

00921
173



Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

Proceso de atención de enfermería aplicado a una adulta joven con problemas emocionales y deterioro de la perfusión hística renal

que para obtener el Título de :
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

presenta:

María Mercedes Xool Soberanis

N° Cuenta 098612635

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
SISTEMA DE ADULTOS ESCOLARES

Asesor de Trabajo: Lic. en Enfermería María
Aurora García Piña



Mérida de Yucatán, *Julio 2003*

Q



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

	Pág.
I.- INTRODUCCIÓN	1
II.- JUSTIFICACIÓN	2
III.-OBJETIVOS	3
3.1.- Objetivo General	3
3.2.- Objetivos Específicos	3
IV.- METODOLOGÍA	4
V.- MARCO TEÓRICO	6
5.1- Historia del cuidado enfermero.....	6
5.2.- Definición de Enfermería	10
5.3.- Conceptos Básicos del modelo de Virginia Henderson	11
5.4.- Definición del proceso de Enfermería y sus etapas	12
5.5.-Etapas del desarrollo del adulto joven	15
VI.- PRESENTACION DEL CASO CLÍNICO	19
VII.- DESARROLLO DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	20
VIII.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	38
IX.- BIBLIOGRAFÍA	40
X.- ANEXOS	42
10.1.- Insuficiencia Renal Crónica	42
10.2. Instrumento de valoración	49

b

I.- INTRODUCCIÓN

El proceso de atención de Enfermería, cuya metodología permite y facilita la detección de problemas reales, potenciales y posibles de salud de un individuo, familia o comunidad, para resolver la respuesta humana y de esta forma, contribuir a mejorar su calidad de vida.

Durante el desarrollo de este proceso de enfermería se realizará un seguimiento del control de un adulto joven con problemas emocionales y diagnóstico médico de insuficiencias renal crónica.

El presente proyecto es desarrollado considerando el modelo de Virginia Henderson, con el objeto de lograr la satisfacción del cliente a partir de las necesidades de enfermería con enfoque holístico.

Se define en primer lugar los objetivos para poder alcanzar las metas trazadas.

Una metodología donde se señalan los pasos para construir este proyecto.

Un marco teórico que sirva de fundamento científico para poder desarrollar el proceso.

La presentación del caso clínico para dar a conocer al cliente. Posteriormente se incluirá cada una de las etapas del proceso.

Las conclusiones y sugerencias se desarrollarán al final de la elaboración del proyecto.

En la bibliografía se enunciará la literatura en la que se basó la investigación, y finalmente en los anexos, se plasmarán las patologías con los lineamientos ya establecidos así como los instrumentos de evaluación.

II.- JUSTIFICACIÓN

El presente proceso de enfermería se lleva a cabo como una opción para la Titulación de la carrera de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. Cabe mencionar que dentro de la institución, donde laboro, es el servicio de Hemodiálisis del Hospital C M. N Lic. Ignacio García Téllez., he elegido al paciente, por considerar importante la incidencia de casos. Así mismo poderme actualizar sobre el tema y que esto se vea reflejado en mi atención con otros pacientes,

III.- OBJETIVOS

3.1.- Objetivo General

Aplicar el proceso de atención de enfermería en una persona con problemas emocionales y deterioro de la perfusión hística renal que se encuentra en el servicio de Hemodiálisis del Centro Médico Nacional "Lic. Ignacio García Téllez" de Mérida, Yucatán, para proporcionar cuidados de enfermería individualizados.

3.2.- Objetivos Específicos

1. Valorar y jerarquizar las necesidades humanas para mejorar la calidad de atención de enfermería.
2. Elaborar diagnósticos de enfermería acordes con las necesidades detectadas.
3. Ayudar al cliente a afrontar los procesos de la vida y con ello invitaremos los estados depresivos.

IV.- METODOLOGÍA

1. Cursar un seminario del proceso de atención en enfermería en los meses de abril a junio.
2. Revisión de bibliografía para la construcción del marco teórico.
3. Construcción de cada paso del proceso de enfermería.
 - 3.1. Valoración
 - Elaboración de instrumentos de trabajo, del 5 al 11 de mayo de 2003.
 - Recolección de datos mediante la ficha de identificación en tres sesiones de una hora durante los tratamientos de hemodiálisis, donde se investigarán antecedentes patológicos, no patológicos y necesidades básicas del cliente.
 - 3.2. Diagnóstico de enfermería.
 - Identificación de los problemas, necesidades de salud y causas de la dependencia, a través del análisis de la ficha de identificación.
 - Jerarquización de las necesidades básicas según su importancia.
 - Análisis de datos recolectados.
 - Esta etapa se llevará al cabo del 14 al 30 de abril de 2003.
 - 3.3. Planeación
 - Establecimiento de prioridades a través de la jerarquización de las necesidades humanas.
 - Elaboración de objetivos tomando en cuenta: respuesta humana del diagnóstico de enfermería, metas trazadas, recursos y el tiempo de elaboración será del 5 al 17 de mayo.

3.4. Ejecución

- Se llevará a cabo el logro de los objetivos a través de las acciones de enfermería salvaguardando las barreras a través de estrategias establecidas. Esta será e el periodo comprendido del 19 a l 30 de mayo de 2003.

V.- MARCO TEÓRICO

5.1. Historia del Cuidado Enfermero

Para poder comprender y conceptuar el cuidado enfermero, es indispensable abordar su historia desde la etapa primitiva hasta el modernismo, con el objeto de conocer sus orígenes: quién los ha proporcionado, cómo, dónde, por qué y para qué.

El cuidado enfermero inicia en la época glacial en la etapa de la civilización neolítica.

Del mismo modo y siguiendo "el proceso de humanización"⁽¹⁾ (Homo sapiens: neolítico) se incorpora a las "prácticas de los cuidados"⁽²⁾ los elementos psicológicos y culturales.

El cuidado empieza a ejercerse por el interés de preservar los grupos y las especies, basándose en los conocimientos naturales y el concepto de autoayuda, dichos cuidados eran proporcionados por las mujeres en forma empírica.

Las mujeres tenían la responsabilidad de: 1. mantener el fuego y sus secretos; 2. Preparar alimentos; 3. Cuidar a las embarazadas y cuidar los partos; 4. Recolección y selección de vegetales de acuerdo a sus propiedades.

En esta etapa a la mujer madre se le designaba el papel de "cuidadora intuitiva"⁽³⁾ de acuerdo a sus naturaleza biológica.

Posteriormente, la creencia se basó en el "animismo que abrió la puerta al mundo espiritual"⁽⁴⁾. Esta concepción mágico religiosa continuó desarrollándose en el seno de las primeras civilizaciones.

En los siglos XX y XI antes de cristo se describen los papiros en los que se mencionan el cuidado doméstico e institucional que era ejercido por las mujeres y los esclavos y cuyo objetivo era el mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio.

(1) Antología, Tomo I, Fundamentos de Enfermería, ENEO, 1996, p. 23

(2) Idem, p. 23

(3) Idem, p. 27

(4) Idem, p. 27

Alrededor del siglo III “el calificativo vocacional, de la actividad de cuidar se asocia al cristianismo, donde asociaba la salud-enfermedad como designio de Dios. Durante esta etapa, las personas que proporcionaban los cuidados podían ser hombre o mujer, pero con ningún tipo de preparación, únicamente en “formación religiosa como son la de un gran sentido de religiosidad, caridad, sumisión y obediencia”⁽⁵⁾.

Cabe resaltar que durante la edad media surgen los primeros centros hospitalarios dirigidos por religiosos.

Existe un lapso de tiempo comprendido entre la edad media y el renacimiento llamado la “etapa oscura de la enfermería por las circunstancias que dieron lugar a esta denominación”⁽⁶⁾.

Durante el siglo XIX se empieza a considerar que la salud es entendida como una lucha contra la enfermedad, por lo que da pie al desarrollo científico y tecnológico, y se limita la atención de los enfermos a las instalaciones hospitalarias. Esto crea la necesidad que el médico designara a una persona que lo ayudara a realizar ciertas tareas; y fue precisamente el personal que proporcionaba los cuidados enfermeros al que se le capacitara y se le denominó “personal paramédico o auxiliar”⁽⁷⁾.

En 1836 la escuela de enfermería de Kaiserweth incluía “un programa dependiente del médico donde las enfermeras debían cumplir las órdenes de éste por considerarse como único responsable del cuidado final”⁽⁸⁾.

A mediados del siglo XIX Collere denomina “mujer enfermera-auxiliar del médico”⁽⁹⁾ y nuevamente se asigna a la mujer la tarea de proporcionar los cuidados enfermeros pero de manera técnica.

Durante esta época surge la precursora de la enfermería Florence Nightingale quien contribuyó a la profesionalización “de la enfermera, que durante este momento histórico debió de proveerse de un método de análisis y un trabajo riguroso que la acercara a las demás disciplinas logrando de esta manera su independencia”.

(5)García-Caro Catalina, et al, Historia de la enfermería (Evolución histórica del cuidado enfermero) Ed: Harcord, pp. 15-20

(6)García-Caro Catalina, et al, Historia de la enfermería (Evolución histórica del cuidado enfermero) Ed: Harcord, pp. 15-20

(7) Antología, Tomo I, Fundamentos de Enfermería, ENEO, 1996, p. 69

(8) Ídem, p. 74

(9) Collere, M. F., Promover la vida, Interamericana-Mc Graw-Hill, Madrid, 1993.

Al final del siglo XX la “enfermería se encuentra situada entre el pasado y el futuro” (10) en esta etapa histórica , altamente tecnológica, considerada como modernista o profesional, surgen cambios debido a la evolución humana, en materia económica, social, y política; por lo que también repercute en la salud, que se conceptualiza como el equilibrio entre el individuo y su medio ambiente. Debido a los cambios en el entorno, surge la necesidad de una formación rigurosa del cuidado enfermero (impartida en las universidades) “entendiéndose como conjunto de actividades enmarcadas en un sistema conceptual y utilizando una metodología de trabajo propio de la disciplina” (11) , para estar al día del mundo moderno.

En el desarrollo histórico de la enseñanza de la enfermería en México, podemos ver que en 1959, se inició la enseñanza de la medicina y fueron los religiosos que prestaron atención a los enfermos. Aunque “también habían enfermeras (mujer de edad madura, soltera o viuda) que hacían las curaciones en los hospitales y cárceles” (12) .

En 1903 Made Dato y Gertrudie Iriedich , enfermeras alemanas, iniciaron un curso de enfermería básica en el Hospital general de México.

El 9 de febrero de 1905 se fundó la Escuela de enfermería con los siguientes requisitos:

- La carrera debería cursarse en tres años.
- Haber terminado la primaria.
- Tener buena salud.
- Tener buena moral, comprobada con certificado como persona honorable.
- Tener menos de 30 años de edad.

“En 1910 la escuela de enfermería del hospital General se incorpora a la Universidad Nacional de México, hoy autónoma, y como requisito era la educación primaria” (13) .

(10) Antología, Tomo I, Fundamentos de Enfermería, ENEO, 1996, p. 86

(11) García-Caro Catalina, et al, Historia de la enfermería (Evolución histórica del cuidado enfermero) Ed: Harcord, pág. 8.

(12) Ledesma, Fundamentos de Enfermería, México, Ed. Noriega, 1999.

(13) Ídem

En 1933 se efectúa el primer congreso de obstetricia y se cambian los requisitos de ingreso al de la enseñanza secundaria.

La escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) se constituyó en el año de 1945.

A mediados del siglo XX se modifican los planes de estudio de enfermería en tiempo, contenido y requisitos de ingreso.

Durante el Congreso Nacional de Enfermería que se llevó a cabo en septiembre de 1949 donde el tema principal fue "Enseñanza en Enfermería", obligó a que la Universidad Nacional Autónoma de México, conjuntamente con la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la OPS-OMS, en 1950 establecen los cambios para realizar cursos de docencia en enfermería.

En 1955 la Secretaría de Salubridad y Asistencia, a través de la dirección de enfermería y trabajo social, instituyeron que las escuelas deberían preparar enfermeras que desempeñaran cambios sanitarios y en los hospitales fungieran como supervisoras e instructoras del personal auxiliar. Se concibió un proyecto piloto para mejorar la educación básica de enfermería, lográndose la unificación de los planes de estudio y la selección de los campos clínicos adecuados para la práctica de enfermería, así como la constitución de cursos para fungir como instructoras de estudiantes de enfermería, la organización cada año de seminarios que sirvieran para guiar a los instructores y los nombramientos de enfermeras para directoras de escuelas de enfermería.

En 1968 se establece la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

En el año de 1972 se extiende la cobertura a través de los programas de salud rural.

En 1978 se acordó como meta política y social brindar salud para todos en el año 2000 y se fijó la atención primaria.

A partir de la historia antes mencionada por diversos autores, se puede constatar que los cuidados enfermeros surgen desde el principio de la humanidad con carácter propio e independiente. Sin embargo, es preciso definir el quehacer propio de la disciplina que nos ayudará a identificarnos de manera profesional.

5.2. Definición de Enfermería

La enfermería ha evolucionado notoriamente a través de la historia, y por lo tanto, también como se conceptualiza.

- Nightingale (1859) define enfermería “como aquello que se encarga de la salud personal de alguien... y lo que la enfermera tiene que hacer... es poner al paciente en la mejor condición para que la naturaleza actúe sobre él” (14).
- Henderson (1960) la define como “la función propia, es ayudar a los clientes solos o enfermos en el desarrollo de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a una muerte tranquila, actividad que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, el deseo o el conocimiento necesario, y todo ello de forma que el individuo se sienta capaz de llevarlos a cabo lo más pronto posible” (15).
- La Asociación Americana de Enfermería (ANA) en 1980 publicó que la enfermería “es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humana a los problemas de salud reales y potenciales” (16).
- Leddy Susan (1995) la define como “proceso que comprende juicio y actos dirigidos a la conservación y promoción o restablecimiento del equilibrio en los sistemas humanos” (17).

Como conclusión, y después de haber revisado varias definiciones, en este trabajo la enfermería es conceptualizada como una ciencia disciplinada y sistematizada que se basa en conocimientos científicos, encaminados a prestar cuidados integrales, humanísticos al individuo sano o enfermo.

Después de hacer un análisis conceptual de la profesión de enfermería y haber analizado las distintas corrientes, teóricas y definir a enfermería, se puede visualizar que todos los modelos contienen tres elementos (supuestos, sistemas de valores y principios). Todo este análisis nos proporciona una pauta para seleccionar una sola teórica y analizarla más profundamente y tomar los elementos que ella utiliza para el desarrollo del proceso de enfermería. Se hablará entonces de los conceptos de Virginia Henderson.

(14) W. Iyer Patricia. Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería, Ed. Interamericana, Madrid, 1993, pág. 4.

(15) Antología, Tomo I, Fundamentos de Enfermería, ENEO, 1996, pág. 129.

(16) W. Iyer Patricia. Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería, Ed. Interamericana, Madrid, 1993, pág. 5.

(17) Antología, Sociedad, Salud y Enfermería, ENEO, 1998, pág. 296.

5.3. Conceptos Básicos del Modelo de Virginia Henderson

Según Virginia Henderson, la enfermera “es la persona que asiste al paciente con actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o lograr una muerte tranquila”⁽¹⁸⁾. Ella considera que la independencia del paciente es un criterio importante para la salud.

Henderson basa su teoría en la identificación de 14 necesidades básicas, en la que la enfermera ayudará a satisfacer en forma holística.

Virginia Henderson define el metaparadigma enfermero de la siguiente manera:

1. Persona.- “Es considerada como un individuo que necesita asistencia para alcanzar un estado de salud e independencia o para morir con tranquilidad”⁽¹⁹⁾. El individuo se ve influido tanto por el cuerpo como por la mente, consta de componentes biológicos, psicológicos, espirituales y sociales, trata de alcanzar la independencia ya sea sano o enfermo, necesita fuerza, voluntad y conocimientos para llevar a cabo las actividades necesarias para llevar una vida sana.
2. Entorno.- “Implica la relación que uno comparte con su familia”⁽²⁰⁾ y la comunidad; también abarca los factores personales (edad, entorno, cultura, capacidad física e inteligencia), y los factores físicos (aire, temperatura, desempeñan un papel en el bienestar de la persona).
3. Salud.- “Se refiere a la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con la satisfacción de las 14 necesidades básicas”⁽²¹⁾, la salud es indispensable para poder funcionar como ser humano y el individuo requiere de fuerza, voluntad y conocimiento.
4. Enfermería.- “Es la persona que proporciona asistencia fundamental al individuo enfermo o sano para llevar a cabo, actividades que contribuyen a la salud o a una muerte tranquila⁽²²⁾”; es la persona que con suficiente fuerza, voluntad o conocimientos básicos de ciencias sociales y humanidades brinda ayuda al cliente para satisfacer las 14 necesidades

(18) L. Westly, Rubi, Teorías y Modelos de Enfermería, Ed. Interamericana, México, 1999, pag. 25.

(19) Ídem, pag. 25

(20) L. Westly, Rubi, Teorías y Modelos de Enfermería, Ed. Interamericana, México, 1999, pag. 26.

(21) Ídem, pag. 26

(22) Ídem, pag. 25

básicas a través de la formación de una relación enfermera-paciente, mediante los tres niveles de la función de la enfermera: sustituto (compensa lo que le falta al paciente), ayudante (establece las intervenciones clínicas), o compañera (fomenta una relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud proporcionando cuidados individualizados, a través de plan de cuidados enfermeros.

Después de haber revisado el proceso de enfermería, a través de su historia y su evolución, desde el punto de vista de diferentes teóricos, nos concretaremos a conocer las cinco etapas que hasta la actualidad se manejan, para poder analizar cada una de ellas, lo cual nos ayudará a la construcción, elaboración y aplicación de un proceso de enfermería.

5.4. Definición del Proceso de Enfermería y sus Etapas

Para poder desarrollar y entender el proceso de enfermería, es necesario conocer los componentes del paradigma de la enfermera, el cual agrupa cuatro conceptos: persona, entorno, salud y enfermería. En este último nos enfocaremos, pues es el individuo que proporciona y ejecuta el cuidado enfermero.

Antecedentes

“El proceso de enfermería ha evolucionado en 5 fases coherentes con la naturaleza, en desarrollo de la profesión; tiene su origen en 1933 cuando Hall lo describe como un proceso distinto. Johnson en 1954, Orlando en 1961 y Wiedenboch en 1963 desarrollaron un proceso trifásico distinto, que contenía elementos rudimentarios como la valoración, planeación y ejecución; en 1967 Yura y Walsh crearon el primer texto que describía un proceso con cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de la década de los años setenta Bloch (1974), Roy, Mundinger, Jauron (1975); Aspinall (1976) y otros autores añadieron la fase de diagnóstico, dando lugar a un proceso de cinco fases. Desde entonces, el proceso de enfermería ha sido legitimado como marco de la práctica de enfermería. La American Nurses Association, utilizó el proceso de enfermería como directriz para el desarrollo de las normas de la práctica de enfermería” (23). Actualmente el proceso se ha incorporado en el marco conceptual de la mayoría de los planes de estudio de enfermería.

(23) W. Iyer Patricia. Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería, Ed. Interamericana, Madrid, 1993, pág. 13

Analizando los antecedentes mencionados, definimos el proceso de enfermería como “un método racional, dinámico, organizado y sistemático de planificación y resolución de problemas de salud reales o potenciales con carácter humanista”⁽²⁴⁾.

Etapas del proceso:

- I. Valoración.- “Es el proceso organizado y sistemático de recolección de datos, procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un cliente”⁽²⁵⁾.
Los datos pueden ser: objetivos, subjetivos, históricos y actuales. Existen algunos métodos utilizados para la recolección y son: observación, entrevista, exploración física.
Las fuentes pueden ser: primaria (el paciente), secundaria (familiares, equipo de salud multidisciplinario, amigos, expediente personal y referencias bibliográficas).
- II. Diagnóstico de enfermería.- Es un juicio clínico sobre la respuesta de salud del individuo, familia o comunidad ante problemas de salud o procesos de vida.

La NANDA identificó tres tipos de diagnóstico:

- Real.- Aquel juicio clínico ante problemas reales o potenciales de salud.
- De alto riesgo.- Juicio clínico que se hace cuando existe una mayor vulnerabilidad para desarrollar un problema, que otros que se encuentran en situación similar.
- De bienestar.- Es el juicio clínico que se hace en transición de un nivel concreto de bienestar a un nivel más elevado.

Componentes del diagnóstico de enfermería: está formado por dos enunciados unidos por la frase “relacionado con”:

Primer enunciado: La respuesta humana. Identifica la forma en la que el cliente responde a un estado de salud o enfermedad, o indica las necesidades que se deben cambiar en el cliente y determina los resultados centrados en éste que medirán el cambio.

(24) Ídem, pág. 13

(25) Antología, Proceso de Enfermería, ENEO, pág. 81.

Segundo enunciado: factores relacionados o de riesgo. Son aquellos que contribuyen a la presencia de la respuesta en el individuo.

III. Planificación.- Es una de las etapas que orientan hacia la acción. Consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar, cuidar, reducir o corregir las respuestas identificadas en el paciente en el diagnóstico de enfermería.

Esta etapa se compone de cuatro pasos:

1. Establecimiento de prioridades.- El pensar en atender todas estas manifestaciones no es posible, por lo tanto, debemos establecer un sistema que nos señale cuáles deberán abordarse primero. Un mecanismo es a través de la Jerarquía de necesidades humanas de Abraham Maslow y la modificada por Kalish.
2. Elaboración de objetivos.- Definen de qué manera el profesional de enfermería y el cliente fijan los resultados para corregir, reducir o impedir los problemas. Son el punto de referencia para la última etapa del proceso que es la evaluación.
3. Desarrollo de intervenciones de enfermería.- Son estrategias diseñadas para ayudar al paciente a lograr sus objetivos. Se basa en los factores relacionados con el diagnóstico, por lo tanto, identifica las medidas necesarias para eliminar o reducir los factores que contribuyen a la respuesta humana.
4. Documentación del plan.- Consiste en registrar de manera organizada los diagnósticos, objetivos, intervenciones de enfermería, actividades de autocuidado en relación al diagnóstico establecido y la evaluación, a través de un formato establecido.

Debe llevar firma del responsable y la fecha correspondiente.

IV. Ejecución.- Consiste en llevar a cabo el plan para la consecución de los objetivos propuestos:

En esta etapa del proceso es importante tener en cuenta lo siguiente:

- Disponer de todo lo necesario de acuerdo a las intervenciones planeadas.

- Utilizar todas las formas de registros existentes para poder llevar a cabo la evaluación posterior.
- Tener en cuenta las barreras con las que nos podemos encontrar y las estrategias que se llevarán a cabo para salvarlas.

V. Evaluación.- “Es la etapa que sirve para determinar hasta qué punto se han alcanzado los objetivos asistenciales. Permite valorar el progreso del usuario, familia o comunidad, determinando si el plan de cuidados fue adecuado, realista, actual o necesita revisión o reestructuración”⁽²⁶⁾.

Es importante que la evaluación sea constante y continua, llevada a cabo en forma directa o indirecta.

5.5. Etapas de Desarrollo del Adulto Joven

Es indispensable conocer la evolución que cursa un adulto joven sano para conocer, el proceso salud-enfermedad.

La adultez es un tiempo de cambio. “Las alteraciones que ocurren con la edad, tanto en el cuerpo como en la mente, requiere de ajustes de la conducta, en las respuestas emocionales y en los patrones para el manejo de los problemas de la vida”⁽²⁷⁾.

Esta etapa comienza al finalizar la adolescencia y está comprendida entre los 20 a 40 años de edad. Este periodo ofrece al individuo el tiempo necesario para crecer y realizar las relaciones necesarias y complejas con la sociedad adulta.

“Su crecimiento físico a menudo a menudo en todos los sentidos”⁽²⁸⁾.

Características físicas

En mujeres se observa amplitud de caderas y en los hombres la anchura de los hombros.

En talla y peso se mantendría hasta alcanzar los 45 años.

(26) W. Iyer Patricia. Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería, Ed. Interamericana, Madrid, 1993, pág. 15

(27) Ignatavicius, Donna D. Tomo I. Enfermería Médico-Quirúrgica, Interamericana, México, 1995, pág. 61.

(28) Antología, Tomo II. Crecimiento y desarrollo, ENEO, 1998, pág. 691.

Actividades sensoriales:

1. **Visión.-** Aumenta a los 20 años y se mantiene hasta los 30 y declina hasta los 40 años. También ocurren cambios en la captación de colores.
2. **Audición.-** Se desarrolla de los 10 a los 14 años y empieza a declinar gradualmente.
3. **Reflejos.-** Se desarrollan hasta los 20 años y permanecen hasta los 30 y empiezan a declinar.
4. **Equilibrio.-** Alcanza su máximo entre 20 y 30 años y empieza a declinar.

Cambios fisiológicos:

1. **Musculoesquelético.-** La eficacia muscular está en su grado máximo entre los 20 a 30 años. El ejercicio es necesario para conservar su cuerpo saludable. El vigor físico aumenta hasta los años 20 y permanece hasta los 30 años y empieza a declinar.
2. **Cambios cardiopulmonares.-** La conservación de las funciones del corazón y los pulmones, dependen de la práctica de un estilo de vida saludable. Entre los problemas más comunes está la arterioesclerosis, debido al sedentarismo, el tipo de dieta, tabaquismo y obesidad.
3. **Cambios tegumentarios.-** Existen arrugas de la piel debido a la exposición al sol. La piel pierde su humedad y gradualmente se seca, debido a la atrofia de la grasa.

El cabello se encanece debido a la incapacidad de los melanocitos de proveerlo de pigmento. La pérdida del cabello es debido a cambios genéticos relacionados con los andrógenos.

4. **Cambios dentales.-** Los terceros molares, o muelas del juicio, brotan alrededor de los 20 años.

Cambios psicosociales:

1. **Identidad propia.-** Alcanza un amplio sentido de la realidad; es real en sus aspiraciones y comienza a elaborar planes futuros, surge la independencia de los padres, aunque conserva los lazos afectivos.

Terminación de una profesión o establecimiento de un empleo, halla su lugar en la sociedad; logra tomar decisiones y aceptación de responsabilidades; suele ser tolerante con respecto a la frustración y satisfacción. "En otras palabras, en esta etapa de desarrollo de la identidad, la principal preocupación es la reducción entre el individuo y el sistema social"⁽²⁹⁾.

2. Sexualidad.- "Es fundamental la compañía, para la satisfacción no solo sexual, sino también de ternura, comunicación y el compartir el diario vivir"⁽³⁰⁾. Empiezan a tener valores y conductas sexuales conservadoras. Las relaciones se vuelven más abiertas para entender y aceptar a los demás como son.

Esta es la etapa de la procreación y la respuesta sexual disminuye con la edad.

3. Estructura familiar.- En esta etapa entra la selección de la pareja para formar su hogar y tener su propia familia. El matrimonio y el nacimiento del primer hijo marca la vida del adulto

Aprender ha vivir íntimamente con otro individuo no es fácil, pues surgen conflictos, el establecimiento de modelos para su resolución, la toma de decisiones y comunicación, la división de los papeles y las responsabilidades en la familia lo llevaron a crear conflictos entre parejas.

La intimidad del adulto joven experimenta una dramática modificación conforme asume el papel de responsabilidades y relaciones de amante, compañero, esposo y padre.

4. Trabajo.- Durante este periodo empieza el proceso de la selección de el adulto joven "cree en su propia capacidad, recibe con agrado el trabajo y las responsabilidades de este."⁽³¹⁾. El trabajo es un medio de subsistencia, si no lo tuviera la inseguridad se hace menos sensible a él.

(29) Ignatavicius, Donna D, Tomo I, Enfermería Médico-Quirúrgica, Interamericana, México, 1995, pág. 693.

(30) Antología, Tomo II, Crecimiento y desarrollo, ENEO, 1998, pág. 696.

(31) Antología, Tomo II, Crecimiento y desarrollo, ENEO, 1998, pag. 694.

Necesidades Básicas

1. **Nutrición.-** “Debe consumir una dieta balanceada baja en grasas, condimentos y harinas, por disminución de la actividad física y el metabolismo”⁽³²⁾.
2. **Educación.-** Es un periodo largo de preparación profesional o de capacitación para el trabajo.
3. **Recreación.-** Es tan importante como la nutrición, la mente y el cuerpo requiere de un cambio de aire y ambiente agradable, “para prevenir es sentimiento de cansancio y frustración en el trabajo”.
4. **Estimulo.-** Es considerado el motor de todas las actividades de la vida.
5. **Seguridad y sentimientos de pertenecer.-** “ La seguridad familiar, promueve el desarrollo personal de los individuos, el recuerdo de experiencias agradables del medio donde se creó, constituyen el mejor bagaje de aprendizaje cuando uno es adulto”⁽³³⁾.
6. **Independencia.-** A través de esté realizarán actividades que les permitir desarrollar su personalidad.
7. **Sueño y reposo.-** Requieren de dormir de 8 a 10 horas diarias.
8. **Sexualidad.-** “Es fundamental la compañía, para la satisfacción, no solo sexual, si no también el compartir el diario vivir”⁽³⁴⁾.
9. **Ejercicio.-** Es importante por que el cuerpo empieza a perder poder de flexibilidad.

“ Situaciones especiales de los adultos jóvenes ”.

En esta etapa atraviesa con varias situaciones: soltería, noviazgo, matrimonio, nacimiento de los hijos, divorcio o separación, empleo y desempleo

(32) Ídem, p. 693.

(33) Ídem, 695

(34) Ídem, 696.

VI.- PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Elizabeth, adulta joven de 24 años, con peso de 45 kilos, talla de 1.40 cm, soltera, hija menor, de profesión secretaria, jubilada por la incapacidad de realizar esfuerzo físico debido a su enfermedad renal, con diagnóstico médico de depresión e insuficiencia renal crónica. Originaria de Cozumel, Quintana Roo, actualmente reside en Mérida, Yucatán, por requerir tratamiento de hemodiálisis 5 horas tres veces por semana.

Durante la valoración de enfermería he encontrado los siguientes datos de dependencia: disnea, tos seca, dolor intercostal, palidez de tegumentos, ligera cianosis de lechos ungueales, náuseas, vómitos, estreñimiento, desnutrición, piel seca y áspera, uñas reseacas, quebradizas, anuria, depresión con ansiedad, angustia, ojeras y adinámica.

En el plan de atención he enfocado mis cuidados principalmente a orientar, enseñar ,y demostrar acciones y técnicas que permitirán cambiar o modificar su estilo de vida

VII.- DESARROLLO DEL PROCESO

7.1. Valoración de enfermería de las 14 necesidades básicas de salud de Virginia Henderson en un adulto joven

Ficha de identificación

Nombre: E. U. C. Edad: 24 Peso: 45Kgr. Talla: 1.40 cm.

Fecha de nacimiento: 20-02-19-78 Sexo: Femenino

Ocupación: Secretaria Jubilada Escolaridad: Secretariado

Fecha de admisión: 22-02-2003 Hora: 16 Hrs.

Procedencia: Mérida Yucatán Fuente de información: Entrevista y expediente

Fiabilidad (1-4): 4

Miembros de la Familia/persona significativa: Hija menor

1.- OXIGENACIÓN

Subjetivos: la paciente refiere, disnea al acostarse de cubito dorsal y a la actividad física, tos seca, dolor intercostal derecho; aunque menciona que nunca ha fumado.

Objetivo: a la exploración física encontramos signos vitales de tensión arterial de 160/100, frecuencia cardiaca de 100 por minuto, frecuencia respiratoria de 23 por minuto y temperatura de 36.4 ° C, consciente, orientada, con palidez de tegumentos, disnea, tos seca, lechos ungueales con ligera cianosis, campos pulmonares con disminución del murmullo vesicular a nivel basal derecho, con buena entrada de aire sin estertores audibles, ruidos cardiacos audibles aumentados de intensidad sin soplos.

2.-NUTRICION E HIDRATACIÓN

Subjetivos: Elizabeth menciona que su dieta habitual la realiza en tres tiempos, ingiriendo sopa, guisado y postre, aunque tiene poco apetito realiza tres comidas al día en pequeñas cantidades por presentar nauseas y estreñimiento, refiere que tiene indicado dieta hiposódica de 1800 calorías y 50 gramos de proteínas y 100 mililitros de líquidos en 24 horas.

Objetivo: a la exploración encontramos piel morena clara y reseca, pelo escaso y sin brillo, uñas quebradizas, presenta náuseas, vómitos, anorexia, escasa masa muscular y adiposa; presenta cicatrices en varias partes del cuerpo por cirugías previas (colocación de catéter tenckoff, trasplante renal, instalación de catéter mahurkar y colocación de fístula arteriovenosa interna).

3.- ELIMINACION

Subjetivo: la paciente refiere que defeca cada tres días, con heces duras de color pardo; con respecto a la orina es escasa, presenta anuria, sus periodos menstruales son normales. Con respecto a enfermedades, padece insuficiencia renal crónica desde diciembre de 1995, e insuficiencia cardíaca en diciembre de 2002; utiliza laxantes prescritos (psillium plantago) por el problema de estreñimiento padece de hemorroides y todo esto le produce desesperación y ansiedad.

Objetivo: a la auscultación encontramos abdomen distendido por constipación, con cicatrices de cirugías previas (colocación y retiro de catéter tenckoff en 1996, trasplante renal en 1998); sin datos de irritación peritoneal, sin dolor a la palpación profunda y superficial, sin visceromegalias y con peristalsis disminuida.

4.- MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Subjetivo: la cliente comenta que tiene restricciones de ejercicio por problemas cardíacos, aunque por indicación médica, puede caminar una hora diaria de acuerdo a tolerancia, en su tiempo libre, le gusta escuchar música, tejer y cuidar a su sobrino; toma siesta dos horas por las tardes; con respecto a su trabajo, no tiene por que es pensionada debido a su enfermedad, ayuda a su mamá en las labores domésticas.

Objetivo: se observa a cliente consciente, orientada, deprimida, llorosa, pesimista, y se enoja con facilidad; su sistema musculoesquelético se encuentra disminuido en tono y fuerza.

5.-DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivo: la paciente refiere dormir de 4 a 5 horas por las noches, con lapsos de interrupción, y realiza dos horas de siesta por las tardes; aunque en ocasiones padece de insomnio por estar preocupada por su enfermedad y menciona que ya se fastidió de la vida porque no sirve para nada.

Objetivo: durante el interrogatorio observamos a la cliente deprimida, ansiosa, distraída, apática, pálida y con ojeras.

6. Usar prendas de vestir adecuadas

Subjetivo: Elizabeth menciona que de acuerdo a su estado de ánimo, es como selecciona su ropa, aunque le gusta vestir a la moda y bien.

Objetivo: durante la entrevista observamos a la cliente vestida, a la moda y de buen gusto.

7.- TERMORREGULACIÓN

Subjetivo: Elizabeth menciona que se adapta con facilidad a los cambios de clima, realiza caminatas una hora diaria por las tardes.

Objetivo: encontramos a Eli, con piel integra sin lesiones dérmicas ,morena clara, pálida, reseca, con escasa transpiración, vive en medio ambiente caluroso

8.-HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Subjetivo: la paciente refiere que cuenta con agua potable, la frecuencia del baño es de dos veces diariamente durante 20 minutos. Menciona tener buenos hábitos higiénicos.

Objetivo: durante el interrogatorio se pudo observar a la paciente bien vestida, limpia y maquillada con olor agradable, aliento urénico, con escaso pelo y múltiples cicatrices en abdomen, cuello y antebrazo, totalmente restablecidas, sin datos de infección.

9.-EVITAR PELIGROS

Subjetivo: la paciente refiere ser hija menor, tiene un hermano casado, vive con su mamá, hermano, cuñada y su sobrino; ella dice que cuando pasa alguna situación de urgencia, se pone nerviosa y se angustia, niega ingerir sustancias tóxicas y automedicarse, conoce las medidas de prevención de accidentes; lleva un control médico cada dos meses por su problema renal y ella tiene deseos de recuperarse de su estado de ánimo, trata de acudir a un grupo de apoyo a pacientes renales; cuando está tensa se enoja y llora por no poder desahogarse con facilidad.

Objetivo: durante la entrevista, logramos percibir un ambiente tenso en el lugar, por el estado de salud de Eli, y la preocupación de la resolución de su pensión.

10.- COMUNICARSE

Subjetivo: la paciente menciona ser soltera, hija menor, tener un hermano; sus padres están divorciados desde hace 8 años. Vive actualmente con su mamá, hermano, cuñado y sobrino. Refiere disfrutar el estar a solas, aunque en ocasiones le gusta convivir con las demás personas cuando no está de mal humor; con respecto a su vida sexual y de pareja, está insatisfecha, pues no tiene pareja actualmente.

Objetivo: durante la entrevista, se pudo constatar que no tiene problemas de lenguaje, aunque le da trabajo exteriorizar sus sentimientos y es reservada sobre todo con respecto a su enfermedad.

11.- VIVE SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Subjetivo: la paciente menciona practicar la religión católica, con respecto a su trabajo, actualmente está en trámites de pensión, por lo que la mamá se vio en la necesidad de trabajar, por que ella la sostenía cuando trabajaba.

Objetivo: encontramos a la paciente deprimida, inconforme, angustiada, enojada con la vida, llorosa, todo esto condicionado por su estado de salud.

12.-TRABAJAR Y REALIZARSE.

Subjetivo: la paciente menciona que aproximadamente hace un año que no trabaja por estar en trámite su pensión por invalidez; ella desempeñaba sus labores como secretaria en una empresa en Cozumel, Quintana Roo, con lo que ganaba, le daba para sostenerse a ella y a su mamá; con respecto al rol que desempeña actualmente, le desagrada, pues se siente frustrada por no poder seguir trabajando.

Objetivo: durante la entrevista observamos a paciente deprimida, inconforme con la vida, angustiada, enojada, llorosa, todo esto debido a su estado de salud.

13.- JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Subjetivo: la paciente refiere que en sus ratos libres escucha música, teje y ve televisión, no practica ningún deporte por el problema de insuficiencia cardíaca.

Objetivo: a través del interrogatorio se pudo detectar que la paciente rechaza las actividades recreativas, sobre todo las que requieran esfuerzo físico por el problema cardíaco; tiene un estado de ánimo apático y aburrido, presenta fatiga, disnea, taquicardia al incremento de la actividad física.

14.- APRENDIZAJE

Subjetivo: Elizabeth refiere que estudió la carrera comercial de secretaria ejecutiva y capturista de datos, menciona que le gusta leer, investigar, y sobre todo de su enfermedad.

Objetivo: a la exploración física, encontramos a paciente orientada, en sus tres esferas neurológicas, con fases de ansiedad, depresión, e intranquila.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7.2. Conclusión del diagnóstico de enfermería

Necesidad	GD*	Datos	Fuentes de dificultad*			Prioridad	Diagnóstico de enfermería
			F	V	C		
Evitar peligros	P.D	Angustia, desesperación nerviosismo		X		1	Alto riesgo de autolesionarse, relacionado con depresión e intento de suicidio.
Oxigenación	D	Disnea, tos seca, cianosis	X			2	Patrón respiratorio ineficaz relacionado con el derrame pleural, manifestado por disnea, tos seca y cianosis.
Jugar y participar en actividades recreativas	D	Fatiga, disnea, taquicardia, apatía, depresión, aburrimiento	X		X	3	Déficit de actividad recreativa relacionada con enfermedad crónica, manifestada por apatía, depresión, y aburrimiento
Eliminación	P.D	Distensión abdominal, flatulencia, heces duras cada tercer día, disminución de la peristalsis intestinal, anuria y falta de aire	X		X	4	<p>- Estreñimiento relacionado con dieta desequilibrada e ingestión de agentes que captan fosfato, manifestado por distensión abdominal, disminución de la peristalsis intestinal, flatulencia, defecación cada tercer día con heces de características duras.</p> <p>- Exceso de volumen de líquidos relacionado con mecanismos reguladores en peligro; aldosterona, hormona antidiurética, renina-angiotensina, manifestado por falta de aire, fatiga, edema de miembros inferiores, hipertensión, e incremento ponderal.</p>

Notas: *GD= grado de dependencia: D= dependiente, P.D= parcialmente dependiente

**Fuentes de dificultad: F= fuerza, V= voluntad, C= conocimiento

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

7.2. Conclusión del diagnóstico de enfermería (continuación)

Necesidad	GD	Datos	Fuentes de dificultad			Prioridad	Diagnóstico de enfermería
			F	V	C		
Nutrición e hidratación	D	Piel seca, alopecia, uñas quebradizas, náuseas, vómitos, anorexia, y disminución de la masa muscular y adiposa	X	X		5	Alteración de la nutrición por defecto relacionado con la ingestión de la ingesta proteica, manifestada por náuseas, vómitos, anorexia, disminución de masa muscular y adiposa y dieta poco apetitosa.
Moverse y mantener una buena postura	P.D	Taquicardia, disnea, depresión, llorosa, y pesimista	X			6	Intolerancia a la actividad relacionada con ortostasis, fatiga, disnea, como consecuencia de la alteración del rendimiento cardiaco.
Comunicarse	P.D	Retraída, distraída, callada, pesimista			V	7	Déficit de la comunicación relacionada con ansiedad y temor manifestado por ausencia de deseo de hablar.
Descanso y sueño	P.D	Cansancio, ojeras, depresión, ansiedad			X	8	Alteración del patrón de sueño relacionado con estrés emocional, manifestado por insomnio, ojeras, sueño interrumpido y cansancio.
Trabajar y realizarse	P.D	Deprimida, angustiada, molesta, llorosa, inconforme	X			9	- Posible alteración del concepto de uno mismo debido a los efectos de la incapacidad, sobre el logro de las tareas y estilo de vida. - Duelo debido a la pérdida de la función corporal y a los efectos sobre el estilo de vida.

Notas: *GD= grado de dependencia: D= dependiente, P.D= parcialmente dependiente

**Fuentes de dificultad: F= fuerza, V= voluntad, C= conocimiento

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

7.3. Plan de cuidados

Necesidad: evitar peligros

Diagnóstico de enfermería: alto riesgo de autolesionarse, relacionado con depresión e intento de suicidio.

Objetivo: la cliente evitará sufrir lesiones en su domicilio y se evaluará cada segundo día.

Intervención de enfermería	Fundamentación científica
- Proporcionar confianza interpersonal para identificar factores de riesgo y exteriorizar.	- El proporcionar apoyo emocional y el animarla a compartir sus dudas, ayuda a aclarar sus temores, y darle a la enfermera información sobre la naturaleza y el grado de ansiedad.
- Ayudar a identificar factores estresantes, dentro del paciente y el medio.	- Cada paciente experimenta alguna reacción emocional a la enfermedad. La naturaleza y el grado de su reacción depende de cómo el paciente percibe su situación y sus efectos anticipados.
- Vigilar el estado emocional. Ejemplo: depresión, ansiedad, ira.	- La ansiedad extrema deteriora las capacidades de aprendizaje y afrontamiento del cliente.
- Informarle al paciente y su familia acerca de la enfermedad y pronóstico.	- La información refuerza la necesidad de seguir los tratamientos prescritos.
- Canalizar al cliente a grupos de apoyo (familiares y amigos) y a psiquiatría.	- El cuidado adecuado de la familia, amigos, y otras fuentes puede proporcionar comodidad, y ayuda a que el paciente mantenga su autoestima.
Evaluación: La paciente mejora su estado depresivo, logra exteriorizar sus temores y evitamos que intente suicidarse en dos semanas.	

Necesidad: oxigenación

Diagnóstico de enfermería: patrón respiratorio ineficaz, relacionado con derrame pleural, manifestado por disnea, tos seca y cianosis.
Objetivo: la paciente disminuirá el derrame pleural durante el tratamiento de hemodiálisis y se evaluará cada segundo día.

Intervención de enfermería	Fundamentación científica
- Proporcionar oxigenoterapia.	- El suplemento de oxígeno aumenta los niveles de éste circulante y mejora la tolerancia a la actividad.
- Explicar las actividades y factores que aumentan la demanda de oxígeno.	- Un exceso de peso aumenta la resistencia periférica, incrementando también el esfuerzo cardiaco.
- Dar ideas al paciente para conservar la energía (distribuir las actividades a lo largo del día, programar periodos de reposo)	- Puede evitarse un gasto energético excesivo, distribuyendo las actividades y dejando suficiente tiempo para recuperarse entre una actividad y otra.
- Enseñarle al paciente técnicas respiratorias eficaces, como respiración diafragmática y con labios fruncidos.	- La respiración diafragmática impide la respiración superficial, rápida e ineficaz. La respiración con los labios fruncidos ralentiza la misma respiración, y mantiene durante más tiempo insuflación alveolar y controla en cierto modo la disnea.
- Proporcionar apoyo emocional y ánimo.	- El temor a la falta de aire puede impedir aumentar la actividad.
- Administrar medicamentos prescritos, como diuréticos, digitálicos.	- Los digitálicos aumentan el volumen cardiaco de eyección, lo cual reduce la congestión y la presión diastólica. Los diuréticos reducen la reabsorción de electrolitos, sobre todo, el sodio, favoreciendo así la pérdida de agua.
- Evaluar periódicamente el intercambio gaseoso (frecuencia, profundidad, y patrón de la respiración).	- La paciente experimenta riesgo de hipoxemia; el aumento de la concentración de oxígeno inspirado elevará la tasa de difusión del oxígeno a nivel de las membranas alveolares y capilares.
- Peso diario.	- El aumento de peso en 24 hrs. puede deberse a retención hídrica.
- Explicarle la necesidad de seguir una dieta baja en sodio.	- La ingesta excesiva en sodio incrementa la retención de líquidos, aumentando a su vez el volumen vascular y el esfuerzo cardiaco.
- Informarle a la paciente y familia acerca de la enfermedad, sus causas y tratamiento.	- La información refuerza la necesidad de seguir los tratamientos prescritos (dieta, actividad, medicación)
Evaluación: La paciente logra mejorar sus condiciones respiratorias y disminuir derrame pleural en un mes.	

Necesidad: jugar y participar en actividades recreativas

Diagnóstico de enfermería: déficit de actividad recreativa relacionada con enfermedad crónica, manifestada por apatía, depresión, aburrimiento e incapacidad para participar en diversiones habituales a causa de limitaciones físicas.

Objetivo: la cliente disminuirá su depresión y aburrimiento, participando en actividades de ocio que no requieren esfuerzo físico. Se evaluará semanalmente.

Intervención de enfermería	Fundamentación científica
- Identificar gustos y preferencias de ocio.	- Existen algunas necesidades psicológicas y psicosociales que pueden conservarse; son comunes para todas las personas, y en las cuales debe haber algún grado de satisfacción para que el individuo mantenga el equilibrio psicológico y psicosocial.
- Observar expresiones no verbales.	
- Informar de los recursos lúdicos existentes.	
- Fomentar la participación en actividades.	
- Proporcionar terapias ocupacionales.	
Evaluación: La paciente mejora su estado de ánimo, al mejorar también sus condiciones de salud, en un lapso de un mes.	

Necesidad: eliminación

Diagnóstico de enfermería: estreñimiento relacionado con efectos en la ingesta dietética y agentes que captan fosfato, manifestado por distensión abdominal, disminución de peristaltismo, flatulencia, defecación cada tercer día y heces duras.

Objetivo: la paciente mantendrá un patrón de eliminación intestinal de una evacuación al día en dos semanas.

Intervención de enfermería	Fundamentación científica
- Orientar a la paciente y familia sobre los efectos colaterales de los agentes captadores de fosfato.	- Los medicamentos captadores de fosfato actúan en el intestino y se unen a los iones de fosfato formando fosfato de eliminación insoluble que es eliminado prácticamente sin absorberse; todo esto provoca estreñimiento.
- Promover la ingesta de fibra natural en su dieta (frutas, verduras)	- El aumento de fibra en la dieta ayuda a evitar los retortijones y el meteorismo. Además, aumenta el peristaltismo.
- Deambulación después de ingerir alimentos.	- La deambulación ayuda a provocar el reflejo gástrico y con ello la peristalsis intestinal.
- Enseñar a la paciente y a la familia, la importancia de responder inmediatamente al deseo de defecar.	- Las heces acumuladas en el recto tienden a producir distensión crónica.

Evaluación: se obtiene el alivio del malestar y la recuperación del patrón de eliminación de una vez al día en un mes.

Necesidad: eliminación

Diagnóstico de enfermería: exceso de volumen de líquidos relacionado con mecanismos reguladores en peligro; aldosterona, hormona antidiurética, renina, angiotensina, manifestada por la falta de aire, fatiga, edema de MI, hipertensión e incremento ponderal.

Objetivo: la cliente disminuirá el exceso de líquido corporal hasta obtener su peso seco en un mes.

Intervención de enfermería	Fundamentación científica
- Informarle a la paciente el objetivo de control de líquidos.	- La comprensión del control puede ayudar a ganar su confianza y obtener mejor cooperación.
- Proporcionar orientación dietética sobre el plan hídrico o dieta global.	- El contenido hídrico de los alimentos no líquidos, la cantidad y tipo de líquidos, la preferencia y el contenido sódico son todos importantes en el control hídrico.
- Control estricto de líquidos.	- Un aumento de peso de 1 kg, deberá correlacionar una ingesta excesiva de un litro.
- Peso diario en ayunas.	- Los pesos diarios pueden ayudar a determinar el equilibrio hidroelectrolítico y una apropiada ingesta de líquidos.
- Administrar los medicamentos orales con las comidas y con mínimas cantidades de líquidos.	- Esto impide que se consuma de forma innecesaria el líquido permitido.
- Hemofiltración durante dos horas por sesión de hemodiálisis hasta alcanzar peso seco.	- La hemofiltración es la extracción excesiva de líquido de los espacios intravasculares sin desencadenar los factores de renina, angiotensina.

Evaluación: se logra llegar a su peso seco de 40 kg. durante un mes de tratamiento dietético y hemodiálisis.

Necesidad: nutrición e hidratación

Diagnóstico de enfermería: alteración de la nutrición por defecto relacionado con la disminución de la ingesta proteica, manifestada por bajo peso, náuseas, vómitos y disminución de la masa muscular y adiposa.

Objetivo: la paciente comprenderá la importancia de ingerir una dieta nutritiva adecuada y cumplir el régimen dietético prescrito, en dos semanas.

Intervención de enfermería	Fundamentación científica
- Ayudar a la paciente a identificar las preferencias alimenticias de acuerdo a sus opciones.	- Se deberá dar a la paciente el máximo control sobre su dieta, ejemplo: pedirle que haga una lista de los alimentos que le gusten o desagraden e intentar incorporarlos o retirarlos de su dieta prescrita.
- Mantener una consulta con un dietista para valorar el estado nutricional y para determinar: adecuada ingesta calórica y proteica, dieta baja en sodio, escasas proteínas en la dieta, con mucha proteína biológica incluida.	- Con la insuficiencia renal crónica, las proteínas suelen limitarse a 0.75 o 1.25 g/kg poniendo énfasis en las proteínas de alto valor biológico (lácteos, huevos, carnes) aportando los aminoácidos esenciales necesarios para el crecimiento y en la reparación celular debe existir una gran cantidad de calorías (35-45 kcal/kg) para que pueda usarse para el mantenimiento celular. Una dieta pobre en sodio puede ser beneficioso para impedir retención hídrica.
- Reforzar las instrucciones dietéticas y proporcionar material escrito que corresponda con la información verbal	- La empatía y el esfuerzo de las instrucciones dietéticas pueden aumentar el seguimiento de las restricciones dietéticas.
- Ofrecer alimentos ricos en carbohidratos.	- Los alimentos ricos en carbohidratos ahorran proteínas y proporcionan calorías adicionales.
- Proporcionar y fomentar una buena higiene bucal antes y después de las comidas.	- Una correcta higiene bucal reduce los microorganismos y ayuda a formar las estomatitis.
Evaluación: La paciente expresará la importancia de ingerir una dieta nutritiva adecuada y cumple con su dieta prescrita en el lapso de dos semanas.	

Necesidad: moverse y mantener una buena postura

Diagnóstico de enfermería: intolerancia a la actividad relacionada con ortostasis, fatiga, disnea, como consecuencia de la alteración del rendimiento cardiaco.

Objetivo: la cliente disminuirá la fatiga y comprenderá las limitaciones físicas, se evaluará semanalmente.

Intervención de enfermería	Fundamentación científica
- Ayudar a la cliente a identificar factores que disminuyen o aumentan la tendencia a la actividad.	- Es estrés, produce vasoconstricción, aumentando el esfuerzo cardiaco y las demandas de oxígeno. El exceso de peso aumenta la resistencia periférica e incrementa el esfuerzo cardiaco.
- Enseñar al paciente a monitorear la respuesta fisiológica frente a la actividad.	- La tolerancia a la actividad depende de la capacidad que tiene el paciente de adaptarse a las necesidades psicológicas de una mayor actividad.
- Orientar al cliente y al familiar, para establecer un plan de actividad diaria de acuerdo a su capacidad física.	- Puede evitarse un gasto energético excesivo distribuyendo las actividades y dejando suficiente tiempo para recuperarse entre una y otra actividad.
- Proporcionar terapia ocupacional (tejido, costura, leer)	- El equilibrio psicológico requiere de una integración adecuada de todos los aspectos de los procesos psicológicos del individuo, por eso es importante la terapia ocupacional, porque la distrae y la ayuda a salir de su aislamiento y depresión.
- Proporcionar apoyo emocional y ánimos.	- El temor a la falta de aire puede impedir aumentar la actividad.

Evaluación: La paciente identificará un nivel de actividad realista que alcanza mantener, y disminuye la fatiga en una semana.

Necesidad: comunicarse

Diagnóstico de enfermería: déficit de comunicación relacionado con ansiedad y temor manifestado por ausencia del deseo de habla. Objetivo: la cliente logrará exteriorizar sus temores y dudas con respecto a su padecimiento durante sus sesiones semanales de hemodiálisis.	
Intervención de enfermería	Fundamentación científica
- Proporcionar confianza interpersonal que facilite la comunicación eficaz.	- El equilibrio psicológico necesita que el individuo tenga un medio adecuado de comunicarse con otros y para su expresión.
- Ayudar a la paciente a identificar sistemas de apoyo entre familiares y amigos.	- Hablar con un oyente interesado puede ayudar a la paciente a disminuir su ansiedad.
- Proporcionar palabras tranquilizadoras y reforzar el comportamiento positivo.	- Resaltar los éxitos pueden fomentar un afrontamiento eficaz.
- Animar al paciente a unirse a grupos de apoyo.	- El compartir con personas que están en situaciones similares puede proporcionar oportunidades de mutuo apoyo y resolución de problemas.
- Dar a la paciente la oportunidad de compartir sus sentimientos y preocupaciones, transmitiendo una actitud imparcial y escuchar atentamente.	- Compartir abiertamente los sentimientos, facilita la confianza y ayuda a mitigar la ansiedad.
Evaluación: La paciente mejora su estado de ánimo y logra exteriorizar sus temores y dudas en 4 semanas.	

Necesidad: descanso y sueño

<p>Diagnóstico de enfermería: alteración del patrón del sueño relacionado con estado de salud, manifestado por depresión, angustia, ansiedad.</p> <p>Objetivo: la paciente comprenderá los factores que contribuyen al trastorno del patrón de sueño y mejorará el tiempo de sueño durante la noche.</p>	
Intervención de enfermería	Fundamentación científica
- Explicar el ciclo del sueño.	- Una persona pasa típicamente por 4 ó 5 ciclos completos de sueño cada noche. El despertar durante un ciclo puede hacer no sentirse bien descansado por la mañana.
- Iniciar medidas para promover la relajación y mantener un ambiente oscuro y silencioso. - Asegurar una buena ventilación en la habitación. - Proporcionarle un ritual de irse a la cama.	- El sueño es difícil, sin la relajación, el estrés puede impedir la relajación.
- Limitar las siestas diurnas.	- Las siestas durante el día pueden reducir el tiempo de sueño nocturno.
- Proporcionar periodos de actividad diaria.	- Las rutinas de actividad diaria ayudan a que el paciente cansado duerma.
- Administrar somníferos si se ha ordenado.	- Los somníferos actúan a nivel del sistema nervioso central reduciendo de manera significativa la retención del inicio del sueño, aumentando la duración del tiempo de sueño y disminuye el número de interrupciones nocturnas.
- Enseñar a la paciente las medidas para promover el sueño: a. evitando ingerir cafeína. b. Tomar aperitivos altos en proteínas.	a. La cafeína estimula el metabolismo e impide su relajación. b. La proteína digerida produce triptófano, que tiene un efecto sedante.
<p>Evaluación: La paciente logra disminuir su ansiedad en una semana y logra aumentar sus horas de sueño a 6 hrs. en la noche.</p>	

Necesidad: trabajar y realizarse

Diagnóstico de enfermería: alteración del concepto de uno mismo debido a los efectos de la incapacidad sobre el logro de las formas de desarrollo y el estilo de vida.

Objetivo: la paciente reconocerá los cambios en su estructura y función corporal, en el lapso de 2 semanas.

Intervención de enfermería	Fundamentación científica
- Ponerse en contacto con la paciente a menudo, y tratarla de forma positiva.	- Los contactos frecuentes con el cuidado, indican una aceptación que puede facilitar la confianza.
- Animar al paciente a expresar sus sentimientos y opiniones con respecto a su padecimiento.	- Animar al paciente a compartir sus sentimientos puede proporcionar una expresión segura de los temores y frustraciones, pudiendo aumentar la conciencia de sí mismo.
- Proporcionar información exacta y aclarar cualquier concepto equivocado	- Los conceptos erróneos pueden aumentar innecesariamente la ansiedad, y perjudicar el concepto de uno mismo.
- Ayudar al paciente a identificar aspectos positivos y posibles oportunidades nuevas.	- Es posible que el paciente tienda a fijarse sólo en el cambio de imagen personal y no en los aspectos positivos que contribuyen al concepto global de la persona.
- Ayudar al paciente a identificar estrategias para aumentar la independencia y conservar la responsabilidad del rol.	- Un importante componente del concepto de uno mismo es la capacidad de realizar las funciones esperadas relativas del rol personal, disminuyendo así, la dependencia de los demás.

Evaluación: La paciente logra identificar sus limitaciones físicas y aceptar su cambio de vida en el lapso de un mes.

Necesidad: trabajar y realizarse

Diagnóstico de enfermería: duelo debido a la pérdida de la función corporal y a los efectos sobre su estilo de vida.

Objetivo: la cliente explorará su duelo, describirá la pérdida, comentará sus sentimientos con sus familiares, y se evaluará semanalmente.

Intervención de enfermería	Fundamentación científica
- Dar a la paciente y su familia, oportunidad de expresar sus sentimientos, comentar la pérdida abiertamente y analizar el significado personal de la pérdida.	- La pérdida puede desencadenar sentimientos de impotencia, cólera, profunda tristeza, y otras respuestas de duelo. La conversación abierta y franca puede ayudar a la paciente y familia a aceptar y afrontar la situación y su respuesta.
- Fomentar el uso de estrategias de afrontamiento positivas que hayan sido útiles en el pasado.	- Los métodos de afrontamiento positivo facilitan la aceptación, la resolución de los problemas.
- Animar al paciente a expresar características personales positivas.	- Centrarse en las características positivas aumenta la aceptación personal y la aceptación de la pérdida.
- Poner en práctica medidas encaminadas a apoyar a la familia y fomentar la unión.	- La unión familiar es importante para poder ayudar al paciente.
- Fomentar la superación del duelo en cada una de sus etapas (negación, aislamiento, depresión, cólera, culpa, temor, rechazo e histeria)	- El duelo implica profundas respuestas emocionales y las intervenciones dependen de la respuesta correcta.
Evaluación: La cliente logra describir y aceptar la pérdida aunque todavía no puede expresar abiertamente sus sentimientos con su familia. Se espera que lo logre a futuro (dos meses).	

VIII.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

8.1. Conclusiones

Se puede concluir que el proceso de Enfermería desde el punto de vista profesional demuestra de forma concreta el ámbito de la practica de enfermería, de manera independiente, de la situación en la que esté; siendo beneficiado el cliente y su familia a través de la participación activa en los cuidados. Le permite a la enfermera utilizar una metodología que toda investigación formal exige, al integrar y aplicar el proceso de enfermería, todo esto tiene una importancia trascendental al brindarnos bases para fortalecer nuestra disciplina , al darnos la oportunidad de conocer diversos modelos y teorías y poder elegir una de manera particular como el de Virginia Henderson, pues es la mas apegada al adulto joven por manejar las 14 necesidades humanas.

A través de todo esto obtuve un amplio marco conceptual, para el desarrollo de la práctica, profesional, la cual me sirvió para incrementar la satisfacción laboral, incrementar el desarrollo profesional, a través de la relación significativa Enfermera-Paciente.

Proporcionar atención de calidad al adulto joven ayudándolo a resolver sus necesidades, al desarrollar cada una de las etapas del proceso de Atención de Enfermería, mejorando notablemente la calidad de vida del cliente, por lo que se considera que dicho proceso tubo éxito, a través del cumplimiento de los objetivos en un 90 %; también nos brindo un marco de referencia, en el que nos dio a conocer el significado que ha tenido los cuidados en tiempos anteriores, quien los ha proporcionad, como, dónde, por qué, para qué sirven y hasta donde puedo llegar si yo quiero como profesional de enfermería y ser humano.

La utilización del Proceso de Enfermería tiene como implicaciones, para la profesión, para el cliente y para cada una de las enfermeras en particular.

Y para finalizar mencionare un pensamiento que nos sirva de reflexión

*“ Dormí y soñé que la vida era alegría
Desperté y vi que era servicio
Serví y descubrí que en el servicio se encuentra la
Alegría “*

**Robindratha Tagre
1861-1941**

8.2 Sugerencias

Después de haber analizado y elaborado el Proceso de Atención de Enfermería, nos dimos cuenta de la importancia de sus implicaciones, tanto para la enfermera, como para el cliente, pues nos brinda una guía metodológica para fomentar la continuidad y evaluación de los cuidados enfermeros.

Por tal motivo sugiero que el Proceso de Atención de Enfermería se difunda, no solo en las escuelas de enfermería, si no también en los distintos ámbitos de trabajo

También que se normaticé la elaboración y seguimiento del proceso de atención, en los diferentes centros hospitalarios, de acuerdo a las especialidades que manejen.

Que se actualice constantemente al profesional de enfermería con respecto al proceso de enfermería y se fomente su participación activa en la elaboración de protocolos de investigación.

Y para concluir sugiero que se promueva más este tipo de opción de titulación de la licenciatura, con la elaboración del Proceso de Atención de enfermería, pues nos beneficia como profesionales de salud, enriqueciéndonos intelectual y humanamente, a través de la investigación científica.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Alfaro L. Rosalinda, Aplicación del Proceso de Enfermería, Guía práctica . Ma Teresa Luis Rodrigo, e d 3º Mosby Doyma, Madrid, 1996
2. Antología, Tomo I, Fundamentos de Enfermería, ENEO, 1996.
3. Antología, Proceso de Enfermería, ENEO. 1997
4. Atkinson, D. Guía clínica para la planeación de los cuidados, MC Graw Hill- Interamericana. México, 1997.
5. Antología, Tomo II, Crecimiento y desarrollo, ENEO, 1998.
6. Antología, Sociedad, Salud y Enfermería, ENEO, 1998.
7. Álvarez, María Teresa, Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación de la NANDA, TR Ferreiros- San Pedro, Harcourt, España, 1997.
8. Carpenito, L. J. Manual de diagnósticos de enfermería. 4ª ed. Interamericana Mc Graw Hill, España, 1993.
9. Collere. M. F., Promover la vida, Interamericana-Mc Graw-Hill, Madrid.
10. García-Caro Catalina, et al, Historia de la enfermería (Evolución histórica del cuidado enfermero) Ed: Harcord.
11. Ignatavicius, Donna D, Tomo I, Enfermería Médico-Quirúrgica, Interamericana, México, 1995.
12. John T. Daugirdas, Manual de diálisis, Masson-Little, Brown, Barcelona, 1996.
13. Kozier, Enfermería Fundamental Conceptos, procesos y práctica, Mc Graw Hill. 4ª ed. Tomo I, España, 1993.
14. Ledesma, Fundamentos de Enfermería, México, Ed. Noriega, 1999.
15. L. Weslwy, Rubi, Teorías y Modelos de Enfermería, Ed. Interamericana, México, 1999.
16. L. Henrich, William, Diálisis, Mc Graw-Hill- Interamericana, 2ª ed. México, 2001.
17. David, Z. Levine-M.D. Cuidados del paciente renal, 2ª Ed. Interamericana- MC Graw Hill, México, D.F. 1993.
18. Nordmork Medelyn, T. Bases científicas de la enfermería, La prensa Médica Mexicana, México, D.F. 1979.

19. Rodríguez Carranza Rodolfo, Valdemecum Académico de medicamentos, Mc Graw Hill- Interamericana, México, D.F, 1999.
20. Phaneuf Margot. Las necesidades fundamentales según Virginia Henderson, editorial Mc Graw-Hill, Madrid, 1993.
21. Smith Dorothy W., Enfermería Médico Quirúrgica, 4ª edición, editorial Interamericana, México, 1978.
22. Sholtis, Bruner Lilian, Enfermería Médico Quirúrgica, 3a edición, editorial Interamericana, México, 1978.
23. W. Iyer Patricia. Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería, Ed. Interamericana, Madrid, 1993.

X. ANEXOS

10.1. Insuficiencia Renal Crónica

Concepto

La insuficiencia renal crónica es el deterioro progresivo de la función renal en un 90% de manera irreversible, que termina fatalmente con uremia (exceso de urea y otros desechos nitrogenados en la sangre) y sus complicaciones a no ser que se realice trasplante renal.

Etiología o causa

1. Diabetes Sacarina.
2. Hipertensión prolongada y grave.
3. Glomerulopatías
4. Nefritis Intersticial.
5. Nefropatía hereditaria y enfermedad poliquística.
6. Uropatía obstructiva.
7. Trastornos del desarrollo y congénitos

Fisiopatología

Consecuencias de disminuir el funcionamiento renal.

1. La velocidad de la evolución varía según la causa subyacente y la gravedad de este trastorno.
2. Etapas: disminución de la reserva renal → insuficiencia renal parcial → insuficiencia renal total → uremia.
3. La retención de sodio y agua produce edema, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión y acitosis.
4. La velocidad de filtración glomerular provoca estimulación del eje renina angiotensina y aumenta la secreción de aldosterona, que eleva la presión arterial.
5. Se presenta acidosis metabólica por la incapacidad de los riñones para excretar hidrogeniones, producir amoniaco y conservar bicarbonato.
6. La disminución de la velocidad de filtración glomerular incrementa el fosfato sérico, con decremento recíproco en el calcio sérico y ulterior resorción del calcio óseo.
7. La producción renal de eritropoyetina disminuye, lo que provoca anemia intensa.
8. La uremia afecta el sistema nervioso central y provoca alteraciones del funcionamiento mental, cambios de personalidad, convulsiones y coma.

Signos y Síntomas

Síntomas generales.- Fatiga, debilidad y letárgica

Piel.- Prurito, tendencia a la equimosis, cambios de color, palidez o escarcha urémica.

Cardiovasculares.- Disnea, ortopnea, edema y dolor pericardio.

Gastrointestinales.- Anorexia, náuseas matutinas, vómitos, disgeusia, aliento amoniacal, saciedad prematura e hipo.

Neuromuscular.- Disminución de la capacidad de concentración, fatiga, trastorno del sueño, piernas inquietas, parestesias y calambres o espasmos musculares.

Metabólicos y endocrinos.- Intolerancia ala glucosa, alteraciones de hormonas sexuales..

Signos

Generales.- Emaciación bitemporal.

Piel.- Equimosis, excoriaciones, palidez, hiperpigmentación e hiperqueratosis.

Gastrointestinales.- Aliento amoniacal, úlceras bucales, úlceras gastrointestinales hemorragia y diarrea.

Cardiovasculares.- Hipertensión con retinopatía o galope, soplo, frote pericárdico., edema y soplo de expulsión, cambios en el electro cardiograma por hiperpotasemia, derrame pericárdico y taponamiento pericardio

Neuromuscular.- Neuropatía periférica, sensoriales o motoras, somnolencia, confusión mental, miclono, convulsiones y coma.

Metabólicas y endocrinas.- Hiperlipidemia, disminución de la libido, impotencia sexual y amenorrea.

Alteraciones hidroelectrolíticas y ácido básicas.- Retención de sal y agua, pero puede haber perdida de sodio con deshidratación, ácido, hipopotasemia, hipermagnesemia e hipocalcemia

Anomalias esqueléticas.- Osteodistrofia renal que produce osteomalasia.

Hemáticas.- Anemia, defectos cualitativos de plaquetas y mayor tendencia a hemorragias.

Funciones psicosociales.- Cambios conductuales y de personalidad, alteraciones del proceso cognitivo.

Datos de laboratorio

Biometría hemática.-Anemia normocrómica y normocítica.

Química Sanguínea.- Elevación de creatinina, Bun y fósforo sérico, hiperruvicemia, hiperfosfatemia e hipocalcemia, disminución de concentraciones séricas de bicarbonato y proteínas, sobretodo albúmina.

General de orina.- Proteinuria, cilindros granulares anchos en orina

Datos radiográficos.- Disminución del tamaño renal, osteodistrofia renal prematura o ambas.

Diagnóstico

El diagnóstico se basa en dos aspectos

1. Confirmar la presencia de una enfermedad que tenga como efecto conocido lesión renal.

Historia clínica

- **Glomerulonefritis:** hematuria macroscópica o microscópica, proteinuria, biopsia renal, exantema, artralgias o artritis.
- **Nefritis hereditaria:** Antecedentes familiares, sorderas o anomalías lenticulares (síndrome de Alport).
- **Diabetes sacarina:** Antecedentes familiares, poliuria, polidipsia y retinopatía.
- **Nefroesclerosis:** Episodios de hipertensión acelerada o maligna y control deficiente de la presión sanguínea durante largo tiempo.

- Nefritis intersticial: infecciones vesicales o renales frecuentes en uremis, incontinencia urinaria, dolor crónico, abuso de analgésicos, episodios de hemorragias gastrointestinales, hematuria macroscópica y cólico renal.
- Uropatía obstructiva: micción frecuente o vacilante, cólico renal, nefrolitiasis, hematuria macroscópica y hemorragia vaginal.
- Riñones quísticos: antecedentes familiares, cólicos y cálculos renales o hematuria macroscópica.

Examen físico

- Glomerulonefritis: exantema malar, artritis y púrpura palpable.
- Nefritis hereditaria: sordera neurosensible y anomalías oculares.
- Diabetes sacarina: retinopatía y neuropatía.
- Nefrosclerosis: retinopatía hipertensiva e hipertensión.
- Obstrucción: hipertrofia prostática y riñones o vejiga palpable.

Estudios de laboratorio

- Glomerulonefritis crónica: eritrocitos dismórficos, cilindros eritrocitarios, cuerpos grasos ovales y proteinuria.
- Diabetes: hiperglucemia y glucosuria.
- Nefritis intersticial: pielografía IV diagnóstica si la pielonefritis es crónica.
- Glomerulonefritis secundaria: resultados positivos de anticuerpos antinucleares o anti-DNA.
- Uropatía obstructiva: dilatación del sistema colector renal en la pielografía IV, tomografía computarizada o ultrasonografía renal.
- Nefritis hereditaria: eritrocitos dismórficos, cilindros eritrocitarios y audiograma normal.
- Riñones quísticos: hígado y riñones multiquísticos en la tomografía computarizada, ultrasonografía o pielografía IV diagnóstica.

2. Demostrar que hay signos de insuficiencia renal de carácter crónico y progresivo. Al avanzar la afección renal, son inevitables los cambios de la función renal excretora e histopatológicos.

Entre los métodos de diagnóstico más usados tenemos: laboratorio (química sanguínea, biometría hemática, general de orina y urocultivos), radiográficos (rayos X de abdomen, serie ósea, urografía excretora, ultrasonido renal, tomografía renal y biopsia renal).

Tratamiento

Va en caminado a la conservación de la función renal lo más posible.

1. Detectar y tratar causa reversible de insuficiencia renal (ejemplo: controlar la diabetes y tratar la hipertensión).
2. Regulación dietética: dieta con pocas proteínas complementada con aminoácidos esenciales o sus análogos ceto para reducir al mínimo la intoxicación urémica y evitar emaciación y desnutrición. Restricción de proteínas de 0.6-0.8 gramos-kilocalorías / día (efectos a largo plazo en etapa de investigación). Restricción de fosfato, potasio, 2 gramos / día, restricción de magnesio con evitación de los antiácidos que contengan este elemento, restricción de sodio (no es absoluta y varía e cada caso por lo general de 2-4 gramos / día), restricción de agua individualizada a 1000 mililitros más el gasto urinario.
3. Tratamiento de trastornos relacionados para mejorar la dinámica renal:
 - a. anemia. Eritropoyetina humana recombinante (que es una hormona renal sintética), hierro (tratamiento de reposición después de comenzar la diálisis). Folato (tratamiento de reposición después de comenzar la diálisis).
 - b. acidosis: reemplazo de depósitos de bicarbonato por infusión o administración bucal de bicarbonato de sodio.
 - c. hiperpotasemia: restricción de potasio en la dieta; administrar una resina de intercambio de cationes.
 - d. retención de fosfato: disminución del fosfato dietético (pollo, leche, legumbres y bebidas carbonatadas); administrar agentes que captan fosfato en el aparato intestinal.
4. Farmacoterapia: reposición de calcio en tabletas de carbonato; dosis inicial e 650 miligramos-6-8-hrs. tomar entre comidas para disminuir la calcé mia y tomar con los alimentos para disminuir la fosfatemia. Antiácidos a base de aluminio; dosis de 15-30 mililitros-6-8-hrs. por vía oral con los alimentos. Análogos de la vitamina D: dosis inicial por vía

oral de 0.125-0.250 gramos / día. Diuréticos: furosemide de 80-400 miligramos por vía oral. Tratamiento antihipertensivo: se utilizan inhibidores de la convertasa de angiotensina, bloqueadores del conducto de calcio, bloqueadores alfa-adrenérgicos, bloqueadores beta-adrenérgicos, agonistas alfa dos-adrenérgicos.

5. Mantener diálisis o realizar trasplante renal cuando los síntomas ya no pueden controlarse con medidas conservadoras.

10.2. Instrumento de valoración

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

NECESIDADES BÁSICAS DE.

Oxigenación, nutrición, e hidratación, Eliminación y termorregulación.

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

- Subjetivo:

Disnea debido a : _____ Tos productiva/ seca _____ Dolor
Asociado con la respiración: _____ Fumador _____ Desde
Cuando fuma/ cuantos cigarrillos al día / varía la calidad según su estado
Emocional: _____
Antecedentes Cardiorrespiratorios: _____

- Objetivo

Registro de signos vitales y características: _____

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

FALTA

PAGINA

49

4. NECESIDADES DE TERMORREGULACIÓN

- Subjetivo.

Características de la vivienda: _____

Requiere de clima artificial: _____

Adaptación a los cambios de temperatura: _____

Ejercicio / tipo y frecuencia: _____

Temperatura ambiental que le es agradable: _____

- Objetivo.

Características de la piel: _____

Transpiración: _____ Temperatura corporal: _____

Condiciones del entorno físico: _____

Otros: _____

NECESIDADES BÁSICAS DE:

Moverse y mantener una postura, Descanso y sueño; usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel y evitar peligros.

5. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

- Subjetivo:

Características física cotidiana: _____

Actividades en el tiempo libre: _____

Hábitos de descanso: _____

Hábitos de trabajo: _____

- Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético.

Fuerza: _____ Capacidad muscular. Ton /
resistencia / flexibilidad: _____

Postura: _____

Necesidad de ayuda para la deambularon: _____

Dolor con el movimiento: _____

Presencia de temblores: _____ Estado de conciencia: _____

Estado emocional: _____

Otros: _____

6. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

- Subjetivo:

Horas de descanso: _____ Horas de sueño: _____
Siesta: _____ Ayudas: _____
Insomnio: _____ Debido a: _____
Descansado al levantarse: _____

- Objetivo:

Estado mental. Ansiedad / estrés / lenguaje: _____
Ojeras: _____ Atención: _____ Bostezos: _____
Concentración: _____ Apatía: _____ Cefaleas: _____
Respuestas a estímulos. _____
Otros: _____

7. NECESIDADES DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

- Subjetivo:

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: _____

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 psicomotriz para vestirse y desvestirse: _____

Vestido

Incompleto _____ Sucio _____ Inadecuado _____ Otros _____

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

- Subjetivo

Fuente proveniente del agua: _____

Frecuencia de baño: _____

Momento preferido para el baño: _____

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

Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: _____.

- Objetivo

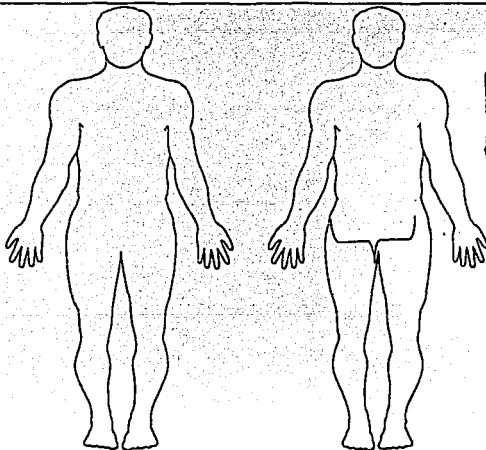
Aspecto general: _____

Olor corporal: _____, Halitosis: _____

Estado del cuero cabelludo: _____

Lesiones dérmicas Tipo: _____
(Anote la ubicación en el diagrama).

Otros: _____



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

- Subjetivo:

Qué miembros componen la familia de pertenencia: _____

Cómo reacciona ante situación de urgencia: _____

Ingiere sustancias tóxicas: _____ Se automedica: _____

Tiene una meta, a qué plazo: _____

Conoce las medidas de prevención de accidentes

Hogar: _____ Trabajo: _____

Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: _____

Familiares: _____

Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida: _____

Conoce medidas preventivas para enfermedades infecciosas: _____

Conoce y participa en algún grupo anónimo: _____

- Objetivo:

Deformidades congénitas: _____

Condiciones del ambiente en su hogar: _____

Trabajo: _____

Otros: _____

NECESIDADES BÁSICAS DE:

Comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar e actividades recreativas, aprendizaje.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

- Subjetivo:

Habla algún dialecto: _____

Estado civil: _____. Años de relación: _____.

Vive con: _____

Preocupaciones/ estrés: _____ Familia: _____

Otras personas que pueden ayudar: _____

Rol en estructura familiar: _____

Comunica problemas debido a la enfermedad/ estado: _____

Cuánto tiempo pasa a solas: _____

Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: _____

Preferencias sexuales: _____ Satisfacción sexual: _____

- Objetivo:

Habla claro: _____ Confusa: _____

Dificultad de visión: _____ Audición: _____

Comunicación verbal/ no verbal con la familia/ con otras personas significativas: _____

Otros: _____

11. NECESIDADES DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

- Subjetivo:

Creencias religiosas: _____

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: _____

Principales valores en la familia: _____

Principales valores personales: _____

Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: _____

- Objetivo:

Hábitos específicos de vestido (grupo social religioso): _____

Permite el contacto físico: _____

Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: _____

Otros: _____

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

- Subjetivo:

Trabaja actualmente: _____ Tipo de trabajo: _____

Riesgos: _____ Cuánto tiempo le dedica al trabajo: _____

Esta satisfecho con su trabajo: _____ Su remuneración le permite cubrir

Sus necesidades básicas y / o las de su familia: _____

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

- Objetivo

Estado emocional / calmado / ansioso / enfadado/ Temeroso/ Irritable/

Inquieto/Eufórico: _____

Otros: _____

13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

- Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: _____

Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de ésta necesidad: _____

Recursos en su comunidad para la recreación: _____

Ha anticipado en alguna actividad lúdica o recreación: _____

- Objetivo:

Rechazo a las actividades recreativas. _____

Estado de ánimo: Apático/ aburrido/ participativo: _____

Otros: _____

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

- Subjetiva:

Grado de escolaridad: _____

Limitaciones cognitivas: _____ Tipo: _____

Preferencias: leer/ escribir: _____

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

Sabe como utilizar esas fuentes de apoyo. _____

Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: - _____

Otros: _____

- Objetivo:

Pares craneales: _____

Estado emocional: ansiedad, dolor: _____

Memoria reciente: _____

Memoria remota: _____

Otras manifestaciones: _____

CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

Necesidad	Grado de dependencia	Diagnóstico de enfermería
1. Oxigenación	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
2. Nutrición e hidratación	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
3. Eliminación	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
4. Moverse y mantener una buena postura	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
5. Descanso y sueño	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
6. Usar prendas de vestir adecuadas	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
7. Termorregulación	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
8. Higiene y protección de la piel	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____

Nota: I= independiente; PD= parcialmente dependiente; D= dependiente

Necesidad	Grado de dependencia	Diagnóstico de enfermería
9. Evitar peligros	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
10. Comunicarse	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
11. Vivir según sus creencias y valores	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
12. Trabajar y realizarse	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
13. Jugar y participar en actividades recreativas	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
14. Aprendizaje	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____

Nota: I= independiente; PD= parcialmente dependiente; D= dependiente

Fecha: _____

Hora: _____

Firma: _____