

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Facultad de Enfermería

PROCESO

**Proceso de Enfermería con base en el referente filosófico de Virginia
Henderson aplicado a un usuario sometido a Diálisis Peritoneal.**

**Que para obtener el título de:
Licenciado en Enfermería**

**Presenta:
P.L.E. Luis Aguilar Hernández**

**Asesora:
L.E.Q Brenda Martinez Ávila**

Morelia Mich. Febrero de 2008.

DIRECTIVOS:

M.E.M. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA

DIRECTORA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

L.E.D. Ma. DE JESUS RUIZ RECENDIZ

SECRETARIA ACADEMICA

L.E.D. ANA CELIA ANGUIANO MORAN

SECRETARIA ADMINISTRATIVA

JURADO

L.E.Q. BRENDA MARTINEZ AVILA.

PRESIDENTE

DR. HERMILO JUAN MARTINEZ HERNANDEZ.

VOCAL 1.

DR. FERNANADO RAFAEL VILLAFÁN CARO

VOCAL 2.

L.A.E. JULIO CESAR LEYVA RUIZ.

SUPLENTE

CONTENIDO:

I.- INTRODUCCIÓN.....	5
II.- JUSTIFICACIÓN.....	6
III.- OBJETIVOS.....	8
3.1 Objetivo general.	
3.2 Objetivos específicos.	
IV.- METODOLOGÍA.....	9
V.- CASO CLÍNICO.....	10
VI.- MARCO TEÓRICO.....	14
6.1 Proceso de enfermería.....	14
6.2 Modelo de Virginia Henderson	
6.3 Insuficiencia renal/diálisis peritoneo	
VII.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.....	56
7.1 Valoración por necesidades.	
7.2 Diagnósticos de enfermería.	
7.3 Plan de intervenciones.	
7.4 Ejecución.	
7.5 Evaluación.	
VIII.- CONCLUSIONES.....	74
IX.- SUGERENCIAS.....	75
X.- RERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	76
XI.- ANEXOS.....	78

INTRODUCCIÓN

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de enfermería. Este método permite al personal de enfermería prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.¹

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Durante el desarrollo del presente trabajo, se tomó como referencia el modelo de las 14 necesidades descritas por Virginia Henderson, para la aplicación de las cinco etapas del proceso de enfermería a un paciente con diagnóstico médico de insuficiencia renal sometido a diálisis peritoneal; así como la taxonomía de la NANDA (Asociación Norteamericana de Enfermeras) para el diseño de los diagnósticos de enfermería. Posteriormente se elaboró un plan de cuidados que se llevó a cabo durante un mes, para de esta manera, evaluar los logros obtenidos al implementar los cuidados pertinentes.

Lo anterior, se sustentó por un marco teórico en el que se describe el proceso de enfermería, el modelo de Virginia Henderson y el tratamiento al cual está sometido el usuario, es decir, Diálisis peritoneal. El caso clínico se tomó del servicio de medicina interna del Hospital General "Dr. Miguel Silva" de la Ciudad de Morelia, Michoacán.

¹ <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.ht>

JUSTIFICACIÓN:

La progresiva complejidad de la práctica de enfermería en la sociedad moderna ha estimulado en especial a partir del siglo XIX, la elaboración de diversas teorías sobre las cuales se han de cumplir los objetivos globales de esta profesión, así como el establecimiento de pautas que permitan establecer las competencias y funciones propias del personal de enfermería y criterios para evaluar la calidad de la asistencia prestada.

En la actualidad la enfermería como profesión requiere del proceso de enfermería como método de atención al identificar problemas de salud, capacidades, objetivos reales e intervenciones individualizadas para una atención de calidad y holística del usuario, familia y comunidad. Todo lo anterior en conjunto favorece para brindar una óptima satisfaciendo las necesidades que el paciente junto con su familia o comunidad requiere para una pronta recuperación e incorporación a su vida diaria.

El proceso amplía actividades para beneficio del usuario, ya que es una herramienta que dispone el profesional de enfermería para demostrar el interés y responsabilidad dirigida hacia el paciente, tales como los cuidados realizados en los usuarios que están sometidos a este tipo de tratamiento, Diálisis peritoneal.

En México, más de 300,000 personas, es decir, una de cada 1,000 están recibiendo tratamiento para insuficiencia renal crónica terminal (ESRD). El número de personas que reciben este tratamiento en México está creciendo aproximadamente del 5 por ciento al 6 por ciento anualmente. Del millón de personas que se estima que sufren de insuficiencia crónica terminal renal en el mundo y reciben algún tipo de terapia de diálisis, del 10 por ciento al 15 por ciento utilizan la terapia de diálisis.²

² <http://www.latinoamerica.baxter.com/mexico/noticias/2006/extraneal2006.html>

En América Latina la incidencia de IRC por lo dicho anteriormente tiene un amplio rango desde 2.8 -15.8 casos nuevos /por millón de habitantes menores de 15 años. Específicamente los datos por país son los siguientes: Argentina 15.8, Venezuela 12.5, Brasil 6.5, Uruguay 4.4, México 3.5, y Colombia 2.8. Adicionalmente un reporte de Chile muestra una incidencia de 42.5 nuevos casos/ millón de habitantes menores de 18 años de edad.³

En nuestro país, se estima que existen alrededor de 55 mil pacientes en terapia de reemplazo renal, la cuál sustituye parcialmente el trabajo de los riñones limpiando la sangre de toxinas.⁴

A nivel mundial se sabe que la principal causa de ERC (Enfermedad renal crónica) es la diabetes mellitus (33 % de los pacientes que ingresan a TRR (terapia de reemplazo renal), sin embargo el pronóstico de de los pacientes con IRC en terapia dialítica permanece oscuro, ya que su mortalidad es de hasta un 290 % anual con expectativas de vida en diálisis de 7.1 a 11.5 años en pacientes entre los 40 y 44 años de vida y de 2.7 a 3.9 años en pacientes entre los 60 y 64 años , a un altísimo costo (\$16.0 billones de dólares anuales) y que depende igualmente del estado clínico con el que los pacientes inicien la terapia.⁵

Con base a los datos estadísticos, es importante establecer una serie de cuidados que sean específicos para este tipo de usuarios, que permitan brindar una atención más integral favoreciendo de esta manera una pronta recuperación e incorporación a su vida cotidiana.

³ <http://encolombia.com/medicina/pediatria/pediatria35400etiologia.htm>

⁴ <http://www.mx.terra.com/salud/interna>

⁵ www.scielo.org.co/pdf/amc/v31n1/v31n1a3.pdf -

OBJETIVO GENERAL

Durante el transcurso de la aplicación del proceso de enfermería al usuario se le ayudará a mantener, establecer y mejorar la calidad de vida; así como también la satisfacción de sus necesidades de una forma más independiente

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Lograr que el usuario comprenda y coopere en la realización del proceso de enfermería, y de esta manera obtener un logro mayor en los objetivos planteados.
- ✓ Lograr en el usuario la suficiente confianza para que exteriorice sus emociones, dudas y preocupaciones acerca del tratamiento que recibe.
- ✓ Contribuir en el cuidado del catéter mediante la aplicación de técnicas correctas, para evitar complicaciones por el uso inadecuado.
- ✓ Favorecer el conocimiento suficiente para que uno de los familiares pueda llevar acabo la administración del tratamiento en casa cuando se requiera.

METODOLOGÍA:

Antes de iniciar con la elaboración del trabajo se llevó a cabo una revisión bibliográfica acerca del tema a tratar, Diálisis peritoneal para la elaboración del marco teórico acerca, del concepto, técnicas, composición del líquido empleado para llevar a cabo la diálisis, materiales empleados, complicaciones, etc. Así mismo, se revisaron las etapas de las que consta el proceso de enfermería.

Para la realización del presente trabajo se aplicó una guía de valoración de acuerdo a los criterios establecidos por la teórica Virginia Henderson en sus 14 necesidades básicas del desarrollo humano, las cuales son:

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

Para la recolección de los datos se llevó a cabo una entrevista para identificar las respuestas humanas alteradas, y poder establecer planes de cuidados de cada uno de ellos.

CASO CLÍNICO:

Daniel, de 46 años de edad, peso de 68 kilogramos, talla 162 centímetros, con fecha de nacimiento el día 21 de febrero de 1961, desempleado, estudió hasta quinto grado de primaria, procedente y residente del municipio de Charo, Michoacán, vive con su esposa, en casa de madera, techo de lámina, con todos los servicios intradomiciliarios; considera a su esposa como miembro significativo de la familia aparte de su papá y hermanos.

Ingresa al servicio de medicina interna el día 20 del presente mes y año, para instalación de catéter peritoneal por insuficiencia renal crónica. Presenta disnea debido a agotamiento al caminar, tos seca desde su ingreso con presencia de sibilancias, no se escuchan estertores, sin presentar dolor al respirar, antecedente de tabaquismo de 20 años, menciona que no fuma desde hace trece años; signos vitales: T/A 130/90 mmHg, F.C. 72 X', F.R. 18 X', Temperatura de 36.8 °C, Glucosa: 175 mg/dL, Urea: 56 mg/dL, BUN: 66mg/dL, Creatinina: 9.80 mg/dL, IMC 25.9; se encuentra conciente, piel y lechos ungueales poco hidratados con buen retorno venoso.

Dieta habitual consistente en cereales, verduras, leguminosas y carnes en raras ocasiones, realiza 1- 2 comidas al día, pobres en cantidad, manifiesta tener intolerancia a la lactosa, y con los cítricos presenta diarrea; no tiene patrones de ejercicio establecidos, piel de características escamosas, reseca, uñas y pelo con apariencias normales, piezas dentales completas y encías hiperémicas.

En cuanto a sus patrones de eliminación evacúa de 2-3 veces al día, heces blandas y orina de concentración normal, no utiliza laxantes para poder evacuar, abdomen blando con dolor a la palpación, presencia de herida quirúrgica e inserción de catéter de Tenckhoff en flanco izquierdo, presencia de ruidos peristálticos, no presenta dolor al realizar palpación de la vejiga urinaria.

El usuario manifiesta adaptarse bien a los cambios climáticos, no realiza ningún tipo de ejercicio físico, transpiración normal, mantiene una temperatura corporal de 36.8 °C, se encuentra cubierto hasta la mitad de su cuerpo.

A la observación el usuario manifiesta dificultad para caminar, motivo por el cual se apoya de un bastón y en ocasiones de su esposa, refiere fatigarse mucho, actualmente se encuentra recostado en su cama, se observa también debilidad muscular en sus ratos libres escucha música por la radio, emocionalmente se encuentra apático, preocupado por sus condiciones de salud posteriores a su alta médica.

Su horario de descanso es por las tardes el cual tiene una duración de 2-3 horas, siestas de 1 hora y durante la noche duerme 8 horas aproximadamente y refiere sentirse descansado, por lo que no requiere ayuda para poder conciliar el sueño, se expresa con un poco de dificultad debido a la tos que presenta llegando a ser en ocasiones confuso, durante el desarrollo de la entrevista se observa atento, en general responde a estímulos.

Referente a las prendas de vestir, utiliza vestimenta completa, limpia, no influye su estado de ánimo para llevar a cabo la selección de sus prendas de vestir,

Realiza aseo corporal cada tercer día, en ocasiones cada cuatro días, lo lleva a cabo durante las tardes, aseo bucal una vez al día, se lava las manos antes y después de comer, así como también después de eliminar, mismas que no influye sus creencias religiosas.

En lo que respecta a su estado general se encuentra descuidado presenta barba y bigote abundante, olor corporal a sudor, presencia de halitosis, no se ha bañado desde hace cuatro días.

Su familia está conformada de dos hijos y su esposa, de los cuales se encuentran laborando en Estados Unidos, por lo que sólo vive con su esposa, en cuanto se presentan situaciones de peligro o emergencia acude con su esposa en primera instancia y en ocasiones con sus hermanos o vecinos,

conoce algunas medidas de prevención de accidentes dentro de su hogar, cuando se siente con demasiada tensión pasa un tiempo solo y en ocasiones ingiere bebida alcohólicas, llegando a la embriaguez; no realiza controles de salud, menciona que debido a la falta de recursos económicos para llevarlos a cabo, no presenta malformaciones congénitas aparentes, las condiciones de su hogar las considera buenas.

Se encuentra casado desde hace 20 años, vive solo con su esposa, manifiesta sentirse preocupado por las condiciones de su salud y sus posibles limitaciones posteriores a su alta médica, en raras ocasiones platica sus problemas con su esposa o a sus hermanos, pasa en promedio de 2-3 horas solo.

Conforme avanza la entrevista se le escucha afónico y un poco agitado y sentirse incómodo porque no puede ver bien, no tiene dificultad auditiva, lleva a cabo comunicación verbal y no verbal.

Profesa la religión católica, aunque no asiste de manera regular, misma que no le genera conflictos personales ni de ninguna otra índole, dentro de su familia los principales valores se encuentra el respeto, la honestidad, de los cuales considera importantes también para su persona, es congruente con su forma y manera de pensar y de vivir, conserva imágenes religiosas a su alrededor, permite el contacto físico.

Actualmente no trabaja, aunque lo hace de manera eventual, lo cual no le permite cubrir todas las necesidades básicas personales y las de su familia, motivo por el cual se encuentra preocupado por las limitaciones que pueda presentar posterior a su alta médica.

Manifiesta que hace varios años no realiza alguna actividad recreativa, lo único que hace en ocasiones es salir a caminar con su esposa, y escuchar música, en su comunidad existen recursos e infraestructura para llevar a cabo actividades de recreación pero no asiste, y tampoco ha participado en dichas

actividades; a la observación se encuentra apático y manifiesta sentirse muy débil.

Como ya se hizo referencia, Daniel estudió hasta el quinto año de primaria, no tiene problemas de aprendizaje, ni limitaciones cognitivas que le impidan aprender, sabe leer y escribir poco, conoce las fuentes de apoyo e incluso refiere que hace dos años iba al grupo de educación para adultos (INEA) de su localidad pero dejó de ir, muestra interés por el cuidado de su salud para no ser una carga para su esposa ya que es la única persona con la que cuenta, se encuentra conciente, ansioso, tiene un poco de dificultad para escuchar, recuerda algunas anécdotas de su vida reciente y pasada.

No conoce con certeza en qué consiste su enfermedad ni su tratamiento.

MARCO TEÓRICO:

EL PROCESO DE ENFERMERÍA.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Enfermería. Este método permite a las enfermeras (os) prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el proceso configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen.⁶

- Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
- Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

VALORACIÓN

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra

⁶ <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.ht>

persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.⁷

Tipos de datos a recoger:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

Los tipos de datos:

- ❖ **Datos subjetivos:** No se pueden medir y son propios del usuario, lo que la persona siente o percibe. Solamente el afectado lo describe y lo verifica.
- ❖ **Datos objetivos:** son aquellos que se pueden medir por cualquier escala o instrumento. (T/A, FC, FR, TEMP).
- ❖ **Datos históricos:** Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprende las hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.) nos ayudan a referenciar hechos en el tiempo.
- ❖ **Datos actuales:** son datos sobre el problema de salud actual

MÉTODOS PARA OBTENER DATOS

A) Entrevista Clínica

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

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

⁷ RODRIGUEZ S. Bertha Alicia Proceso Enfermero Aplicación Actual Edit Cuellar 2ª edición.

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

B) La observación

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

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa. Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

C) La exploración física

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

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

VALIDACIÓN DE DATOS

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Esto es lo que debemos asegurarnos de que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones.

Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc.

Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS:

Es el cuarto paso en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas, o por patrones funcionales, etc.

La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información. Estas categorías ya las hemos visto en el apartado de examen físico y como habíamos apuntado, para el establecimiento de la agrupación, se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada centro asistencial, etc.

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

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

FASE DE DIAGNÓSTICO:

Según se utilice el proceso de 4 fases o el de 5 es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo.

Un diagnóstico enfermero es un enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud y los problemas del paciente, ya que pueden ser modificados por la intervención de la enfermera (o). Deriva de una inferencia de datos confirmados por la valoración y de las percepciones, sigue una investigación cuidadosa de los datos y conduce a una decisión o a una investigación.⁸

En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

TIPOS DE DIAGNÓSTICOS:

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

- Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen. El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnostico de Enfermería real. 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

⁸ GRIFFITH Janet W. y CRUSTENSEN Paula J. proceso de atención enfermero, aplicación de teorías, guías y modelos. Edit Manual Moderno México D.F. 1993

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).

DIRECTRICES PARA LA ELABORACIÓN DE 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.

DIFERENCIAS ENTRE UN DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA Y UN DIAGNÓSTICO MÉDICO.

Diagnóstico de Enfermería

- Describe una respuesta humana a los problemas de salud.
- Se modifica con el cambio de las reacciones del sujeto de atención.
- Es tratado por la enfermera (o) en el entorno de la práctica de enfermería.
- La mayoría de las veces tiene que ver con el auto percepción del sujeto de atención.
- Puede aplicarse a alteraciones de individuos o colectivos.

Diagnóstico médico

- Describe una situación patológica de la enfermedad.
- Se mantiene en tanto la enfermedad está presente.
- Es tratado por el médico en el entorno de la práctica médica.
- La mayoría de las veces tiene que ver con los cambios fisiopatológicos.
- Se aplica solamente a las enfermedades de individuos o colectivos.

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero.

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas.

Etapas en el Plan de Cuidados

- **Establecer prioridades en los cuidados.** Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- **Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados.** Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.
- **Elaboración de las actuaciones de enfermería,** esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.
 - Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.
 - Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.
 - Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de

situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

PLANTEAMIENTO DE LOS OBJETIVOS:

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

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

Existen dos tipos de objetivos:

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

Lineamientos para la redacción de metas y objetivos:

1. Las metas y los objetivos están centrados en el paciente y reflejan reciprocidad.
2. Las metas son apropiadas a su respectivo diagnóstico y los objetivos son apropiados a su respectiva meta.
3. Las metas y los objetivos son realistas, reflejando las capacidades y limitaciones del paciente.
4. Las metas incluyen indicadores amplios o abstractos de desempeño.
5. Los objetivos incluyen los indicadores específicos del desempeño.
6. Los objetivos son numerados en la secuencia apropiada para alcanzar la meta.

ACTUACIONES DE ENFERMERÍA:

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir,

las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema (Iyer 1989).

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

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

Vamos a ver ahora el tipo de actividades de enfermería, Iyer (1989).

- Dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica
- Interdependientes: Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.
- Independientes: Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

Lineamientos para redactar planes de intervención:

1. El plan está fechado y tiene la firma de la enfermera responsable.
2. Las estrategias de implementación y las órdenes de enfermería son apropiadas a sus objetivos respectivos.

3. Los planes se redactan en términos del paciente y las acciones de enfermería suficientes para lograr las metas y objetivos.
4. Los planes de atención de enfermería se expresan en términos específicos, dando dirección a la conducta de la enfermera y del paciente.
5. El plan incluye aspectos preventivos, de fomento y de rehabilitación.
6. El plan de atención de enfermería incluye la colaboración y la coordinación de actividades.
7. Los planes son ordenados en una secuencia apropiada basada en la prioridad.
8. El plan incorpora la autonomía y la individualidad del paciente.
9. Los planes se mantienen al corriente, revisan e incluyen planes alternos cuando está indicado.
10. Los planes para el futuro del paciente también se incluyen.

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 enfermeras:

- 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.

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

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.

EVALUACIÓN:

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.

VIRGINIA HENDERSON.

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

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

Los elementos más importantes de su teoría son:

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

Las necesidades humanas básicas según Henderson son:

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

11º - Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.

12º - Trabajar de forma que permita sentirse realizado.

13º - Participar en todas las formas de recreación y ocio.

14º - Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

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

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

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

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

- **Permanentes:** edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.
- **Variables:** estados patológicos :

- Falta aguda de oxígeno.
- Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
- Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
- Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
- Estados febriles agudos debidos a toda causa.
- Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
- Una enfermedad transmisible.
- Estado preoperatorio.
- Estado postoperatorio
- Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.
- Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

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

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

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

Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería:

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

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

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

Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

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

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

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

Principales supuestos:

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

Enfermería

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

√ La enfermera forma parte del equipo de salud.

√ El trabajo de la enfermera es independiente del trabajo del médico, pero debe colaborar con él cuando este atiende al paciente. (Por ejemplo, Henderson recalcó que la comadrona puede y debe trabajar independientemente si es la profesional sanitaria mejor preparada en una

situación determinada. La enfermera puede y debe diagnosticar y tratar al individuo si la situación lo requiere.

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

√ La enfermera puede evaluar las necesidades humanas básicas.

√ Los 14 elementos del cuidado incluyen todas las funciones posibles de la enfermera.

Persona (paciente)

- La persona debe mantener el equilibrio emocional y fisiológico.
- La mente y el cuerpo de una persona son inseparables.
- El paciente requiere ayuda para conseguir su independencia.
- El paciente y su familia son una unidad.
- Las necesidades del paciente están representadas en los 14 elementos del cuidado enfermero.

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

- a. Los individuos sanos son capaces de controlar el entorno, pero la enfermedad puede afectar esta capacidad.
- b. Las enfermeras deben recibir enseñanzas sobre seguridad.
- c. Las enfermeras deben proteger a los pacientes de las lesiones mecánicas.

- d. Las enfermeras deben reducir al máximo las posibilidades de lesiones estableciendo recomendaciones sobre construcción de edificios y compra y mantenimiento de equipos.
- e. Los médicos utilizan las observaciones y opiniones de las enfermeras como base para las prescripciones sobre dispositivos de protección.
- f. Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para evaluar los peligros que pueden derivarse de estas.⁹

⁹ MARRINER Tomey Ann, MARTHA Raile Alligood Modelos y Teorías en Enfermería. Edit Mosby, 5ª edición.

DIÁLISIS

La diálisis es un tratamiento que realiza las funciones naturales de los riñones cuando fallan (insuficiencia renal) . La mayoría de los pacientes comienzan la diálisis cuando sus riñones han perdido su capacidad de funcionar en un 85% o 90% y continuarán la diálisis por el resto de su vida; esto se denomina fase final de la enfermedad renal (ESRD) . La fase final de la enfermedad renal (ESRD por sus siglas en inglés) puede ser ocasionada por una variedad de condiciones que pueden dañar la función del riñón, incluyendo la diabetes, cáncer renal , uso de drogas, presión arterial alta u otros problemas de los riñones. La diálisis no es una cura para la ESRD, pero le ayuda a sentirse mejor y vivir más tiempo.

DIÁLISIS PERITONEAL

La diálisis peritoneal es un método de depuración sanguínea extrarrenal de solutos y toxinas. Está basada en el hecho fisiológico de que el peritoneo es una membrana vascularizada semipermeable, que mediante mecanismos de transporte osmótico y difusivo, permite pasar agua y distintos solutos desde los capilares sanguíneos peritoneales al líquido dializado.

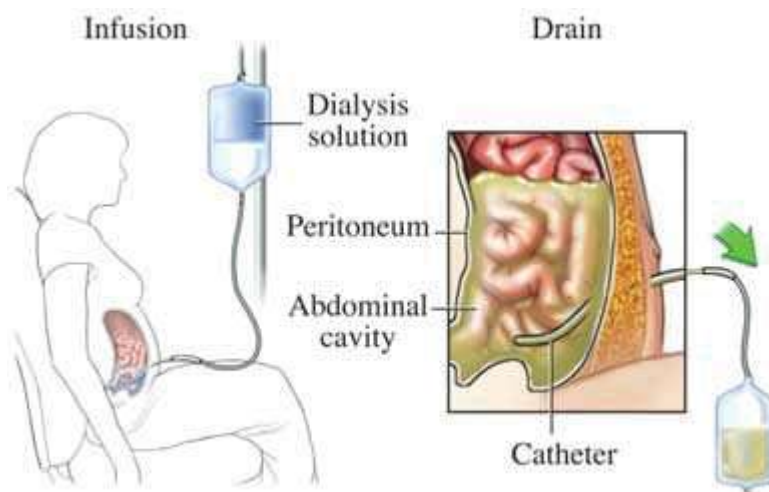
Las sustancias que atraviesan la membrana peritoneal son las de pequeño peso molecular: urea, potasio, cloro, fosfatos, bicarbonato, calcio, magnesio, creatinina, ácido úrico. Las sustancias de peso molecular elevado no consiguen atravesar el peritoneo.

Utilizando estos principios fisiológicos, la diálisis lo que hace es infundir en la cavidad peritoneal un líquido dializante de composición similar al líquido extracelular, y dejándolo un tiempo en el interior del peritoneo.

Si se desea eliminar más volumen de agua del paciente, se añade glucosa a la solución de diálisis, y esta diferencia de osmolaridad entre el plasma y el líquido producirá ultrafiltrado.

La eficacia de este método puede verse afectada cuando existan cambios en la permeabilidad de la membrana peritoneal (ej.: infección, irritación), o disminución del flujo sanguíneo peritoneal o alteración del flujo sanguíneo capilar (ej.: vasoconstricción, vasculopatías).

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



Esquema de diálisis peritoneal.

TIPOS DE DIÁLISIS

La diálisis peritoneal la podemos dividir en dos grandes grupos: diálisis peritoneal aguda, que se utiliza para solucionar situaciones de urgencia que en principio no tienen riesgo de volverse crónica, y diálisis peritoneal crónica, que se utiliza en la insuficiencia renal crónica.

Estos éste último grupo lo podemos dividir en otros dos tipos de diálisis peritoneal: diálisis peritoneal ambulatoria continua (DPAC) y diálisis peritoneal en ciclos continuos (DPCC).

A. Diálisis Peritoneal Intermitente o Aguda (DPI o DPA):

- Es realizada por una enfermera en una unidad de cuidados intensivos generalmente.
- La duración óptima de este tratamiento es de 48-72 horas, ya que se debe usar en procesos agudos que esperamos solucionar con esta técnica.
- Se individualizan los líquidos de diálisis y los tiempos de permanencia y drenado.
- Se puede realizar de forma manual o con un aparato de ciclos. La máquina de ciclos controla de forma automática los tiempos de permanencia, y tiene una serie de alarmas.

B. Diálisis Peritoneal Crónica: puede realizarse en un centro de día hospitalario o en el domicilio.

C. Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua (DPAC)

- Se utiliza con pacientes no hospitalizados.
- La puede realizar el propio paciente, y tiene una duración de 7 días, durante las 24 horas.
- Consiste en infundir líquido de 3-5 veces al día, y permanecerá en el interior de la cavidad peritoneal de 4 a 8 horas. Además, suele haber un pase nocturno de mayor duración que el resto. Se utilizan bolsas y tubos desechables en cada drenaje, y la infusión y drenado se realizan de forma manual, aprovechando la fuerza de la gravedad.

INDICACIONES

La diálisis peritoneal puede utilizarse principalmente en situaciones de insuficiencia renal, de origen primario o secundario (Ej.: cirugía cardíaca) y en otras situaciones.

- ┆ Insuficiencia renal aguda con oliguria (diuresis menor de 0,5 cc/kg/h), que no responde a diuréticos y que puede ir acompañada de balance positivo con:
 - ┆ hipervolemia
 - ┆ hipertensión
 - ┆ insuficiencia cardíaca
 - ┆ derrame pleural
 - ┆ anasarca

- ┆ Alteraciones electrolíticas y del pH sanguíneo producidas o no por una insuficiencia renal aguda:
 - ┆ acidosis metabólica severa
 - ┆ hiperpotasemia, hipernatremia, hipercalcemia
 - ┆ nitrógeno ureico elevado
 - ┆ encefalopatía urémica (acompañada de estupor, coma o convulsiones).

- ┆ Síndrome hemolítico-urémico
- ┆ Hipotermia severa

CONTRAINDICACIONES.

No hay contraindicaciones absolutas, pero se valorará especialmente su elección en caso de:

- ┆ Alteraciones en la integridad de la pared (onfalocele, gastroquisis)
- ┆ Hernia diafragmática o cirugía del diafragma o fístula pleuro-peritoneal o intraperitoneal.

- ┆ Cirugía abdominal reciente
- ┆ Infección o celulitis de la pared abdominal
- ┆ Peritonitis
- ┆ Hemorragia intraperitoneal severa
- ┆ Intoxicación masiva o catabolismo rápido (no recomendable porque la diálisis actúa de forma más lenta)
- ┆ Pacientes en shock

PROCEDIMIENTO

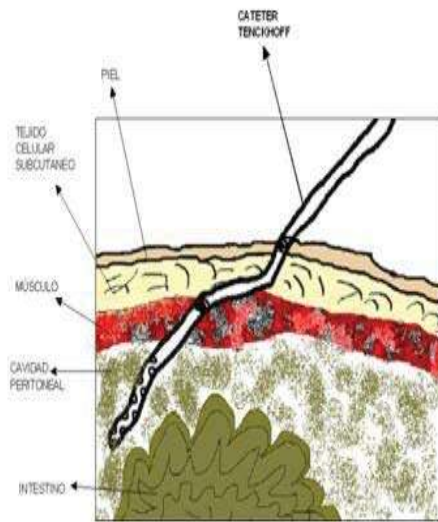
INSERCIÓN DEL CATETER

El éxito de la técnica muchas veces dependerá de la adecuada colocación del catéter en el peritoneo. La colocación tunelizada más habitual es en hipocondrio derecho, con un trayecto tunelizado que atraviesa el peritoneo hasta llegar al hemiabdomen inferior izquierdo. Cuando el catéter no es tunelizado, se localiza el punto de inserción en la línea media, aproximadamente 2 cms por debajo del ombligo, excepto en lactantes de menos de 4 meses, en los que evitaremos este lugar (especialmente en recién nacidos por riesgo a pinchar arterias umbilicales o uraco permeable) y se colocará en la línea que une el ombligo con la espina iliaca anterosuperior izquierda, en el tercio interno o medio, a 2 cms por encima del ombligo.

TIPOS DE CATÉTERES.

El catéter de diálisis peritoneal moderno fue creado por Palmer y Quinton, y remodelado en 1968 por Tenckhoff y Schecter. Es un tubo de silicona con múltiples orificios distales, y que puede terminar de forma recta o enroscada. Su función es comunicar la cavidad peritoneal con el exterior, atravesando para ello la pared abdominal. De este modo, podemos dividir al catéter en 3 partes: intraperitoneal, intramural o subcutánea y externa.

Hay catéteres de distintos materiales (silicona y poliuretano) y diseños (recto, enroscado, en cuello de cisne). Pero el catéter Tenckhoff recto de silicona es el más utilizado.



Situación del cateter



Tipos de cateter

IMPLANTACIÓN.

Debe ser colocado por personal experto y que conozca el funcionamiento de la diálisis peritoneal. Puede ser insertado tanto por cirujanos como por nefrólogos.

La inserción se puede realizar mediante dos técnicas:

- quirúrgica: técnica abierta, que realiza una disección por planos hasta llegar al peritoneo, y se realiza en quirófano.
- médica: es un método ciego que consiste en realizar una disección de la piel y el tejido subcutáneo, a través del cual se introduce el catéter con una guía. Se puede visualizar la situación del catéter con un laparoscopio, y una vez colocado, existe la posibilidad de tunelizarlo. Se puede realizar el proceso de otra cirugía para colocar el tubo de esta forma (Ej.: cirugía cardíaca).

Finalmente, el catéter es fijado con puntos de sutura a la piel. Para comprobar su correcta localización, se realizará una radiografía de tórax-abdomen.

COMPOSICIÓN DE LOS LÍQUIDOS DE DIÁLISIS.

La solución dializante tiene una composición similar al plasma. Existen diferentes líquidos en el mercado (Peritofundina^R, Peritoflex^R, Baxter^R.), siendo los más utilizados los que tienen las siguientes concentraciones:

La diferencia básica está en la concentración de glucosa que contienen. La cantidad se aumenta para conseguir eliminar más líquido del paciente. Existen también soluciones con una concentración de glucosa de 4,25 gr/100 ml.

COMPOSICIÓN DE LÍQUIDOS DE DIÁLISIS PERITONEAL		
	ISOOSMOLAR	HIPEROSMOLAR
OSMOLARIDAD	358 mOsm/l	398 mOsm/l
GLUCOSA	1,5 gr/100 ml	2,3 gr/100 ml
SODIO	134 mmol/l	134 mmol/l
CLORO	103,5 mmol/l	103,5 mmol/l
CALCIO	1,75 mmol/l	1,75 mmol/l
MAGNESIO	0,5 mmol/l	0,5 mmol/l
LACTATO	3,5 mmol/l	3,5 mmol/l

Composición de los líquidos de diálisis peritoneal

Al líquido de diálisis se le añadirá también heparina, con el fin de evitar que se formen coágulos de fibrina. La cantidad que se añade es de 1u.i. de Heparina Sódica al 1% por cada mililitro de líquido de diálisis.

Se pueden añadir antibióticos, para reducir así el riesgo de infección:

ANTIBIÓTICOS EN DIÁLISIS PERITONEAL	
Amikacina	Ciprofloxacino
Ampicilina	Clindamicina
Aztreonam	Eritromicina
Cefotaxima	Gentamicina
Ceftazidima	Imipenen
Ceftriaxona	Vancomicina
Cefuroxima	

Tipos de antibióticos usados en diálisis peritoneal

EQUIPO Y MATERIALES:

La preparación del líquido de diálisis, así como el purgado y conexión del sistema puede ser realizada por una enfermera, aunque es mejor que el proceso completo sea realizado por dos personas (dos enfermeras o una enfermera y una auxiliar de enfermería).

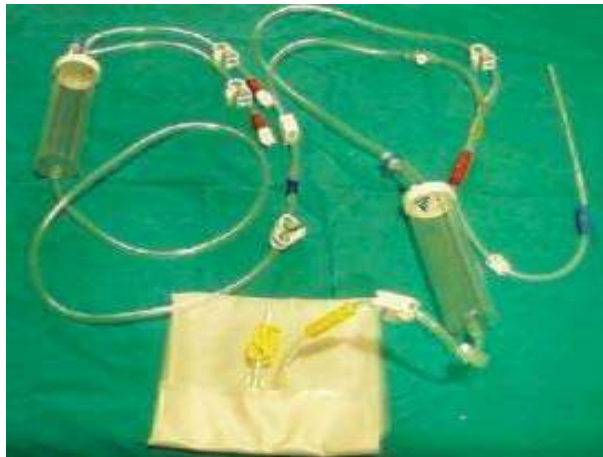
MATERIAL NECESARIO

Prepararemos una mesa y un campo estéril en el que vamos a colocar:

- Guantes estériles y batas
- Gasas y compresas estériles
- Jeringas y agujas
- Bolsa colectora del líquido ultrafiltrado
- Suero salino
- Apósitos y esparadrapo



- Kit de diálisis peritoneal pediátrico (preferiblemente con sistema de bureta). Normalmente viene todo el sistema en un mismo paquete. Este incluye un sistema de infusión, con una línea de entrada en la que encontramos la bureta medidora del líquido a infundir, y una serie de llaves o pinzas para clampar el sistema. Llega hasta el extremo de entrada al paciente y de ahí, parte en Y el sistema de salida, que también consta de una bureta medidora del líquido drenado y sus correspondientes pinzas o llaves para cortar el flujo. El final de esta línea de salida es una bolsa colectora del total de la solución drenada. Este sistema no se conecta directamente al catéter Tenckhoff del paciente, sino que va enroscado a una pieza intermedia que también, como este sistema, es desechable.
- Prolongador del catéter para la línea en Y (sistema de conexión intermedia entre el catéter Tenckhoff y el sistema de diálisis)



kit de diálisis con bureta

PREPARACIÓN DEL SISTEMA DE DIÁLISIS.

- Realizaremos lavado quirúrgico de manos
- Nos colocaremos la bata y los guantes estériles.
- Añadiremos a la solución de diálisis, de forma
- aséptica, la heparina (1 u.i./ml) y los antibióticos
- o electrolitos si fueran prescritos.



heparinización del líquido

TÉCNICA Y CUIDADOS DE ENFERMERIA:

- Registremos todos los signos vitales antes de iniciar la primera infusión.
- Comprobar que el calentador mantiene el líquido a (37° C).
- Los ciclos de diálisis peritoneal suelen tener una duración de 60 minutos generalmente, durante los cuales, el líquido de diálisis se infunde por gravedad durante los primeros 20 minutos, permanece en la cavidad peritoneal otros 20 minutos y se deja salir durante los 20 minutos restantes.
- Estos tiempos de entrada, permanencia y salida pueden ser ajustados por el médico según las necesidades de cada niño.
- Tendremos en cuenta que si se aumenta el tiempo de permanencia, aumentará el riesgo de hiperglucemia por absorción de glucosa del líquido dializante.
- Una entrada de líquido demasiado brusca puede tener efectos hemodinámicos y sobre la mecánica ventilatoria del niño, además de que puede producir dolor.
- El volumen de líquido que infundiremos en cada pase es prescrito por el médico, y suele oscilar entre los 30-50 cc/kg de peso (máximo 2 litros). Es recomendable iniciar los primeros ciclos con 10cc/kg y que en las primeras 24-48 horas no superen los 20 cc/kg, para disminuir así el riesgo de compromiso hemodinámico.

- Es aconsejable que el primer intercambio no permanezca en la cavidad peritoneal los 20-30 minutos establecidos, sino que los drenaremos inmediatamente. De este modo se comprueba si se ha lesionado algún vaso sanguíneo.
- Para facilitar la entrada del líquido y el drenado, mantendremos al niño ligeramente incorporado.

El líquido debe ser claro e incoloro. Es relativamente habitual que al principio sea ligeramente sanguinolento. En este caso, habrá que vigilar la analítica del paciente (hematocrito y coagulación) y la formación de fibrina que pudiera taponar los orificios del catéter Tenckhoff. ¹⁰



purgado de la línea de entrada



purgado del sistema completo



pulverización del catéter

¹⁰ <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion9/capitulo143/capitulo143.htm>

SISTEMAS AVANZADOS DE DESCONEXION:

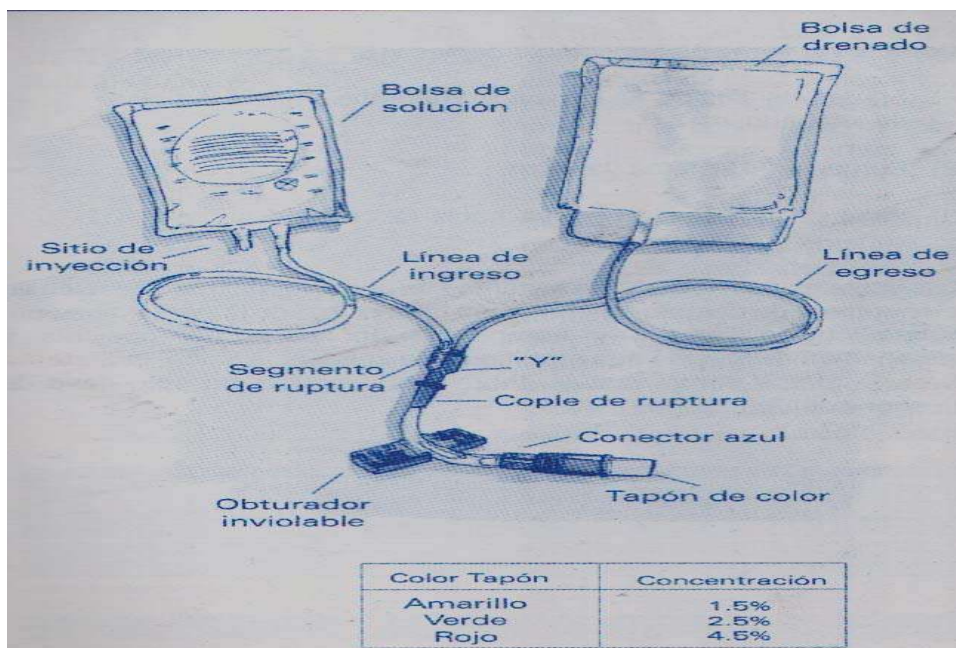
Son equipos que desde su esterilización se encuentran unidos (la bolsa con solución el equipo en "Y" y la bolsa de drenado)

Para la utilización de este sistema de drenado se requiere la adaptación de una línea corta como extensión del catéter.

Con este sistema es importante destacar tres tiempos, que son:

1. Egreso del líquido de la cavidad peritoneal hacia la bolsa de drenado.
2. Purgado del sistema (lavado).
3. Paso de la solución nueva hacia la cavidad peritoneal.

Las ventajas que ofrece este sistema es una mínima manipulación en el momento de cambio, disminución importante de contaminación, sensación de libertad y comodidad por parte del paciente y eliminación de objetos que modifiquen la apariencia física.



Sistema de desconexión.

USO DE EXSEPT EN LOS SISTEMAS DE CONEXIÓN (sistema Ben Y).

Existen en el mercado una gran variedad de antisépticos de uso farmacéutico. Es importante saber que cada uno actúa sobre determinados tipos de microorganismos y su tiempo de acción varia.

Exsept es un antiséptico derivado del cloro obtenido por electrólisis parcial de Cloruro de Sodio (NaCl) con un elevado nivel de óxido- reducción gracias a la cual actúa sobre una amplia variedad de microorganismos, incluyendo hongos y virus en un tiempo de exposición relativamente corto.

Germen	Concentración de la suspensión contaminante	Porcentaje de destrucción	Concentración del desinfectante	Tiempo en minutos
Staphylococcus aureus	10^8	100	5	1'
Streptococcus faecalis	10^8	100	5	1'
Escherichia coli	10^8	100	5	1'
Klebsiella pneumoniae	10^8	100	5	1'
Pseudomona aeruginosa	10^8	100	5	1'
Candida albicans	2×10^8	100	0.6	1'
Samonella typhi	4×10^6	100	2	$\frac{1}{2}'$

CUIDADOS DEL CATETER Y SITIO DE SALIDA

Diariamente revise su catéter y la piel de alrededor (sitio de salida) en busca de enrojecimiento o reblandecimiento. No debe presentar secreción purulenta, sanguinolenta, acuosa ni mal olor.

El aseo debe realizarse una vez al día. Preferentemente en la mañana después del baño generalmente con agua, jabón y movimientos circulares alrededor del catéter. Es necesario eliminar toda presencia de polvo y sudor acumulados durante el día y la noche.

Realice el aseo, siempre que el sitio de salida esté húmedo. La humedad incrementa el riesgo de contaminación. Evite jalones que causen pequeños traumatismos, de ser necesario fije el catéter a la piel.

CALENTAMIENTO DE LA BOLSA DE DIALISIS.

a) Técnica de microondas.

- Verificar que el microondas esté en potencia media para realizar el calentamiento.
- Programar el tiempo de calentamiento a 1,2,3,4 min. Según las condiciones climáticas.
- Si el microondas dispone de plato giratorio, invierta la posición del plato para evitar que gire o retire la pieza que hace girar al plato.
- Evitar colocar la bolsa en posición vertical, en contacto con las paredes internas del microondas.

b) Técnica en foco.

1. El soporte para el calentamiento no deberá tener ninguna parte metálica que origine incremento de temperatura mayor a la deseada. Para ello cúbralo con una tela lo suficientemente gruesa que evite el contacto con la bolsa.

2. Coloque la bolsa dentro del contenedor.
3. Evite que el foco tenga contacto con la bolsa para evitar una quemadura. Además colóquela a una determinada distancia para que el calor que emita sea uniforme en toda la bolsa.¹¹

NUTRICIÓN EN PACIENTES CON DIALISIS.

Se puede decir que en general la anemia sigue a la insuficiencia renal. Esta complicación ha sido conocida desde hace mucho tiempo y sus efectos negativos, ya que además de alterar el estado general dando como síntomas decaimientos, fácil cansancio, debilidad extrema, etc., para todo individuo debe ser importante conocer el tipo, cantidad y calidad de los alimentos que consume.

Proteínas.

Son indispensables para el crecimiento, en la formación de músculos y en la reparación de tejidos. Las proteínas de la leche, carne, huevo y pescado son conocidas como “proteínas de alta calidad” ya que contienen las fracciones de las proteínas constructoras (aminoácidos esenciales). Estas producen menor cantidad de elementos tóxicos después de su aprovechamiento.

Las proteínas que se encuentran en los cereales, almidones y algunos vegetales son conocidas como proteínas de baja calidad porque no contienen todos los aminoácidos esenciales y generan más productos de desecho cuando son utilizadas

Sodio.

Es una sal de las que se encuentra generalmente en todos los alimentos. Un riñón normal regula la cantidad de sodio para mantener el balance, así como el contenido de agua en la sangre y los tejidos. En general la carne contiene más sodio que los alimentos vegetales. Algunos enlatados y procesados contienen

¹¹ Manual del paciente de diálisis peritoneal (PISA nefrología)

sal añadida (como conservador). El consumo excesivo de sodio (sal) da como resultado el incremento en la retención de líquidos del organismo.

Algunos productos que contienen una gran cantidad de sodio y ricos en fósforo son: productos lácteos (leche, yogurt, queso), así como hígado, legumbres, nueces, panes integrales y la mayoría de las bebidas envasadas no alcohólicas.

Potasio.

Gracias al trabajo de los riñones, el potasio mantiene su nivel orgánico normal. Cuando existe daño renal, el potasio se acumula, por lo que se hace necesario eliminarlo mediante diversos mecanismos tales como: diuréticos, diálisis, etc. Un exceso de potasio en la sangre se refleja causando irregularidad en los latidos del corazón.

Las principales fuentes de potasio son la leche, papa, plátano, naranja, fruta seca, legumbres, nueces y chocolates. Para reducir el potasio de los vegetales se deben hervir.

Vitaminas.

Los pacientes en diálisis presentan deficiencias de vitaminas solubles e agua (complejo B y vitamina C). La vitamina D se convierte a su forma activa en el hígado y riñón. Su deficiencia debe ocasionar enfermedades en los huesos.

Usualmente un suplemento de vitamina D se recomienda en pacientes con diálisis. No es recomendable de vitamina A, debido a que en una ingesta elevada puede causar hipervitaminosis (en ocasiones conducen a anemia, alteración en el metabolismo de las grasas y el calcio).

Carbohidratos.

Se encuentran en forma de dulces, azúcares, bebidas embotelladas, pasteles, etc. conviene recordar que cierta cantidad de la glucosa de la solución de diálisis peritoneal atraviesa el peritoneo y pasa a la circulación sanguínea.¹²

Alimentos que puede consumir.

- Carne de res.
- Pollo
- Pescado en raciones de 30gr. Aprox.
- Claras de huevo.
- Yogurt.
- Gelatina.
- Betabel.
- Zanahorias.
- Pepinas.

Alimentos que deben evitar.

- ✓ Carnes frías (salchichas, jamón, salami).
- ✓ Alimentos y bebidas enlatadas (sopas, jugos, frutas, etc).
- ✓ Plátano.
- ✓ Aguacate.
- ✓ Sandía.
- ✓ Papa.
- ✓ Ejotes.
- ✓ Rábanos.
- ✓ Manteca de cerdo.
- ✓ Café.
- ✓ Té.
- ✓ Chocolate.

¹² B. Feldman Elaine Principios de nutrición clínica Edit Manual moderno 3ª edición.

Consumo de líquidos.

Los pacientes en programas de diálisis, tienen menor restricción en el consumo de líquidos que los tratados con hemodiálisis, sin embargo no quiere decir que pueda consumir todo lo que se le apetezca.

La retención de líquidos en el organismo causa hipertensión, edema de tejidos, insuficiencia cardíaca y dificultad para respirar. La retención de líquidos se puede identificar por un notable incremento de peso, generalmente existe el antecedente de haber consumido sal y bebido más líquido de lo permitido.

Ejercicio.

La actividad física y el ejercicio regularmente son recomendables para los pacientes en diálisis. Estos mantienen estrecha relación con el estado psicológico reduciendo la ansiedad y la depresión, trotar, caminar o practicar algún deporte, repercute considerablemente en el estado general del paciente. Los resultados se manifiestan en la disminución de los niveles de glucosa y grasa en la sangre.

COMPLICACIONES:

Inestabilidad hemodinámica: Puede haber una disminución del gasto cardíaco y del retorno venoso como consecuencia del aumento de presión en la cava inferior que produce la diálisis, ya que la entrada del líquido en la cavidad peritoneal produce aumento de la presión intraabdominal.

Distrés respiratorio y compromiso ventilatorio: El aumento de la presión abdominal que produce la entrada del líquido tiene como consecuencia una disminución de la capacidad vital pulmonar, con aumento de presión en la arteria pulmonar y disminución de la PaO₂. Podemos prevenirlo también con recambios con poco volumen. Además, tendremos preparado un equipo de intubación cerca del niño por si fuera necesario su uso.

Dolor: Es relativamente frecuente al inicio de la diálisis. Se debe a la irritación peritoneal que produce el líquido al entrar, que disminuye si el líquido está a la temperatura corporal debido a la infusión de la solución de diálisis fría o por la entrada de aire en la cavidad peritoneal.

Obstrucción o mal funcionamiento del catéter, que puede ocurrir a distintos niveles:

Obstrucción de la línea de entrada, por acodamiento, coágulos o diferencia de gradiente. Revisaremos el circuito en busca de los dos primeros.

Obstrucción de la línea de salida producida por:

Coágulo de sangre o fibrina: para evitarlo, añadiremos desde el principio heparina al líquido de diálisis. Si a pesar de ello se produce el coágulo, podemos lavar el catéter con Urokinasa (5000 u.i., hasta un máximo de 3 dosis, según prescripción médica).

Estreñimiento: Los fecalomas pueden desplazar los catéteres intraperitoneales, llegando a obstruirlos. Para evitarlo, se proporcionará, si es posible, una dieta rica en fibra, se prescribirán laxantes y se realizará estimulación con sonda rectal.

Sangrado del punto de inserción: si es leve aplicaremos presión suave o sustancias que favorezcan la formación del coágulo (Spongostan R...)

Hemoperitoneo: suele producirse tras la colocación del catéter, aunque también puede romperse vasos al iniciar la diálisis. Si es un sangrado importante, requerirá cirugía urgente. Si es leve, podemos favorecer el cese de la hemorragia infundiendo el líquido de diálisis frío.

Infección: el catéter peritoneal es un cuerpo extraño que facilita la aparición de infecciones y sirve como reservorio para las bacterias. Puede aparecer infección tanto en el orificio de salida como en el túnel o en el peritoneo

(peritonitis). Signos de infección son el enrojecimiento de la zona, inflamación, secreción o exudado y fiebre y como síntoma, dolor. Para prevenirlo, realizaremos las manipulaciones del catéter de forma aséptica, las curas cada vez que sea preciso y si fuera necesario, se aplicaran antibióticos locales y/o sistémicos.

Peritonitis: se manifiesta con la aparición de fiebre, hipersensibilidad abdominal de rebote, dolor abdominal, náuseas y turbidez del líquido drenado. Se diagnostica en laboratorio, para lo cual debemos enviar una muestra de líquido para cultivo. Los patógenos más importantes que la causan son el S. Epidermidis, S. Aureus, E.Coli, Pseudomona y Cándidas. Precisaré tratamiento antibiótico y generalmente habrá que retirar el catéter.

Perforación intestinal: suele ser secundaria a la inserción quirúrgica del catéter. Se sospecha por la aparición de dolor, líquido drenado de color marrón, con restos de contenido intestinal y aparición tras la infusión de diarrea acuosa.

Fugas alrededor del catéter: pueden ser debidas a un volumen de entrada excesivo. Disminuiremos la cantidad de líquido a infundir, y si a pesar de ello continúa perdiéndose líquido por el orificio, habrá que revisar la situación del tubo.

Extravasación del líquido de diálisis en la pared abdominal: se produce por una mala colocación del catéter, por lo que habrá que retirarlo o recolocararlo.

Edema de escroto o de vulva: puede ocurrir por fugas subcutáneas del líquido a través de la pared abdominal anterior. Será preciso suspender la diálisis.

Hiperglucemia: suele ocurrir con más frecuencia en recién nacidos, debido a que todavía no son capaces de metabolizar la sobrecarga de glucosa (recordemos que la solución dializante está compuesta por glucosa hipertónica) Esto además, hará que disminuya la ultrafiltración.

Acidosis láctica: casi todas las soluciones de diálisis contienen lactato. Los niños que presentan acidosis metabólica previa por acúmulo de láctico, así como los que han sufrido cirugías muy agresivas (ej: cirugía extracorpórea...) pueden ver agravada esta situación.

Hipoproteinemia: se produce por una pérdida excesiva de proteínas filtradas a través del peritoneo. Para prevenir déficit, mantendremos un adecuado estado nutricional , y en ocasiones será necesario hacer reposiciones de albúmina al niño.

Hipernatremia/ hiponatremia

Hernia inguinal o umbilical

Aumento de peso: Si ocurre aumento de peso debe considerarse como primer signo de retención de líquidos. Frente a esta manifestación deberá modificarse sus consumos de sal y agua.

El llevar un registro diario de la cantidad de líquidos que entran y salen es una forma sencilla de verificar si la diálisis está siendo efectiva. Ejemplo: una bolsa de 2 litros pesa 2 kilos. En caso de que pese menos, debe interpretarse como que está reteniendo líquidos o maneja balances positivos.

Como detectar la retención de líquidos:

- La respiración es rápida y superficial.
- Aparece tos inexplicable.
- Tiene dificultad para respirar y es casi imposible tener una respiración profunda.
- Existe dificultad para dormir o necesita dormir casi sentado.
- observa hinchazón en tobillos, pies y alrededor de los ojos.
- La presión sanguínea puede permanecer elevada a pesar de tomar medicamentos para el control de la misma.

Pérdida de peso:

Generalmente es un síntoma de pérdida de apetito y pérdida excesiva a través de diálisis. Si se presenta disminución de la presión sanguínea o siente mareos, decaimiento y debilidad debe utilizarse soluciones de bajo porcentaje de glucosa (1.5 %).

Hipertensión:

En el paciente renal, la presión sanguínea generalmente tiende a ser más alta que en otro tipo de pacientes, sin embargo estas cifras tienden a subir aún más, básicamente por retención de líquidos. El aumento en la presión arterial se manifiesta por cefalea, náuseas, vómitos, palpitaciones.

Hipotensión:

Generalmente sucede cuando el peso del paciente se encuentra por debajo del peso ideal. Se manifiesta por mareos, sensación de debilidad y cefalea. Probablemente guarda una relación con una disminución brusca de líquidos circundantes.

ACTIVIDADES OPERATIVAS, ADMINISTRATIVAS, DE ENSEÑANZA Y/O CAPACITACIÓN.

Actividades operativas:

- ✓ Identificación de usuarios a través de la entrega de pacientes por turno.
- ✓ Presentación con el usuario.
- ✓ Revisión de catéteres de diálisis peritoneal instalados.
- ✓ Revisión de heridas quirúrgicas en pacientes con diálisis.
- ✓ Aplicación de medicamentos indicados y toma de signos vitales.
- ✓ Aplicación de diálisis con técnica aséptica.

Cuidados especiales:

- Permeabilización de catéteres tapados.
- Realización de cambios de línea.

- Preparación del paciente para el quirófano.
- Cuidados de heridas y catéteres peritoneales.
- Proveer a cada paciente el material necesario para el procedimiento dialítico.
- Toma de citoquímicos y cultivos de líquido peritoneal.
- Control de líquidos en formato específico de diálisis.
- Apoyar a la enfermera responsable de los cuidados de enfermería a asistir al usuario en caso de requerir maniobras de resucitación y/o cuidados postmortem.
- Acompañar al médico en el pase de visita.
- Revisar y realizar indicaciones actualizadas.
- Apoyo médico en caso necesario para la realización de procedimientos específicos como: revisión de sangrados, cierre de herida de segunda intención, manipulación de catéteres, etc.
- Control térmico por medios físicos y químicos
- Cuidados pre y postoperatorios.
- Manejo de pacientes infecto- contagiosos.
- Brindar apoyo emocional a pacientes y familiares.
- Jerarquizar necesidades para la realización de las actividades aplicando el proceso atención enfermería.

Actividades administrativas:

- ✓ Control del fondo fijo: solicitar el material y equipo necesario para el desempeño de actividades operativas en 24 horas.
- ✓ Control y resguardo del material y equipo del servicio.
- ✓ Registro de procedimientos dialíticos por día y turno.
- ✓ Registro de citoquímicos y cultivos por día y turno.
- ✓ Llenado del formato específico para diálisis peritoneal.
- ✓ Elaboración del manual de diálisis peritoneal.
- ✓ Organizar reuniones de trabajo para mejora del desempeño del personal de diálisis.

Actividades de enseñanza y/o capacitación:

- ❖ Orientación a pacientes y familiares sobre el uso adecuado de contenedores de punzocortantes, manejo de la ropa de cama, manejo de sangre y líquidos corporales de pacientes infecto-contagiosos, medidas de protección en pacientes aislados, importancia de mantener limpio el mobiliario de la habitación, sobre el control de alimentos para evitar fauna nociva, sobre el control de visitas para evitar posible transmisión de enfermedades y sobre el uso de cómodos y orinales.
- ❖ Orientación a pacientes y familiares acerca de los cuidados especiales en el hogar como: control de glicemia capilar, chequeo de la presión arterial, dieta, ejercicio, higiene, tratamiento farmacológico, citas subsecuentes y cuidados específicos.
- ❖ Capacitación a pacientes y familiares sobre el procedimiento de diálisis.
- ❖ Organizar y programar capacitación en servicio sobre la actualización en diálisis peritoneal al personal responsable de este procedimiento.
- ❖ Orientación y apoyo a pasantes de enfermería en servicio social.
- ❖ Asistir a cursos de actualización que contribuyan a mejorar la calidad en la atención de los servicios de enfermería.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

VALORACIÓN POR NECESIDADES:

Daniel, de 46 años de edad, peso de 68 kilogramos, talla 162 centímetros, con fecha de nacimiento el día 21 de febrero de 1961, desempleado, estudio hasta quinto grado de primaria, procedente y residente del municipio de Charo, Michoacán, ingreso al servicio de medicina interna el día 20 del presente mes y año, se obtuvo información directa del usuario y del expediente clínico, considera a su esposa como miembro significativa de la familia aparte de su papá y hermanos.

Valoración por necesidades humanas:

Oxigenación

Presenta disnea debido a agotamiento al caminar, tos seca desde su ingreso con presencia de sibilancias, no se escuchan estertores, sin presentar dolor al respirar, no fuma desde hace trece años, signos: T/A 130/90 mmHg, F.C. 72 X', F.R. 18 X', Temperatura de 36.8 °C, Glucosa: 175 mg/dL, Urea: 56 mg/dL, BUN: 66mg/dL, Creatinina: 9.80 mg/dL, IMC 25.9, se encuentra consciente, piel y lechos ungueales poco hidratados con buen retorno venoso.

Nutrición e hidratación

Dieta habitual consistente en cereales, verduras, leguminosas y carnes en raras ocasiones, realiza 1- 2 comidas al día, pobres en cantidad, manifiesta tener intolerancia a la lactosa, no tiene patrones de ejercicio establecido, piel de características escamosas, reseca, uñas y pelo con apariencias normales, piezas dentales completas y encías hiperémicas.

Eliminación

En cuanto a sus patrones de eliminación evacua de 2-3 veces al día, heces blandas y orina de concentración normal, no utiliza laxantes para poder

evacuar, abdomen blando con dolor a la palpación, presencia de herida quirúrgica e inserción de catéter de tenckhoff en flanco izquierdo, presencia de ruidos peristálticos, no presenta dolor al realizar palpación de la vejiga urinaria.

Termorregulación

El usuario manifiesta adaptarse bien a los cambios climáticos, no realiza ningún tipo de ejercicio físico, transpiración normal, mantiene una temperatura corporal de 36.8 °C, se encuentra cubierto hasta la mitad de su cuerpo.

Moverse y mantener buena postura

A la observación el usuario manifiesta dificultad para caminar, motivo por el cual se apoya de un bastón y en ocasiones de su esposa, refiere fatigarse mucho, actualmente se encuentra recostado en su cama, en sus ratos libres escucha música por la radio, emocionalmente se encuentra apático, preocupado, se observa también debilidad muscular.

Descanso y sueño

Su horario de descanso es por las tardes el cual tiene una duración de 2-3 horas, siestas de 1 hora y durante la noche duerme 8 horas aproximadamente y refiere sentirse descansado, por lo que no requiere ayuda para poder conciliar el sueño, se expresa con un poco de dificultad debido a la tos que presenta llegando a ser en ocasiones confuso, durante el desarrollo de la entrevista se observa atento, presencia de ojeras, en general responde a estímulos.

Referente a las prendas de vestir, utiliza vestimenta completa, limpia, no influye su estado de ánimo para llevar a cabo la selección de sus prendas de vestir,

Necesidad de bañarse y protección de la piel

Realiza aseo corporal cada tercer día, en ocasiones cada cuatro días, lo lleva a cabo durante las tardes, aseo bucal una vez al día, se lava las manos antes y

después de comer, así como también después de eliminar, mismas que no influye sus creencias religiosas.

En lo que respecta a su estado general se encuentra descuidado presenta baba y bigote abundante, olor corporal a sudor, presencia de halitosis, cuero cabelludo aparentemente limpios.

Necesidad de evitar peligros

Su familia está conformada de dos hijos y su esposa, de los cuales se encuentran laborando en Estados Unidos, por lo que solo vive con su esposa, en cuanto se presentan situaciones de peligro o emergencia acude con su esposa en primera instancia y en ocasiones con sus hermanos o vecinos, conoce algunas medidas de prevención de accidentes dentro de su hogar, cuando se siente con demasiada tensión pasa un tiempo solo y en ocasiones ingiere bebida alcohólicas, no realiza controles de salud, debido a que en tiene recursos económicos para llevarlos acabo, no presenta malformaciones congénitas aparentes, las condiciones de su hogar las considera buenos.

Necesidad de comunicarse

Se encuentra casado desde hace 20 años, vive solo con su esposo, manifiesta sentirse preocupado por las condiciones de su salud y sus posibles limitaciones posteriores a su alta médica, en raras ocasiones platica sus problemas con su esposa o a sus hermanos, pasa en promedio de 2-3 horas solo.

Conforme avanza la entrevista se le escucha afónico y un poco agitado y sentirse incómodo porque no puede ver bien, no tiene dificultad auditiva, lleva acabo comunicación verbal y no verbal.

Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Profesa la religión católica, aunque no asiste de manera regular, misma que no le genera conflictos personales ni de ninguna otra índole, dentro de su familia los principales valores se encuentra el respeto, la honestidad, de los cuales considera importantes también para su persona, es congruente con su forma y manera de pensar y de vivir, conserva imágenes religiosas a su alrededor, permite el contacto físico.

Necesidad de trabajar y realizarse

Actualmente no trabaja, aunque lo hace de manera eventual, lo cual no le permite cubrir todas las necesidades básicas personales y las de su familia, motivo por el cual se encuentra preocupado por las limitaciones que pueda presentar posterior a su alta médica.

Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Manifiesta que hace varios años no realiza alguna actividad recreativa, lo único que hace en ocasiones es salir a caminar con su esposa, y escuchar música, en su comunidad existen recursos e infraestructura para llevar acabo actividades de recreación pero no asiste, y tampoco ha participado en dichas actividades; a la observación se encuentra apático y manifiesta sentirse muy débil.

Necesidad de aprendizaje

Estudió hasta el quinto año de primaria, no tiene problemas de aprendizaje, ni limitaciones cognitivas que le impidan aprender, sabe leer y escribir poco, conoce las fuentes de apoyo e incluso refiere que hace dos años iba al grupo de educación para adultos (INEA) de su localidad pero dejó de ir, muestra interés por el cuidado de su salud para no ser una carga para su esposa ya que es la única persona con la que cuenta, se encuentra consiente, ansioso, tiene un poco de dificultad para escuchar, recuerda algunas anécdotas de su vida reciente y pasada.

Necesidad: Mantener higiene corporal y la integridad de la piel.

Diagnóstico: Déficit de auto cuidado baño/higiene relacionado con deterioro sensorial (visual), disminución de la movilidad y motivación; manifestado por halitosis, encías hiperemicas, barba y bigote abundante y olor corporal a sudor.

Objetivo: El usuario mejorará su aspecto físico y realizará auto cuidado de acuerdo a sus posibilidades.

Intervenciones de enfermería:

- 1.- Determinar de manera conjunta las actividades que el usuario es capaz de llevar acabo de manera independiente y en cuales requiere ayuda.
- 2.- Explicar al usuario acerca de la importancia de mantener una higiene corporal adecuada.
- 3.- Motivarlo a establecer un horario para llevar acabo su aseo personal.
- 4.- Proporcionar el material necesario para llevar acabo aseo personal (jabón de baño, desodorante, rastrillo, cepillo de dientes y pasta dental).
- 5.- Favorecer la implicación del usuario al momento de llevar acabo el auto cuidado de acuerdo con sus posibilidades.
- 6.- Propiciar un ambiente cómodo, íntimo y seguro al momento del realizar el baño.
- 7.- Elogiar logros obtenidos hacia la independecia y reconocer su esfuerzo en aquellas que no puede llevar acabo.
- 8.- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir su auto cuidado.
- 9.- Enseñar y ayudar al usuario a realizar higiene bucal después de cada comida.
- 10.- Fomentar enjuagues bucales de bicarbonato de sodio.

Fundamentación científica:

- La implicación del usuario para detectar cuales actividades puede llevar acabo, favorece la creación de un ambiente de confianza, permite conocerlo más.
- La importancia de mantener una higiene corporal adecuada, evita añadir otro problema a su enfermedad y crea nuevos hábitos.

- Incluir al usuario en las actividades aumenta su autonomía y autoestima al mismo tiempo que se vuelve más independiente.
- Crear un ambiente adecuado para llevar acabo su aseo personal genera seguridad y contar con todos los implementos para tal fin (jabón, cepillo dental, etc.)
- Reconocer su esfuerzo al llevar acabo una actividad motiva a realizarlo de manera más continua, incrementa su autoestima y mejora su estado general.
- Enseñarle a realizar de manera correcta el aseo bucal contribuye a tener mayor eficacia en su cuidado dental y mediante los enjuagues bucales a prevenir problemas de encías.
- Se debe proporcionar ayuda solo cuando en realidad lo amerite con el fin de acelerar su independencia.

Ejecución:

Se realizó un listado de las cosas que el usuario puede llevar acabo de forma independiente, se le explicó acerca de la importancia de mantener la higiene corporal, se le dio la libertad de establecer un horario que le fuera agradable para llevara acabo su aseo personal, se le brindó el material necesario para que pudiera llevarlo acabo, implicándolo en la medida de lo posible, se proporciono una silla dentro de la regadera para evitar algún tipo de accidente así como privacidad, se utilizaron rotafolios apara demostración de la técnica de cepillado dental y como hacer enjuagues bucales con bicarbonato. Se hizo mucha referencia acerca de los logros y progresos que iba teniendo durante su estancia hospitalaria.

Evaluación:

Durante su estancia hospitalaria el usuario estableció un horario determinado para el aseo personal y comprendió la importancia de llevarlo acabo de manera frecuente, mejorando su imagen personal y apariencia física, se logró controlar la presencia de problemas de encías.

Necesidad: Moverse y mantener buena postura.

Diagnóstico: Deterioro de la movilidad física relacionado con la disminución de la fuerza física y resistencia, manifestado por apoyo al caminar con bastón, agotamiento, dolor y debilidad muscular.

Objetivo: El usuario aumentará de manera gradual la tolerancia a la realización de actividades de acuerdo con sus posibilidades.

Intervenciones de enfermería:

- 1.- Permitir al usuario que exprese las actividades que puede llevar acabo de manera independiente y en cuales requiere apoyo.
- 2.- Evitar que camine inmediatamente después de levantarse.
- 3.- Proporcionar apoyo durante la deambulaci3n y periodos de descanso.
- 4.- Favorecer un ambiente adecuado y seguro.
- 5.- Incrementar de manera gradual las actividades que realiza.
- 6.- Valorar el nivel de participaci3n y eficacia de las actividades realizadas.
- 7.- Indicarle como respirar durante la realizaci3n de actividades.
- 8.- Realizar una valoraci3n exhaustiva del dolor que incluya; localizaci3n, características, aparici3n, frecuencia, factores desencadenantes, etc.
- 9.- Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del usuario a las molestias (ruidos, iluminaci3n).
- 10.- Seleccionar y desarrollar aquellas medidas que faciliten el alivio del dolor (farmacol3gico y no farmacol3gico).
- 11.- Enseñar el uso de técnicas no farmacol3gicas para el alivio del dolor (distracci3n, terapia de juegos, terapia de actividad, masajes, aplicaci3n de calor/frío).

Fundamentaci3n científica:

- ✓ Genera confianza en el usuario y evita perder tiempo en actividades que el puede llevar acabo de manera independiente.

- ✓ Realizar una actividad de manera repentina o brusca, disminuye la presión arterial, lo que puede generar una caída.
- ✓ Proporcionar apoyo durante la deambulación propicia seguridad, además de disminuir el gasto de energía; así como también un ambiente adecuado y seguro a mantener la integridad del usuario.
- ✓ Incrementar en forma gradual las actividades incrementa la resistencia muscular y mediante la eficacia se pueden ir adaptando.
- ✓ Llevar a cabo un buen intercambio gaseoso durante el desarrollo de una actividad propicia un buen aporte de oxígeno, disminuyendo la fatiga y el cansancio.
- ✓ Conocer el origen del dolor propicia una atención oportuna, podemos también modificar si es necesario el entorno.
- ✓ La aplicación del calor aumenta el riego sanguíneo en la zona lesionada, estimula el suministro de nutrientes y la eliminación de residuos, favorece la relajación muscular y reduce el dolor debido al espasmo. Mientras que la aplicación de frío reduce el flujo sanguíneo a la parte dañada, evitando la formación de edema, reduce la inflamación, tiene efectos anestésicos y reduce la tensión muscular.

Ejecución:

De acuerdo a sus posibilidades se le fue proporcionando medidas de apoyo para que llevara a cabo la deambulación de forma segura, indicándole que se sentara un momento antes de iniciar y que indicara la presencia de signos y síntomas de desvanecimiento, utilizando el bastón de apoyo y del tripie o en un momento dado el apoyo del familiar, se fueron estableciendo periodos de descanso e incrementando de manera gradual el tiempo y la distancia al momento de realizar la deambulación, se le fue indicando como realizar la respiración para evitar fatigarse demasiado, se le pidió que manifestara la presencia de dolor al momento de llevar a cabo sus actividades, se brindó información acerca de las medidas para controlar el dolor mediante masajes y aplicación de calor o frío, durante el desarrollo de sus actividades se proporcionó un ambiente adecuado y seguro de tal manera que se proteja la integridad del usuario.

Evaluación:

Se logró establecer de manera conjunta actividades que el usuario pudiera llevar a cabo de acuerdo a sus posibilidades, no sufrió ninguna lesión al momento de llevar a cabo la deambulaci3n, se not3 una mejoría en cuanto a su estado físico realizando recorridos más largos y por más tiempo, ya no se fatigaba con facilidad, ante la aparici3n de dolor se aplicaba calor a través de compresas o lámpara de manera conjunta con medicamentos prescritos.

Necesidad: Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.

Diagn3stico: Ansiedad relacionado con falta de conocimiento acerca de su enfermedad y tratamiento, manifestado por inquietud, confuso, hipervigilante (realizaci3n constante de preguntas).

Objetivo: El usuario disminuirá su ansiedad mediante el conocimiento de su enfermedad y tratamiento durante su estancia hospitalaria, evidenciado verbalmente.

Intervenciones de enfermería:

- 1.- Evaluar el nivel actual de conocimientos acerca de su enfermedad.
- 2.- Favorecer un ambiente de confianza con el usuario y el familiar.
- 3.- Proporcionar informaci3n acerca de su enfermedad y del tratamiento.
- 4.- Reforzar las explicaciones de los médicos utilizando un lenguaje adecuado.
- 5.- Permitir la participaci3n del usuario y/o familiar durante la administraci3n del tratamiento de acuerdo a las posibilidades.
- 6.- Describir signos y sntomas, proceso y etiología de la enfermedad.
- 7.- Comentar los cambios en los estilos de vida que pueden ser necesarios para evitar futuras complicaciones o controlar el proceso de la enfermedad.
- 8.- Instruir al usuario y/o familiar sobre las medidas para prevenir o minimizar los efectos secundarios de la enfermedad.
- 9.- Explicar el propósito y describir las actividades del procedimiento/tratamiento.
- 10.- Dar tiempo al usuario para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.
- 11.- Evitar el estreñimiento mediante una dieta adecuada.

12.- Enseñar al usuario a notificar acerca de las complicaciones durante la infusión.

13.- Proporcionar información sobre los recursos comunitarios disponibles y grupos de auto ayuda.

Fundamentación científica:

- Conocer cuanto sabe el usuario de su enfermedad sirve como punto de partida para brindar una mejor atención, también ayuda a que exteriorice sus preocupaciones, inquietudes, falsas creencias de su enfermedad.
- Es importante emplear un lenguaje que el usuario comprenda, evitando usar terminología médica de tal manera que se eviten más dudas y confusión.
- Permitir la participación del usuario/familiar durante la administración del tratamiento crea mayor confianza y aceptación y prepara al familiar para continuar con el tratamiento en su hogar.
- El hecho de que conozca la etiología de su enfermedad, signos y síntomas, propósito, medidas especiales, efecto de los medicamentos; disminuye la ansiedad y el estrés hacia lo desconocido.
- Crear conciencia acerca de los cambios en su estilo de vida y de las medidas para prevenir complicaciones ayuda a incorporarse pronto a la sociedad.
- El estreñimiento la distensión abdominal obstaculiza el flujo de salida de la solución.
- El dolor durante la infusión puede deberse a que la solución no se encuentra a una temperatura adecuada, una infusión rápida o estiramiento del diafragma.
- La detección precoz de las complicaciones minimiza la gravedad y favorece una atención oportuna.
- Conocer los recursos comunitarios disponibles disminuye las dificultades de llevar a cabo el tratamiento en el hogar y reduce el impacto económico.

Ejecución:

Se realizaron preguntas acerca de su enfermedad y del tratamiento que recibe, se utilizaron ratafolios para explicarle en que consistía su enfermedad, el

propósito del tratamiento, adecuando un lenguaje que le fuera fácil de comprender y se le proporcionó folletos informativos del tratamiento, se brindó tiempo para que expresara sus dudas, se incluyó en todo momento la participación del familiar, observando la técnica correcta de la administración de la solución y durante la manipulación del catéter, y la utilización de antisépticos, para que posteriormente lo llevara a cabo, se le informó acerca de las posibles complicaciones que se pudieran presentar, se le instruyó acerca de los cambios que debería tomar en su estilo de vida, como llevar a cabo el tratamiento en su hogar utilizando los recursos con los que cuenta.

Evaluación:

Durante su estancia hospitalaria el usuario se vio más tranquilo, menos ansioso, comprendió la finalidad y propósito de su tratamiento, aceptando y contribuyendo con la realización del tratamiento, se logró la participación activa del familiar, se recurrió al personal encargado de diálisis para corroborar la comprensión del usuario y del familiar, mediante la realización de preguntas acerca de su enfermedad y tratamiento y de los cuidados en su hogar.

Necesidad: Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.

Diagnóstico: Riesgo de infección relacionado con disminución de la hemoglobina, enfermedades crónicas y procedimientos invasivos.

Objetivo: El usuario se mantendrá libre de infección en todo momento durante su estancia hospitalaria y en su hogar, adecuando los recursos disponibles y conociendo las medidas preventivas pertinentes.

Intervenciones de enfermería:

- 1.- Observar signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
- 2.- Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones.
- 3.- Limitar el número de visitas si es posible.
- 4.- Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica.
- 5.- Valorar el grado de conocimiento del usuario/familiar sobre los riesgos existentes dentro del hospital y en su hogar.
- 6.- Favorecer una alimentación equilibrada (rica en proteínas y vitaminas).

- 7.- Mantener una higiene corporal y ambiental adecuada.
- 8.- Emplear técnica estéril durante las curaciones, cambios de apósitos y gasas.
- 9.- Mantener la herida quirúrgica limpia y seca.
- 10.- Prevenir la irritación cutánea.

Fundamentación científica:

- Valorar la vulnerabilidad del usuario y la presencia de signos y síntomas, permite llevar a cabo medidas que limitan la aparición de infecciones y contribuye a la conservación de la integridad del usuario.
- Limitar el número de visitas contribuye a mantener el ambiente en buenas condiciones y evita la aparición de focos infecciosos.
- Inspeccionar de forma continua la herida evita que se infecte actuando de forma oportuna, y evita que se prolongue la estancia hospitalaria.
- Es importante que el usuario conozca acerca de los peligros que existen a su alrededor, para que contribuya con el cuidado de su salud y evitar complicaciones.
- Una alimentación equilibrada favorece una pronta cicatrización de las heridas, limitando de esta manera el riesgo de infección.
- Mantener una higiene corporal adecuada, el empleo de técnica estéril durante el manejo del sistema de conexión, de la herida; evita la proliferación de agentes que puedan causar infección.

Ejecución:

Se llevó a cabo un listado de las posibles fuentes de infección, se observó la presencia de cualquier signo de infección, durante su estancia se le explicó la importancia de mantener el ambiente limpio así como de la herida, se valoró el conocimiento del usuario/familiar acerca de los riesgos existentes dentro y fuera del hospital que le pudieran ocasionar una infección, se realizaron cambios de gasas y apósitos posterior a la realización del baño o cuando se considerara necesario, se empleó una técnica estéril y utilización de antiséptico al momento de llevar a cabo las curaciones y durante la administración de la diálisis. Se le

pidió alas personas que permanecieran un momento afuera de la habitación al momento de llevar acabo el tratamiento.

Evaluación:

Durante su estancia hospitalaria el usuario no presentó signos y síntomas de infección, conoció acerca de las medidas que podía adoptar para evitar infecciones dentro del hospital y en su hogar.

Necesidad: Participar en actividades recreativas.

Diagnóstico: Déficit de actividades recreativas relacionado con limitaciones físicas, manifestado verbalmente.

Objetivo: El usuario conocerá y hará uso de las instalaciones y áreas recreativas de su comunidad de acuerdo a sus posibilidades y de la interacción con otras personas.

Intervenciones de enfermería:

- 1.- Identificar de manera conjunta los gustos y áreas de interés, así como los recursos humanos y materiales disponibles.
- 2.- Realizar un listado de actividades que pueda llevar acabo sin la interrupción de su tratamiento y de acuerdo a sus limitaciones.
- 3.- Favorecer las relaciones de convivencia con personas que reciben el mismo tratamiento.
- 4.- Comprobar las capacidades físicas y mentales para participar en actividades recreativas.
- 5.- Disponer de actividades recreativas que tengan por objeto disminuir la ansiedad...
- 6.- Explicar o demostrar la necesidad y beneficio de llevar acabo actividades recreativas.
- 7.- Proporcionar un ambiente adecuado y seguro para la distracción y el ocio.
- 8.- Evaluar conjunta y periódicamente las actividades elegidas.

9.- Animar al usuario a expresar sus experiencias cuando lleva acabo las actividades recreativas.

Fundamentación científica:

- Permitir que el usuario establezca las actividades que le sean agradables genera una mejor aceptación y eficacia.
- Es importante que durante la realización de actividades no se vea interrumpido el tratamiento de la misma manera evitar que sufra algún accidente, los cuales deben ser acorde a sus capacidades y habilidades.
- Tener contacto con una persona que recibe el mismo tratamiento ayuda a compartir experiencias, logros, aceptación de la enfermedad.
- Se deben implementar actividades que contribuyan a disminuir la ansiedad, de tal manera que se reduzca la carga emocional.
- En la medida que el usuario conozca los beneficios de llevar acabo actividades recreativas, despertará el interés de llevarlo acabo.
- Contar con ambiente adecuado limita el riesgo de sufrir algún tipo de lesión que pudiera complicar en estado de salud del usuario.
- Se debe evaluar las actividades seleccionadas, permitir que el usuario haga mención de su efectividad en su vida, para adecuarlas o reemplazarlas y obtener un mayor beneficio.

Ejecución:

Se llevó acabo un listado de las actividades que le gusta realizar adecuándolas a sus posibilidades y limitaciones, se le proporcionaron actividades que le ayudan a disminuir la ansiedad y estrés, se le explicó la importancia de llevar acabo actividades recreativas y se facilitó la convivencia con personas que asisten al hospital para recibir el tratamiento, posterior a su alta médica se le indicó como hacer uso de las instalaciones con las que cuenta en su comunidad.

Evaluación:

Se cumplió con el objetivo planteado al lograr fomentar en el usuario la participación de actividades recreativas y utilización de los recursos y áreas de recreación con los que cuenta en su localidad, adecuándolas a sus limitaciones físicas que presenta.

Necesidad: Eliminar por todas las vías corporales.

Diagnóstico: Exceso de volumen de líquidos, relacionado con la alteración de los mecanismos reguladores secundarios a IRC, manifestado por edema, hipertensión, aumento de peso, desequilibrio hidroelectrolítico.

Objetivo: El usuario disminuirá la retención de líquidos corporales, manteniendo niveles normales de la presión arterial, niveles sanguíneos y recuperación del peso aproximado ideal.

Intervenciones de enfermería:

- 1.- Valorar el estado renal del usuario, peso, hidratación, edema y signos vitales.
- 2.- aconsejar la restricción en la ingesta de sodio y potasio.
- 3.- Explicarle el procedimiento y propósito de la diálisis peritoneal seleccionada.
- 4.- Calentar la solución de diálisis antes de la conexión.
- 5.- Llevar un registro de los volúmenes de flujo de entrada y salida y del equilibrio del líquido individual/acumulado para obtener los balances.
- 6.- Verificar la presión sanguínea, pulso, respiración, temperatura y respuesta del paciente durante la diálisis.
- 7.- Asegurar una manipulación aséptica del catéter y de las conexiones.
- 8.- Extraer muestras de laboratorio y analizar química sanguínea (BUN, creatinina, niveles de K, Na.).
- 9.- Obtener cultivos para el recuento de células del flujo de salida peritoneal.
- 10.- Realizar cambios en las concentraciones de la solución diálisis. (1 de 4.25 por 3 de 1.5)
- 11.- Administración de insulina en las bolsas de 4.25.
- 12.- Corroborar si no existe perforación o fuga de líquidos.

13.- Observar si existen signos de infección (peritonitis, inflamación y drenaje del sitio de salida).

Fundamentación científica:

- Valorar el estado renal permite emplear medidas que contribuyan a mejorar el estado del usuario y sus posibles complicaciones de forma inmediata.
- Evitar el sodio y el potasio contribuye a la homeostasis de la presión arterial y disminuyen la retención de líquidos.
- Explicar al usuario acerca del procedimiento que vamos a realizar disminuye la ansiedad y el estrés.
- Administrar la solución a una temperatura adecuada evita el dolor al momento de llevar a cabo el tratamiento.
- Llevar a cabo un control de los flujos de entrada y salida permite valorar la eficacia del tratamiento o de alguna posible complicación.
- Verificar los signos vitales durante la infusión reduce las complicaciones y permite actuar de forma inmediata.
- Asegurar la manipulación aséptica del catéter y de las conexiones, así como la toma de muestras, limita la aparición de infecciones.
- Realizar cultivos del flujo de salida de la solución permite descartar posibles infecciones.
- Realizar cambios en las concentraciones de la infusión favorece a la extracción en mayor cantidad de toxinas que se encuentran en el organismo.
- Mediante la administración de insulina se logra mantener los niveles normales de glucosa en pacientes diabéticos.
- Corroborar que no exista perforación, fuga de líquidos o signos de infección permite una mayor eficacia en el tratamiento.

Ejecución:

Se realizó una valoración del estado renal del usuario, la presencia de edema, hidratación, se recomendó acerca del tipo de dieta que debería consumir y sobre las restricciones en cuanto al consumo de sodio y potasio, se brindó información acerca del procedimiento al cual está sometido, se verificó las

constantes vitales durante el procedimiento, se adecuó la temperatura de la solución durante cada recambio con el fin de evitar complicaciones, se llevó un registro de control de líquidos para obtener los balances, durante la manipulación del catéter siempre se mantuvo y se empleó técnica aséptica, se obtuvieron muestras para analizar las concentraciones de sodio, potasio, urea, etc., se colocaron sábanas en las extremidades inferiores para mantenerlas elevadas y disminuir el edema, se administra en cada bolsa de diálisis 4 UI de insulina para contrarrestar los efectos que pudieran provocar las concentraciones de glucosa en la solución.

Evaluación:

Se logró disminuir la retención de líquidos que presentaba el usuario manteniendo un balance neutro al principio y negativo posteriormente en cada recambio, se mantuvieron los signos estables al momento de llevar a cabo el procedimiento, así como la disminución de las concentraciones de urea y creatinina en sangre y de electrolitos respectivamente. Se logró disminuir el edema que presentaba y por consiguiente recuperación de su peso aproximado ideal.

Necesidad: Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.

Diagnóstico: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, relacionado con el aumento de la concentración de urea y creatinina en sangre.

Objetivo: El usuario mantendrá un estado óptimo de la integridad cutánea evidenciado por la disminución de los niveles de urea y creatinina y aspecto de la piel hidratada durante su estancia hospitalaria.

Intervenciones de enfermería:

- 1.- Observar el color de la piel, textura, si existe edema y ulceraciones en extremidades.
- 2.- Observar si hay enrojecimiento y pérdida de la integridad de la piel.
- 3.- Observar si existe excesiva sequedad o humedad en la piel.
- 4.- Aconsejar al usuario que durante el baño utilice jabón graso o neutro.

- 5.- Mantener las uñas del usuario cortas y limpias.
- 6.- Evitar rascarse o frotarse.
- 7.- Aplicar crema hidratante no perfumada a base de lanolina.
- 8.- Cambiarlo de posición de forma continua, por lo menos cada dos horas.
- 9.- No utilizar ropa muy ajustada o estrecha.

Fundamentación científica:

- ❖ Llevar acabo una valoración cuidadosa de las condiciones en las que se encuentra la piel permite tomar las medidas necesarias para evitar lesiones o complicaciones.
- ❖ La presencia de enrojecimiento o pérdida de la integridad de la piel nos puede indicar algún principio de infección, lo cual nos permite actuar de forma oportuna para evitar complicaciones en el usuario.
- ❖ Los casos de extrema sequedad o humedad en la piel crean un ambiente adecuado para que se desarrollen algún tipo de infección.
- ❖ La utilización de jabones de características neutras favorece que la piel se reseque demasiado, lo que resulta adecuado en pacientes con piel poco hidratada.
- ❖ El hecho de que el usuario mantenga la uñas limpias y cortas evita que se lesione y sea portador de bacterias que le pudieran causar un tipo de infección.
- ❖ La aplicación de cremas que no contienen aroma, puede evitar algún tipo de alergia en el usuario, lo que contribuye a mantener la integridad de la piel.
- ❖ Es importante estar cambiando de posición de forma continua al usuario para evitar lesiones o úlceras por presión.
- ❖ **Ejecución:**
- ❖ Se llevó acabo una valoración de las condiciones de la piel, se mantuvo la piel del usuario en óptimas condiciones, se aconsejo que durante el baño utilizara jabones neutros así como la forma de cortarse las uñas, cuando presentaba comezón se le hacia presión en la zona que lo manifestará, posterior al baño se le aplicaba crema a base de lanolina en todo el cuerpo, se realizaba cambios de posición cada hora aproximadamente.

Evaluación:

Se logró mantener íntegra la piel del usuario durante su estancia hospitalaria, evidenciado por la disminución progresiva de las concentraciones de urea y creatinina, y al observar un mejor estado de hidratación de la piel

Conclusiones

El usuario durante su estancia hospitalaria, fueron implementando de manera sistemática las etapas de las cuales consta el proceso enfermero, se realizó una valoración de las catorce necesidades propuestas por Virginia Henderson, se elaboraron diagnósticos, los cuales se plantearon objetivos que de manera conjunta se llevaron a cabo cuidados de enfermería, se evaluó cada una de estas para corroborar la eficacia de las intervenciones realizadas.

Durante la implementación de las intervenciones de enfermería el usuario mostró cierto desinterés en algunos momentos, el cual fue incrementando de manera gradual la colaboración en el desarrollo del mismo, se logró incluir de manera satisfactoria a su esposa en los cuidados que se brindaba, ya que era uno de los requisitos para que el usuario pudiera ser dado de alta de la institución, se llevó a cabo visitas en su domicilio para verificar que las indicaciones se estuvieran llevando a cabo en tiempo y forma con el objetivo de evitar posibles complicaciones que pudieran llevarlo a ingresar nuevamente.

Al llevar a cabo se observó de manera casi inmediata la necesidad del usuario y de su familiar de contar con información acerca de los cuidados que deberían seguir posterior a su alta médica y de cómo adecuar los recursos con los cuales cuenta en su hogar para llevar a cabo de forma adecuada los cuidados, los cuales recibió mucha ayuda por parte del personal encargado del área, sintiendo una gran satisfacción al ver que fue de ayuda la información proporcionada, la cual me enseña como abordar a las personas adecuando sus necesidades.

Concluyo diciendo que el proceso de enfermería es una herramienta oculta que en muchos de los casos no le tomamos importancia, pero que al momento de llevar a cabo el proceso como tal y hacerlo de manera más constante permitiría al personal de enfermería brindar una mejor calidad en la atención de quienes necesitan de nuestros cuidados, ya que como ciencia humanista esta debe formar parte primordial en el desarrollo profesional de todo enfermero (a), que a final de cuentas se beneficiaría a la persona quien recibe los cuidados y como profesional; creando una satisfacción personal.

Sugerencias

Sugiero que el proceso sea empleado durante todo el desarrollo profesional o por lo menos por más tiempo, de tal manera que al momento de llevarlo a la práctica no se haga tan complicado realizarlo. Así mismo lograr que las autoridades encargadas de las instituciones de salud brindaran más facilidades para llevar acabo trabajos de esta naturaleza ya sea para fines de titulación o con cualquier fin, siempre y cuando no se vea afectada la integridad de terceras personas.

Una de las formas de que el proceso se emplee con mayor frecuencia en la práctica de enfermería sería fomentándolo como una forma de titulación accesible para todos los próximos a titularse, haciéndoles saber de las satisfacciones que deja como persona al ver que una persona recupera su salud o se logra integrarlo de nuevo a la sociedad de acuerdo a sus necesidades y posibilidades, sería importante también contar con un mayor número de asesores para que más compañeros pudieran titularse en el menor tiempo posible y no se vayan quedando rezagados.

Eliminar la cantidad de trámites para tener acceso a las fuentes de información que pudieran provocar el abandono durante el desarrollo de trabajos de investigación.

Promover en el personal que se encuentra laborando las ventajas que trae consigo implementar el proceso enfermero en los usuarios que tienen a su responsabilidad, así como también de la practicidad y lo fácil que puede ser llevarlo acabo de forma más constante.

Referencias bibliográficas.

Modelos y teorías de enfermería
Marriner Tomey Ann, Martha Raile Alligoog
Edit. Mosby
5a. edición.

Principios de nutrición clínica
B. Feldman Elaine.
Edit. Manual moderno
3ª, edición

Proceso enfermero
Rodríguez Sánchez Bertha Alicia
Edit. Cuellar

Planes de cuidados y documentación de enfermería
Lynda juall Carpenito
Edit. Mc. Gaw hill interamericana.
1ª. Edición

Diagnósticos enfermeros
Luis Rodrigo, Ma. Teresa.
Edit. Harcourt
3a. edición

Enfermería en atención domiciliaria
Marie S. Jaffe, Linda Skidmore- Roth
Edit. Harcourt
3a. edición

Diálisis
Williams L. Henrich
Edit. Mc Graw Hill
2ª. Edición

Clasificación de intervenciones de enfermería
C. Mc Closkey joanne, Gloria M. bulechek
Edit. Harcourt mosby
3a. edición.

Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación
NANDA Internacional 2005-2006

Manual del paciente de diálisis peritoneal
PISA (nefrología).

<http://www.fundrenal.org.mx/estadisticas.htm>

<http://www.terra.es/personal/duenas/pae.ht>

<http://www.latinoamerica.baxter.com/mexico/noticias/2006/extraneal2006.html>

<http://encolombia.com/medicina/pediatria/pediatria35400etiologia.htm>

<http://www.mx.terra.com/salud/interna>

www.scielo.org.co/pdf/amc/v31n1/v31n1a3.pdf

<http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion9/capitulo143/htm>

Ficha de identificación:

Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____
Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____
Escolaridad: _____ Fecha de admisión: _____ Hora: _____
Procedencia: _____ Fuente de información: _____
Fiabilidad (1-4): _____ Miembro de la familia / persona significativa _____

Valoración de necesidades humanas

1. Necesidades básicas de: oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.

a) Oxigenación:

Subjetivo:

Disnea debido a: _____ Tos productiva/seca: _____ Dolor asociado con la Respiración: _____ Fumador: _____
: _____
Desde cuando fuma/cuántos cigarrillos al día/varía la cantidad según su estado emocional: _____

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: _____

Tos productiva/seca: _____ Estado de conciencia: _____
Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal: _____
Circulación del retorno venoso: _____
Otros: _____

b) Nutrición e hidratación:

Subjetivo:

Dieta habitual _____ Numero de comidas
(tipo): _____ diarias: _____
Trastorno
digestivos: _____
Intolerancia
alimentaria/alergias _____
Problemas de masticación y
deglución: _____
Patrón de
ejercicio: _____

Objetivo:

Turgencia de la
piel: _____
Membranas mucosas
hidratadas/secas: _____
Características de
uñas/cabello: _____
Funcionamiento neuromuscular y
esquelético: _____
Aspecto de los dientes y
encías: _____
Heridas, tipo y tiempo de
cicatrización: _____
Otros
: _____

c) Eliminación:

Subjetivo:
Hábitos _____ Características de las
intestinales: _____ heces, orina y
Menstruación: _____
Historia de hemorragias/enfermedades
renales/otros: _____
Uso de _____ Hemorroides: _____
laxantes: _____
Dolor _____ al _____
defecar/menstruar/orinar: _____
Como fluyen las emociones en sus patrones de
eliminación: _____

Objetivo:

Abdomen/características:

Ruidos
intestinales:

Palpación de la vejiga
urinaria:

Otros
:

d) Termorregulación:

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de
temperatura:

Ejercicio/tipo
frecuencia:

Temperatura ambiental que le es
agradable:

Objetivo:

Características de la
piel:

Transpiración:

Condiciones del entorno
físico:

Otros:

2. Necesidades básicas de: moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel.

a. Moverse y mantener una buena postura:

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: _____
Actividades en el tiempo libre: _____
Hábitos de descanso: _____
Hábitos de trabajo: _____

Objetivo:

Estado del sistema musculoesquelético/fuerza: _____
Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: _____
Posturas: _____
Ayuda para la deambulaci3n: _____
Dolor con el movimiento: _____
Presencia de Estado de temblores: _____ conciencia: _____
Estado emocional: _____
Otros: _____

b. Descanso y sue1o:

Subjetivo:

Horario de descanso: _____
Horario de sue1o: _____
Horas de descanso: _____
Horas de sue1o: _____
Siesta: _____
Ayudas: _____
¿Padece insomnio? _____
A que considera que se deba: _____
¿Se siente descansado al levantarse? _____

Objetivo:

Estado

mental/ansiedad/estrés/lenguaje: _____

Orejas: _____ Atención: _____ Bostezos: _____ Concentración: _____

Respuestas a estímulos: _____

Otros: _____

c. Uso de prendas de vestir adecuadas:

Subjetivo:

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus vestidos? _____

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir? _____

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría? _____

¿Necesita ayuda para la selección de su vestido? _____

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: _____

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____

Vestido Sucio: Inadecuado: Otros:
incompleto: _____

d. Necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: _____

Momento preferido para el baño: _____

Cuántas veces se lava los dientes al día: _____

Aseo de manos antes y después de comer: _____ Después de eliminar: _____

¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos? _____

Objetivos:

Aspecto

general: _____

Olor corporal: _____

Halitosis: _____

Estado del cuero

cabelludo: _____

Lesiones dérmicas, qué

tipo: _____

(Anote su ubicación en el diagrama)

Otros: _____

e. Necesidad de evitar peligros

Subjetivo:

Que miembros componen su familia de pertenencia: _____

Como reacciona ante una situación de urgencia: _____

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? _____

En el hogar: _____

En el trabajo: _____

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados? _____

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: _____

Objetivo:

Deformidades

congénitas: _____

Condiciones del ambiente en su

hogar: _____

Trabajo: _____

Otros: _____

3. Necesidades básicas de: comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.

a. Necesidades de comunicarse

Subjetivo:

Estado

civil: _____

Años

relación: _____

de

Vive

con: _____

Preocupaciones/est

rés: _____

Familiare

s: _____

Otras personas que pueden

ayudar: _____

Rol en la estructura

familiar: _____

Comunica sus problemas debido a la

enfermedad/estado: _____

Cuanto tiempo pasa

sola: _____

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en

el trabajo: _____

Objetivo:

Habla

claro: _____

Confusa: _____

Dificultad en la

visión: _____

Audición: _____

Comunicación verbal/no verbal con la familia/con otras personas

significativas: _____

Otros: _____

b. Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo:

Creencia

religiosa: _____

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales? _____

Principales valores en su familia: _____

Principales valores

personales: _____

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir? _____

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): _____

¿Permite el contacto físico? _____

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias? _____

Otros: _____

c. Necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente? _____

Tipo de trabajo: _____

Riesgos: _____

Cuanto tiempo le dedica al trabajo: _____

¿Está satisfecho con su trabajo? _____
dadas básicas y/o las de su familia?

¿Su remuneración le permite cubrir sus necesi- _____

¿Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega? _____

Objetivo:

Estado emocional/calmando/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/eufórico: _____

Otros: _____

d. Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivos:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: _____

¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad? _____

¿Existen recursos en su comunidad para la recreación? _____

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa? _____

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: _____

¿Rechaza las actividades recreativas? _____

¿Su estado de ánimo es apático/aburrido/participativo?: _____

Otros: _____

e. Necesidad de aprendizaje

Subjetivo:

Nivel de educación: _____ de _____

Problemas de aprendizaje: _____ de _____

Limitaciones cognitivas: _____ Tipo: _____

Preferencias: leer/escribir: _____

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad? _____

¿Sabe como utilizar las fuentes de apoyo? _____

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud? _____

Otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: _____

Órganos de los sentidos: _____

Estado emocional/ansiedad/dolor: _____

Memoria reciente _____

Memoria remota: _____

Otras manifestaciones: _____
