando siempre un lenguaje la cual ellos entiendan.</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Se dio una plática a la familia sobre la situación de la usuaria y se pidió el apoyo para que la acompañarán a realizar los ejercicios. <p>6.-Establecer contactos frecuentes y sólidos: pedir a los familiares y amigos que permanezcan con ella.</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Se realizaron visitas domiciliarias con familiares, amigos y vecinos cercanos a ella, explicando la situación en el que se encontraba la usuaria, pidiendo el apoyo para disponer de un tiempo libre para visitarla y dialogar.	<p>4.-La educación disminuye el temor al proporcionar información adecuada al cliente</p> <p>5.-El lenguaje en el que hablemos es importante ya que de ello depende comprender y así ayudemos al paciente a mitigar sus temores.</p> <p>6.-La participación de la familia disminuirá los sentimientos de desapego para ayudar a la recuperación del paciente.</p>
<p><u>Evaluación del Plan de cuidados:</u> Maria ha logrado disminuir su temor ya que expreso sus miedos, y refiere practicar los ejercicios de respiración y caminatas cada tercer día, por las tardes durante 30 minutos, expresando que con las platicas y dibujos sobre el funcionamiento de la diálisis peritoneal ha aumentado su enseñanza y se siente mas tranquila, al igual que su familia verbalizo que la confianza es la fuente principal para poder expresar lo que una persona siente. Logrando también que sus vecinos y amigos se acercarán a ella y dialogarán.</p>	

DIAGNOSTICO # 3

Plan de cuidados de Enfermería (Necesidad de descanso y sueño)	
<p>Diagnostico de enfermería: Alteración del patrón de sueño relacionado con preocupaciones manifestado por sueño interrumpido, dificultad para conciliar el sueño y facies de cansancio</p> <p>Objetivo general: La usuaria recupera su patrón de sueño habitual.</p>	<p>Datos Generales y significativos:</p> <p>-Refiere despertarse 2 a 3 ocasiones por la noche. –muestra facies de cansancio</p> <p>-Dificultad para conciliar el sueño</p> <p>Resultado esperado: El paciente manifieste dormir y descansar durante todas las noches.</p>
<p>Intervenciones y acciones específicas</p> <p>1.-Conjuntamente identificar los factores que alteran su patrón de sueño.</p> <ul style="list-style-type: none">❖ A través de una charla se identifico conjuntamente los factores que alteran el sueño. <p>2.-Explicar a la familia los factores que alteración del sueño, el reposo y las posibles maneras de evitar o minimizarlas.</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Con la ayuda de rota folios se instruyo la familia sobre los factores que alteran el sueño y las posibles maneras de minimizarlas, realizando un ejercicio para su entendimiento. <p>3.-Enseñar a la usuaria las medidas adecuadas para inducir el sueño por medio de técnicas de relajación, masaje, música, ejercicios ligeros y una infusión caliente.</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Se explico la importancia de las medidas adecuadas para inducir el sueño, posteriormente con la ayuda de de la familia se practicaron las técnicas de relajación, masajes, y ejercicios ligeros para facilitar su enseñanza.	<p>Fundamentacion científica de las acciones.</p> <p>1.-El identificar los factores que alteran el sueño ayuda a que la usuaria tenga conocimiento de los mismos y permite poner en práctica modificaciones en su estilo de vida.</p> <p>2.-La familia es importante ya que es un medio para que apoyen al la usuaria.</p> <p>3.-Las técnicas de relajación es un estado en el que el cuerpo se torna menos rígido y tenso, es necesario para poder reposar, además que propicia el sueño, si se logra alcanzar la relajación, aun durante los periodos breves o largos del día ello puede bastar para restaurar los recursos mentales y físicos del usuario.</p>

<p>4.- Aconsejar que no permanezca en cama, cuando despierte, si no que se levante y realice alguna actividad ligera hasta que vuelva a sentir sueño.</p> <ul style="list-style-type: none">❖ De acuerdo a su agrado se adoptaron actividades previas para inducir el sueño como: escuchar música antes de dormir, ver la televisión y masajes, aconsejándolos que los lleve a cabo cada vez que no pueda dormir. <p>5.-Evitar toda actividad vigorosa e ingerir alimentos por lo menos una hora antes de acostarse.</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Se sugirió no consumir alimentos antes de acostarse explicando que es un factor que altera el sueño. <p>6.-Mantener un horario constante para despertar, dormir, descansar evitar las siestas durante el día.</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Se estableció un horario para dormir que fue de 9:00 PM a 7:30 AM y la hora de descanso después de cada sesión de diálisis.	<p>4.-Las actividades que se realizan ayudan a conciliar el sueño, ya que el sueño es un estado de reposo físico, que se caracteriza por la sucesión rítmica de los cambios hormonales, metabólicos y de temperatura, imprescindibles para el buen funcionamiento del cuerpo humano durante el día a si como la importancia de recuperar las energías perdidas durante el día.</p> <p>5.-Las actividades justo antes de dormirse estimula e impide el sueño.</p> <p>6.- Por medio del horario se lleva a cabo una buena secuencia para lograr un buen descanso, ya que dormir en exceso produce un sueño fragmentado y superficial y las siestas durante el día inhiben el sueño durante las noches.</p>
<p><u>Evaluación del Plan de cuidados:</u> La usuaria logro identificar los factores que alteran el sueño, estableciendo un horario para dormir que es a las 10 de la noche y descansa después de sus sesiones de diálisis durante el día, al igual identifico las técnicas de relajación llevándolas a cabo como una rutina de su vida cotidiana, mencionando que escucha música antes de dormir, así como pedir ayuda a un familiar para que le proporcione un masaje y evita consumir alimentos antes de acostarse, manifestando sentirse a gusto y que ha mejorado.</p>	

DIAGNOSTICO # 4

Plan de cuidados de Enfermería (Necesidad de vestirse adecuadamente)

Diagnostico de enfermería: Déficit de auto cuidado relacionado con costumbres y falta de motivación manifestado por aseo corporal, cambio de ropa y lavado de dientes cada tercer día.
Objetivo general: La usuaria cambia sus hábitos de higiene personal.

Intervenciones y acciones específicas
1.- Explicar a la usuaria la importancia de la higiene personal, y sus beneficios.
❖ Mediante un rota folio e ilustraciones se explico a la usuaria la importancia de la higiene personal.
2.- Fomentar y motivar a la usuaria del aseo corporal y cambio de ropa diaria
❖ A través de una plática se hizo hincapié y motivo acerca del aseo personal diario.
3.-Establecer conjuntamente un plan de actividades de auto-cuidado, ejemplo, horarios de baño y cambio de ropa.
❖ Conjuntamente se estableció un horario de actividades de higiene personal, plasmándolo en una cartulina para llevarlos a cabo y el horario fue a las 2:00 horas PM para su aseo personal y el lavado de dientes después de consumir alimentos diariamente.

Datos Generales y significativos.
-No le da importancia en su forma de vestir se observa desaliñada, uñas largas, vestimenta desaseada.
Resultado esperado: la usuaria cambie sus hábitos de higiene y exprese sentirse bien.

Fundamentacion científica de las acciones.
1.- El conocimiento es básico ya que aumenta la utilización de medidas higiénicas para sentirse bien y evitar problemas de auto-imagen.
2.-Por medio del baño permite eliminar residuos propios que por naturaleza el cuerpo transpira y los que se adhiere a nuestro cuerpo al contacto con el medio ambiente y con el cambio de ropa diario, esto en conjunto hace que la usuaria se sienta relajada y con energías.
3.- La autonomía para realizar las actividades propias mantiene la capacidad funcional y la autoestima.

<p>4.- Aconsejar y enseñar la técnica del cepillado de dientes y que lo realice por lo menos dos veces al día.</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Con la ayuda de una placa dental y un sepillo dental se explico la técnica correcta del cepillado dental, así como sus ventajas. <p>5.- Enseñar a la usuaria las alternativas solución en caso de no contar con recursos de pasta dental.</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Se sugirió a la usuaria que en caso de no contar con pasta dental, puede utilizar bicarbonato de sodio o jabón, siendo de costo económico. <p>6.-Orientar sobre la higiene bucal después de consumir cada alimento.</p> <ul style="list-style-type: none">❖ En una sesión se explico la importancia del lavado de dientes. <p>7.-Canalizarla al centro de salud de la comunidad para revisión dental.</p> <ul style="list-style-type: none">❖ A través de un dialogo con el personal de salud (odontólogo) se canalizo a la usuaria para la revisión dental.	<p>4.-La técnica adecuada de cepillado de dientes es fundamental para evitar la caries dental ya que se eliminan partículas de alimentos que pueden albergar bacterias, además estimula la circulación por las encías y mantiene su dureza.</p> <p>5.-el bicarbonato de sodio y el jabón son unas alternativas de solución para el lavado de dientes.</p> <p>6.-El cuidado bucal antes de cada comida, elimina la exudación y estima el apetito y después de las comida y antes de dormir elimina restos de alimentos y previene infecciones dentales.</p> <p>7.-Acudir periódicamente a revisión dental ayuda a mantener los dientes en mejores condiciones y el estado en el que se encuentran.</p>
<p>Evaluación del Plan de cuidados: por medio de pláticas la usuaria comprendió la importancia de la higiene para favorecer el estado de salud y conjuntamente se elaboro un plan de rutina diaria para asearse y cepillarse los dientes después de cada comida, expresando que sentirse relajada y con más energías. Lográndose también canalizar a la usuaria para la revisión dental gracias a que mostraron interés por parte de ella y del personal de salud. Realizando visitas domiciliarias para su evaluación, observándose que poco a poco ha ido mejorando la situación por lo que se sigue dando el seguimiento.</p>	

DIAGNOSTICO # 5

Plan de cuidados de Enfermería (necesidad de Participar en actividades recreativas)

Diagnostico de enfermería: Déficit de actividades recreativas relacionado con tratamiento prolongado manifestado por aburrimiento y deseos de realizarla lo que le gusta.

Objetivo general: La usuaria participa en actividades adecuadas a su edad y situación.

Datos Generales y significativos.

- Deseos de realizar lo que le gusta.
- Refiere aburrirse.

Resultado esperado: Con las actividades realizadas la paciente se sienta a gusto, y se de cuenta que con el tratamiento que lleva, no es un motivo para dejar de realizar lo que le gusta.

Intervenciones y acciones específicas

1.-Identificar conjuntamente gustos y áreas de interés, así como recursos económicos.

- ❖ Conjuntamente se identificaron y se elaboro una lista de las áreas de interés de acuerdo a su interés y a los recursos disponibles.

2.-Programar paseos frecuentes y cortos

- ❖ De acuerdo a la lista de áreas de interés se estableció una programación de paseos para su distracción, llevándolos acabo los fines de semana (sábados y domingos), a las 12:30 PM.

3.-Confeccionar un listado de actividades entre los que pueda elegir de acuerdo a su preferencia y capacidades,

- ❖ A través de un listado de actividades se eligieron actividades de su agrado como realizar quehaceres propios del hogar, y aconsejarla de que se inscriba a un curso de costura.

Fundamentacion científica de las acciones.

1.-identificar sus gustos y áreas de interés de la usuaria nos permite valorar y elegir actividades para su distracción.

2.-Los paseos es un estimulo de distracción para el usuaria

3.-Tener una programación de actividades proporciona una mejoría en el estado de ánimo del paciente y de cierta forma a su economía.

4.-Evaluar conjuntamente y periódicamente la adecuación de actividades elegidas y el grado de distracción y placer que proporcione, modificarlas, complementarlas de acuerdo con los resultados.

- ❖ En una sesión se pregunto a la usuaria como se sentía y si deseaba modificar alguna actividad refiriendo no aburrirse y sentirse bien.

4.-La evaluación de los planes de intervención permite determinar la eficacia de las actividades.

Evaluación del Plan de cuidados: el objetivo que se planteo se logro parcialmente por el tiempo establecido y los recursos económicos, lo cual se realiza conjuntamente un listado de las áreas de preferencia y actividades de acuerdo a su edad, y se realiza un paseos al río con el nombre de Chinapa que esta cercano a la comunidad para distraerse ya que desea acudir a otras áreas pero debido a su economía no es posible y realiza algunas actividades propias del hogar por lo que manifiesta sentirse con mas seguridad y se da cuenta que padecimiento no es un obstáculo para dejar de realizar sus actividades.

DIAGNOSTICO # 6

Plan de cuidados de Enfermería (Necesidad de aprendizaje)

<p>Diagnostico de enfermería: Déficit de conocimiento relacionado con la falta de información acerca de la insuficiencia renal crónica y diálisis peritoneal manifestado verbalmente</p> <p>Objetivo general: La usuaria adquiere los conocimientos y habilidades necesarias para el mejor cuidado de su salud.</p>	<p>Datos Generales y significativos. -No tiene conocimiento sobre su enfermedad</p> <p>Resultado esperado: El paciente manifestará comprender sobre su padecimiento y el estado en el que se encuentra.</p>
<p>Intervenciones y acciones específicas</p> <p>1.-Establecer conjuntamente las necesidades de aprendizaje identificadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ A través de una plática se establecieron las necesidades básicas de aprendizaje para la usuaria y familia. <p>2.-Fijar prioridades y objetivos de aprendizaje, prestando atención y que estos sean realistas y medibles.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Con la ayuda de un cartel se plasmaron los objetivos de aprendizaje, adecuados para la usuaria. <p>3.-Elegir los métodos de enseñanza/aprendizaje más adecuados a las capacidades e intereses de la usuaria y familia.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Se establecieron los métodos de aprendizaje adecuados, a sus capacidades e intereses de la usuaria, utilizando carteles con ilustraciones y videos. <p>4.-Proporcionar información de las complicaciones de su enfermedad, así como de la diálisis.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Se explico a la usuaria y familia el tema de insuficiencia renal y la diálisis peritoneal y sus complicaciones. <p>5.-permitir la formulación de preguntas, así como la expresión de dudas con respecto a su situación.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Posterior a las cesiones sobre su padecimiento y tratamiento se formularon preguntas para la valoración de sus conocimientos. 	<p>Fundamentacion científica de las acciones.</p> <p>1.-La participación activa en las actividades de aprendizaje conserva la independencia y control del cliente.</p> <p>2.-El Proporciona información clara y precisa de su estado patológico a la paciente.</p> <p>3.-El utilizar métodos didácticos adecuados al paciente permite su su fácil comprensión sobre su enfermedad.</p> <p>4.-La información fomenta el seguimiento y la preparación para el mejor cuidado de si mismo.</p> <p>5.-La aclaración de dudas ayuda a comprender y permite la tranquilidad de la usuaria.</p>

Evaluación del Plan de cuidados: el objetivo se alcanzo proporcionándole platicas con rota folios, dibujos y una película, manifestando la usuaria comprender los conocimientos necesarios para los cuidados de su enfermedad y el catéter y poder actuar por si misma.

DIAGNOSTICO # 7

Plan de cuidados de Enfermería (Necesidad de evitar peligros)

Diagnostico de enfermería: Riesgo de infección relacionado con catéter de diálisis peritoneal (peritonitis y/o infección del lugar de introducción del catéter).

Objetivo general: la usuaria se mantiene libre de infección.

Intervenciones y acciones específicas

1.- Instruir a la usuaria y familiares sobre las prácticas asépticas adecuadas para prevenir infecciones.

- ❖ A través de una plática se instruyo a la usuaria y familia la importancia si se realizar una curación adecuada y las complicaciones si no se realizan y se enseñó la técnica de asepsia.

2.- Explicar la importancia del lavado de manos antes de manipular el catéter.

- ❖ Se aconsejo que no olviden realizar el lavado de manos cada vez que manipulen el catéter.

3.- Realizar curaciones diarias en el área de entrada del catéter de diálisis peritoneal continua ambulatoria (CAPD), con técnica aséptica y Mantener en sistema cerrado.

- ❖ Se realizaron curaciones cada tercer día, con la ayuda de isodine y agua estéril.

Datos Generales y significativos.

-Catéter de diálisis peritoneal.

Resultado esperado: la usuaria y familia manifiesten comprender el riesgo y logren mantener una adecuada limpieza.

Fundamentacion científica de las acciones.

1.-Por medio de los conocimientos y las técnicas adecuados, se reduce el riesgo de infección.

2.-El lavado de manos constituye un medio importante para controlar y evitar la transmisión de los microorganismos.

3.-Una limpieza eficaz evita que la colonización bacteriana progrese a infección, el materia de curación utilizada favorece la integridad y limpieza de la piel.

<p>4.- Fomentar la higiene corporal y asegurarse tener un medio ambiente limpio.</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Se hizo hincapié lo importante que es mantener la higiene corporal y ambiental para su salud. <p>5.-Valorar diariamente la presencia de edema, eritema, dolor y drenaje.</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Se valoro la presencia de signos de infección cada tercer día durante las curaciones, capacitando ala familia y usuaria. <p>6.- Valorar los conocimientos de la usuaria y familiares sobre la técnica de asepsia para que lo puedan realizar adecuadamente.</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Posterior a las pláticas se motivo a la usuaria y familia a que realizaran las curaciones y así evaluar sus conocimientos, permitiendo a que expresaran sus dudas. <p>7.- platicar con el personal del centro de salud de la comunidad y la usuaria para que se le proporcione material de curación.</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Conjuntamente a través del dialogo se explico al personal de salud sobre la situación de la usuaria (enfermedad, tratamiento y economía). pidiendo apoyó de material de curación.	<p>4.- La higiene es la fuente principal para evitar que los microorganismos lleguen a la entrada del catéter y se produzca la infección.</p> <p>5.-La valoración nos permite identificar si existe la presencia de infección y la educación as la base para que sigan determinados patrones de conducta que resulten benéficas para la salud.</p> <p>6.-Con los conocimientos adquiridos de las técnicas asépticas correctas, la usuaria y la familia nos dan confianza para que puedan realizar las curaciones.</p> <p>7.-E l material de curación es indispensable para realizar una asepsia adecuada y el apoyo por parte del centro de saluda ayuda en la economizacion de la usuaria.</p>
<p><u>Evaluación del Plan de cuidados:</u> El objetivo se cumplió de manera satisfactoria ya que se le hizo hincapié a la usuaria y a la familia de la importancia de mantener una adecuada técnica de asepsia y la higiene para estar libre de infección y que gracias a su enteres se ha observado los resultados, siendo que se pidió apoyo al (Centro de Salud) de la comunidad para que se le proporcione material de curación cada mes y actualmente se apoya a la usuaria refiriendo que es de gran ayuda para ella.</p>	

IX. CONCLUSIONES

Al haber empleado esta metodología de intervención de Enfermería con una paciente que cursa Insuficiencia Renal Crónica sometida a Diálisis Peritoneal Ambulatoria llevado a cabo en Tafetán Municipio de Tzitzio de Morelia Michoacán, Los objetivos que se plantearon en esta trabajo se lograron parcialmente, sin embargo se logro una mejoría de la señora Maria ya que se requiere mas tiempo para su aplicación, por lo que llegue a la conclusión que este nos da un auge para dar al paciente una atención integral en las diferentes dimensiones como ; físicas, psicológicas, y social a si como espiritual y cultural, además de haber obtenido una satisfacción favorable como Enfermera Profesional ya me ha permitido reflexionar en cada una de las etapas como de la valoración, diagnósticos, planeación, ejecución y evaluación tomando en cuenta que la participación y colaboración en el ámbito laboral va encaminado a brindar y preservar la salud y buscar una mejor manera para que los usuarios puedan salir adelante a si como confiar en nosotros para obtener solución a sus problemas tomando en cuenta al equipo de salud en lo que contribuye a su bienestar.

9.1 SUGERENCIAS

- ❖ Que haya una unificación de criterios para lograr una metodología uniforme en la aplicación del Proceso Enfermero, ya que es importante aplicarlo y sobre todo desarrollarlo en la practica profesional e identificar las necesidades en un paciente ya sea sano o enfermó.

 - ❖ Que el personal de Enfermería siga actualizando para obtener mejores métodos y herramientas para brindar una atención de calidad y lograr mejorar la salud del usuario.

 - ❖ Que las instituciones educativas de Enfermería promueva día a día la aplicación de la metodología de Enfermería (Proceso de Tención de Enfermería, PAE) y así mismo enriquecer los conocimientos.

 - ❖ Que siga siendo una alternativa de solución para la titulación ya sean en el área hospitalaria o en un área rural del pasante de Licenciatura en Enfermería
-
-

X. GLOSARIO DE TERMINOS

ANOREXIA: Ausencia o disminución del apatito.

ANURIA: Incapacidad para orinar, interrupción de orina o producción de un volumen inferior a 100-250 ml por día.

ARRITMIA: Alteración del ritmo cardiaco.

ATEROESCLEROSIS: Deposito de placas de ateromas en la túnica intima.

AZOEZIMA: Presencia de urea en la sangre.

CREATININA: Importante producto metabólico que se encuentra en la orina.

DEPURACION: acto en el cual el organismo se desecha.

DEPLECION: Disminución en la cantidad de liquido, especialmente en la sangre o de algún órgano.

DERMATITIS: Inflamación de la piel.

DIALISIS: Proceso de separación de sustancias coloides y cristalinas en solución aprovechando la diferencia en su tasa.

DIALIZADOR: Solución empleado en la diálisis.

DIFUCION: es el paso de partículas a través de una membrana semipermeable.

DPCA: (Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua) sistema de mantenimiento de la diálisis peritoneal en le cual el catéter permanece y permite el drenaje del liquido hacia dentro y hacia fuera de la cavidad peritoneal por la acción de la gravedad.

DISFUNCIÓN: Incapacidad para funcionar con normalidad.

EDEMA: Acumulación abundante de líquido en la tejido celular debido a diversas causas.

EMBOLIA: Obstrucción brusca de un vaso por el cuerpo arrastrado por a corriente sanguínea.

ESTREÑIMIENTO: Dificultad para el paso de las heces o paso incompleto infrecuente de las heces.

FIBROSIS: Formación de un tejido fibroso.

GLOMERULONEFRITIS: enfermedad inflamatoria renal con predominio inicial de los glomérulos.

GRANULOMATOSIS: Formación de granulomas múltiples.

GLOMERULOSCLEROSIS: Enfermedad renal grave en la que pierde la función de los glomérulos de filtración de sangre a medida que los glomérulos son reemplazados por el tejido cicatricial fibroso.

HEMATURIA: Presencia de sangre en la orina.

PERITONITIS: Inflamación del peritoneo caracterizado por los síntomas generales, fiebre, taquicardia, vómitos.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-BRUNER y Cols. "Enfermería Medico Quirúrgica ", Editorial Mc Graw Hill, 10 Edición, Volumen No 2, México D.F, 2005, Pág.
 - 2.-<http://www.archivos de Medicina.com>
 - 3.-IYER P.W y Cols. "Procesos y Diagnósticos de Enfermería", editorial Mc Graw Hill-Interamericana, Tercera Edición, México D.F, 2002, Pág. 9.
 - 4.-MARTIN García Catalina. "Evolución Histórica del Cuidado de Enfermería", editorial Harcourt, México D.F, 2001, Pág. 199-217.
 - 5.-<http://www.vady.mx/~enfermer/sitioflash/proceso/razonamiento critco.html>
 - 6.-DUGAS Witler Bererly "Tratado de Enfermería Practica", editorial Mc Graw-Hill, cuarta edición, revisado, México D.F, 2000, Pág. 284-285.
 - 7.-MOSCARDO P. "Manual de Enfermería" editorial Lexus, edición 2003, Barcelona España, 2003, Pág. 1-3.
 - 8.-<http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>
 - 9.-TOMEY Marriner Ann y Cols. "Modelos y Teorías de Enfermería", quinta edición, Madrid España, 2003, Pág. 65-74.
 - 10.-<http://www.vady.com.mx/virginiahenderson/.com>
 - 11.-VELASCO Maria Luisa y Cols. "Manejo del enfermo crónico y su familia", editorial manual moderno, México D.F, 2001, Pág. 224-233.
 - 12.-TUCKER y Cols. "Normas de cuidados del paciente", editorial Harcourt/océano, Vol. 2, España, 2002, Pág. 31-32.
 - 13.- WILLIAM L Henrich. "Diálisis", Editorial McGRAW-HILL, Segunda Edición, México D.F, 2001, Pág. 603-606.
-
-

14.- VARGAS armando y Cols. "Anatomía, Fisiología e Higiene", publicación cultural, segunda edición, México D.F, 2002, Pág. 2002-207.

15.- HARRISON y Cols. "principios de medicina interna", editorial McGraw-Hill, 15 edición, volumen 2, México D.F, 2003, Pág. 1815-1832.

16.- EVEDAÑO Luis Fernando." Nefrología clínica", editorial medico panamericana, segunda edición, México D.F, 1998, Pág. 289.

17.- HALL Schmidt Word, "Cuidados Intensivos", editorial McGraw-Hill interamericana, segunda edición, volumen 2, México D.F, 2001, PAG 224-233.

BIBLIOGRAFIA

BARRERA Rosales Susana y Cols. "Fundamentos de Enfermería", 3ª Edición, MANUAL MODERNO, 2004.

CARPENITO Juall Lynda. "Diagnostico de Enfermería (aplicaciones a la practica clínica)", editorial Mc Graw-Hill interamericana, 9ª Edición, México D.F, 2002.

CARPENITO Juall Lynda." Diagnostico de enfermería", editorial Mc Graw-Hill interamericana, 5ª Edición, México D.F, 2000.

CARPENITO Juall Lynda. "Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería ", editorial Mc Graw-Hill interamericana, , México D.F, 1994.

MOSBY. "Diccionario de Medicina", 2000.

XII. ANEXOS

XII. ANEXOS

METODOLOGIA EN BASE A LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

Fecha de nacimiento _____ edad _____ sexo _____
Estado civil _____ ocupación _____ teléfono _____
T/A _____ F/C _____ T _____ F/R _____
Coloración de piel normal _____ pálida _____ ictericia _____ otras _____
Edemas SI NO descripción _____
Lesiones SI NO descripción _____
Prurito SI NO descripción _____
Alteración de los sentidos corporales: vista _____ oído _____ olfato _____ gusto _____
Tacto _____
Enfermedades crónico degenerativas _____
Otros padecimientos _____
Secuelas _____
Adicción a: Tabaquismo _____ abuso de alcohol _____ drogas _____

II VALORACION POR NESECIDADES

1.- NECESIDAD DE OXIGENACION

Frecuencia respiratoria _____
Calidad: normal _____ superficial _____ taquipnea _____ hipopnea _____
Ruidos a la auscultación _____ descripción _____
Tos: SI NO características _____
Secreciones: SI NO características _____
Tabaquismo: SI NO otros _____

¿Tiene alguna alergia respiratoria? _____

2.- NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION

Peso_____ talla_____

Dieta habitual: desayuno_____ comida_____ merienda_____ cena_____

Dieta especial_____

Aproximadamente ingesta de líquidos por día:
1lts_____ 2lts_____ 3lts_____

Intolerancia a algún alimento SI NO ¿cual?_____

Características del apetito normal___ disminuido___ nauseas___ vomito_____

Problemas de masticación SI NO usa prótesis dental_____

Problemas de deglución SI NO cual_____

La piel esta hidratada_____ caracteriatsticas_____

Come entre comidas: frecuentes_____ rara vez_____ nunca_____

3.- NECESIDAD DE ELIMINACION

Urinaria: Frecuencia_____

Disuria___ poliuria___ hematuria___ retencion___ incontinencia___ pa;al_____

Color: amarillo claro_____ amarillo oscuro_____ naranja_____ rojo_____

Ha sufrido alguna enfermedad urinaria: SI NO ¿Cuál?_____

Intestinal: Frecuencia_____

Estreñimiento SI NO uso de laxante o rutina_____

Diarrea SI NO uso de astringente_____

Incontinencia SI NO

Problemas de hemorroides_____ sangrado_____ heces negras_____

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Expresión facial: alerta _____ hostil _____ dolor _____ miedo _____
Comportamiento motor: inhibición _____ rigidez _____ flacidez _____
Incoordinación _____ otros _____

Características de la postura _____
Modo de deambular: normal _____ lento _____ acelerado _____ tambaleante _____
otros _____

Limitaciones físicas:
temporales _____ permanentes _____ parciales _____ totales _____
Aparatos de ayuda ¿Cuál? _____

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Horas de sueño nocturno _____ otros _____
descansos _____
Problemas de sueño:
Al inicio _____ interrumpido _____ (No de veces _____) despertar
Temprano _____
Sueño
excesivo _____ pesadillas _____ (tipo _____)
Sensación después de dormir: descanso _____ cansado _____ confuso _____
Otros _____
Factores que alteran el sueño _____
Ayudas para favorecer el sueño: lectura _____ baño _____ fármacos _____
Otros _____

6.- NECESIDAD DE VESTIRSE ADECUADAMENTE

Actualmente ¿es capaz de vestirse por si mismo? SI NO

Con limitaciones_____

Alergias a determinados tejidos_____cuales son_____

Que importancia da a su aspecto: poca_____ bastante_____ mucha_____

Su forma de vestirse es adecuada al lugar, estación y circunstancias SI
NO

Otros datos

interesante_____

7.-NECESIDAD DE TERMOREGULACION

Temperatura corporal: normal_____ hipotermia_____ hipertermia_____

Temperatura_____ actual

Sudoración cutánea: SI NO ¿están fríos sus pies y/o manos? SI NO

Si fuese necesario sería capaz de medirse usted mismo la temperatura
corporal: SI NO

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Hábitos de higiene corporal: baño_____ ducha_____ frecuencia_____

Cepillado de dientes_____ frecuencia_____

Autónomo_____ necesita ayuda: SI NO especificar_____

Descuidado en: cabello_____ dientes_____ uñas_____

Su piel es: seca_____ grasa_____

A notado alguna lesión: (ulcera, edema) descríbalo_____

Sus cabellos son: secos_____ grasos_____ se rompen con facilidad_____

Tiene últimamente tendencia a perder el pelo: SI NO

9.- NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

Niveles de conciencia y actitud frente al entorno:

somnoliento_____ confuso_____ apático_____ hipervigilante_____

distraigo_____ fluctuante_____

No responde a estímulos_____ solo sigue instrucciones_____

Orientación espacio-tiempo-persona

Tiempo: _____ (estación, _____ día, _____ mes, _____ año)

especificar_____

Espacio: (país, provincia, ciudad, recinto, sala) especificar_____

Persona: (reconoce personas significativas) especificar_____

Alteraciones perceptivas:

auditivas_____ tipo_____ visuales_____ tipo_____

táctiles_____ tipo_____ olfativas_____ tipo_____

Localización de la percepción: interna_____

externa_____

Auto descripción de si mismo:

alegre___triste___confiada___desconfiada___timida___inquieta___

Sobre valoración de logros_____exageración de errores

infravaloración_____

Auto evaluación general y competencia personal: positiva___ negativa_____

Sentimientos respecto a ello:

inferioridad___superioridad___culpabilidad___inutilidad___impotencia_____

tristeza___ansiedad___miedo___rabia___depresión___otros_____

Alergias a algunas sustancias o medicamentos: SI NO cuales_____

El estado de esta persona puede constituir un peligro potencial para ella o

para otros_____ especificar_____

Precauciones: mas vigilancia_____poner barandillas_____contención

mecánica_____

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD

Organización del pensamiento-lenguaje:

Contenido: coherente_____ organizado_____ distorsionado_____

Descripción de la alteración_____

Curso del pensamiento:

Inhibido_____ acelerado_____ perseverancia_____

incoherencia_____ desorganizado_____

Formas de expresión:

claro_____ organizado_____ coherente_____ confuso_____ desorganizado_____

incoherente_____ tartamudeo_____ autista_____

Humor:

deprimido_____ euforia_____ ansioso_____ triste_____ fluctuante_____ apático_____

otros_____

Lenguaje:

velocidad_____ rápido_____ lento_____ paroxístico_____

Cantidad: abundante_____ escaso_____ lacónico_____

verborreico_____

Tono y modulación:

alterado_____ hostil_____ tranquilo_____

Vive: solo_____ acompañado_____ lugar que ocupa en la familia_____ rol

Personas más significativas_____ principal confidente_____

Personas con las que se relaciona a diario_____

Su relación es: satisfactoria_____ insatisfactoria_____

indiferente_____

Tiempo que pasa solo y porque_____

Tiempo que pasa con amigos y
compañeros_____

Sexualidad:

Ultima regla_____ anticoncepción SI NO método_____

Cambios percibidos en las relaciones sexuales: SI NO motivos_____

Numero de embarazos_____ realiza auto examen SI NO

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES

Que es lo más importante para usted en la vida_____

Religión_____

¿Desea realizar prácticas religiosas? SI NO ¿visita del capellán? SI NO
en caso de no poder tomar decisiones, que persona le gustaría que lo
hiciera por usted_____

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Su estado de salud le impide hacer lo que le gusta SI NO

Si la respuesta es si explíquese_____

Problemas laborales_____

Tiempo dedicado al trabajo_____ tiempo decaído al ocio_____

Capacidad de decisión: SI NO resolución de problemas SI NO

Grado de incapacidad personal atribuida_____

13.- NECESIDAD DE JUGAR / PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Reserva algún tiempo para divertirse: poco____ mucho____ suficiente_____

Cual es su diversión preferida_____

Perdida de enteres por las actividades recreativas: SI NO

Cambio de habilidades o funciones físicas /
corporales_____.

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Alteración en la memoria: reciente _____ remote _____
Inteligencia general; adaptado al momento _____ retraso en el desarrollo _____

Comportamiento indicativo de interés en el aprendizaje:

pregunta ___ escucha ___ interés ___ desinterés ___ propone alternativas _____

Conoce usted el motivo de su hospitalización _____

Hay algo que usted desearía saber sobre el medio hospitalario en el que se encuentra _____
