



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

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

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:
NAISHLA MAYTE REYES ORTIZ

No. CUENTA:
411150073

ASESORA:
MTRA. SARA ESTHER TELLEZ ORTIZ



México D.F., Octubre, 2014



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.



A mi padre:

Sr. Felipe Reyes Bedolla

Por tu apoyo, motivación, esfuerzo y sacrificios para darme lo mejor, por tu ejemplo de perseverancia, apoyo y amor incondicional a lo largo de mi vida. Te amo papá.

A mi madre:

Sra. Hercilia Ortiz Rios

Gracias mamá, por ser mi amiga y compañera, por tu confianza, tu infinito amor y tus sabios consejos para hacerme una mejor mujer. Gracias por estar siempre a mi lado. Te amo

A mi esposo:

Ing. Aldo De La Cerda Santoyo

Porque has sido el impulso en mi carrera, por estar a mi lado, por tu gran apoyo, paciencia y amor.

Este es un logro de los dos. ¡Gracias! Te amo

A mis hermanos:

Gracias por estar en los momentos importantes de mi vida, espero ser un ejemplo para ustedes.

A mi tía:

Srita. Cristina Reyes Andrade

Por ser para mí un ejemplo a seguir en esta profesión, por tu confianza y consejos para ser una mejor profesionalista y ser humano.

A mi abuelita:

Sra. Graciela Bedolla García

Por tu apoyo a lo largo de mi vida, cariño y confianza. Gracias.

A mi asesora:

Mtra. Sara Esther Tellez Ortiz

Por el tiempo dedicado para realizar este trabajo, por sus enseñanzas y apoyo para concluir este proceso. Mil gracias.

A la UNAM y la ENEO:

Por abrirme las puertas y permitirme ser parte de ellas, por darme la oportunidad de estudiar y concluir esta carrera.

Al ISSSTE:

Por darme la oportunidad de trabajar en él y adquirir la experiencia que puedo plasmar en este proceso.

A Dios:

Por sus infinitas bendiciones y darme la fortaleza para salir siempre adelante.



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

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	JUSTIFICACIÓN.....	2
III.	OBJETIVOS.....	4
IV.	MARCO TEÓRICO.....	5
	4. ANTECEDENTES DE ENFERMERÍA.....	5
	4.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ENFERMERÍA EN MÉXICO.....	7
	4.2. ANTECEDENTES DEL PROCESO TEÓRICO DE ENFERMERÍA.....	10
	4.2.1. Perspectiva histórica de las teorías de enfermería.....	11
	4.2.2. Generalidades de las Teorías.....	12
	4.2.3. Niveles de desarrollo de las teorías.....	14
	4.3. TEORÍA DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM.....	15
	4.3.1. Teoría general de Orem.....	16
	4.3.2. Bases teóricas de Orem.....	17
	4.4. TEORÍA DEL AUTOCUIDADO.....	19
	4.5. ANTECEDENTES DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.....	25
	4.6. PROCESO DE ENFERMERÍA.....	26
	4.6.1. Objetivos del Proceso de Enfermería.....	28
	4.6.2. Etapas del Proceso de Enfermería.....	28
	4.6.3. Valoración.....	29
	4.6.4. Diagnóstico de Enfermería.....	29
	4.6.5. Planificación.....	31
	4.6.6. Ejecución.....	33
	4.6.7. Evaluación.....	33
V.	APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.....	35
	5. ETAPA DE VALORACIÓN.....	35
	5.1. DEMANDAS DE AUTOCUIDADO.....	42
	5.2. DEFICITS DE AUTOCUIDADO.....	44
	5.3. PLANEACIÓN.....	45
	5.3.1. Objetivos.....	45
	5.4. PLAN DE CUIDADOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	45
	5.5. EJECUCIÓN.....	46
	5.6. EVALUACIÓN.....	46
VI.	PLAN DE ALTA.....	84
VII.	CONCLUSIONES.....	85
VIII.	ANEXOS.....	86

8. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.....	86
8.1. ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA.....	86
8.2. ANATOMÍA DEL RIÑÓN.....	87
8.3. ACCESOS DE DIALISIS Y HEMODIALISIS DEL PACIENTE.....	92
8.4. MEDITACIÓN.....	96
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	98



I. INTRODUCCIÓN

El Proceso de Atención de Enfermería es un instrumento que sirve para proporcionar atención planeada en base a las necesidades que permiten la participación de Licenciado en Enfermería para valorar e identificar respuestas humanas.

El Proceso de Atención de Enfermería por fundamentarse del método científico, y el proceso administrativo, se emplea como un instrumento para la práctica profesional para lo cual requiere de planteamientos científico técnicos y psicosociales para lograr la eficacia y eficiencia en su implementación, además su uso demuestra responsabilidad profesional de la enfermera por el mejoramiento de la intervención hacia el paciente, grupo y/o comunidad

En este sentido se constituye en la metodología del cuidado como herramienta principal, que con aportaciones de las teorías y modelos de enfermería le dan un marco conceptual de referencia para brindar una práctica de enfermería de calidad.

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería y el lenguaje estandarizado, como estrategia metodológica y lenguajes disciplinar respectivamente, permiten brindar un cuidado científico y humanístico, se fundamentan en la interacción humana y los elementos de la filosofía de Enfermería, cuyo fin último es la transformación interactiva y recíproca de los actores del cuidado en el proceso de satisfacción de necesidades; toda vez que como indicadores empíricos, evidencian y miden los conceptos que representan los fenómenos de las experiencias del cuidado, y se articulan con otros componentes de la estructura jerárquica del conocimiento en Enfermería para orientar el objeto de estudio y promover el desarrollo disciplinar.

El presente trabajo está sustentado en la Teoría de Autocuidado de Dorothea E. Orem que tiene como objetivo ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad.

El presente Proceso de Atención De Enfermería (PAE) está enfocado en un paciente con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) la cual se eligió ya que representa una de las enfermedades más costosas a nivel mundial y es la entidad final común a la que pueden arribar las enfermedades renales primarias o secundarias a enfermedades sistémicas y su característica esencial es la disminución progresiva e inexorable de la función renal, por lo que la participación de los profesionales de enfermería es de gran importancia.

En su interior se podrá encontrar un Marco Teórico que sirve como sustento teórico metodológico al presente proceso. Este incluye el marco conceptual de la disciplina de enfermería, un resumen en donde se destacan los puntos principales de la teoría del Autocuidado de Dorothea Orem, seleccionada para orientar el proceso de cuidado del paciente con IRC, las etapas del PAE que es utilizado como herramienta metodológica para la aplicación de la teoría seleccionada, el resumen clínico, plan de cuidados, plan de alta, conclusiones y aparato crítico.

II. JUSTIFICACIÓN

La elaboración del Proceso de Atención de Enfermería es parte crucial y una guía importante en la atención que brinda el personal de enfermería en el cuidado de toda persona enferma y refuerza las habilidades y aspectos sociohumanos.

El Proceso de Atención de Enfermería es el cimiento, la constante esencial que ha caracterizado a la enfermería desde el principio de su historia y por ende al paso de los años ha evolucionado y adquirido claridad y comprensión.

El Licenciado en Enfermería juega un papel importante en el restablecimiento del enfermo; hay que reunir el conocimiento a través de los métodos científicos para poder describir, explicar, pronosticar y prescribir intervenciones de enfermería y vincularse con la persona en el contexto de su mundo único para lograr su salud.

Al realizar un Proceso de Atención de Enfermería sustentado en una teoría, el personal de enfermería dispone de una herramienta de gran valor para planear y llevar a cabo intervenciones sencillas y complejas como en un paciente con Insuficiencia Renal Crónica como el que se presenta.

La Secretaría de Salud en México, el INEGI y el Censo Nacional de Población reportaron que en 2006 la Insuficiencia Renal Crónica se encuentra entre las primeras 10 causas de mortalidad general, por lo que la demanda de atención en los servicios de urgencias ocupa el décimo tercer lugar, y el octavo como causa de egreso en hospitales por muerte.

Lamentablemente la razón principal de la salida de programas de diálisis en México es la muerte de las personas con Insuficiencia Renal. Los costos globales de su tratamiento son muy altos y continúan aumentando, constituyendo un reto económico para los sistemas de salud.

El gasto que requiere el tratamiento y atención de la Insuficiencia Renal Crónica en México es de 4 mil millones de pesos, además, se estima que la enfermedad puede de alcanzar su incremento máximo en el número de pacientes para el año 2043 y representaría una inversión de 20.000 mil millones de pesos y a partir de ahí comenzará el descenso; mientras que estimando un escenario catastrófico, la enfermedad continuaría con un ascenso continuo y para el año 2050 los costos de inversión alcanzarían los 50.000 mil millones de pesos, cifras imposibles de costear.

Debido a esto es necesario contar con un programa que permita detectar de forma oportuna las enfermedades renales crónicas en el primer contacto, para poder desacelerar el número de pacientes en terapia sustitutiva.

La prevalencia de la IRC en México es probablemente mayor que la estimada. En la mayoría de los casos la modalidad utilizada es la Diálisis Peritoneal y la mayoría de los pacientes no participan en el proceso de selección de la modalidad de diálisis.

Estimaciones de un estudio hecho por la Facultad de Medicina de la UNAM en 2010 señalaban que habría unos 120,000 mexicanos con necesidad –sin alternativa inmediata- de recibir tratamiento sustitutivo de riñón (diálisis) para mantenerse con vida. Sin embargo otra perspectiva del estudio sugería que menos de la mitad de dichos pacientes (unos 60,000) reciben en realidad alguna forma de tratamiento para su insuficiencia renal. Lo más probable es que terminen muriendo aunque se registre que el deceso obedeció a alguna otra complicación y no queda el registro de que fue por insuficiencia en el funcionamiento de sus riñones. (Ramírez, 2014)

El profesional de enfermería en la IRC debe encontrarse activo desde la etapa de prevención, promoción y hasta la rehabilitación del paciente con la finalidad de llevarlo al auto-cuidado y la independencia dentro de un abordaje multidisciplinar.

Una buena alimentación, la adecuada cantidad de líquidos que se deben ingerir, los cuidados y hasta la enseñanza de autocuidado en las distintas etapas que cursa el paciente en su proceso de enfermedad como lo es la diálisis peritoneal, la hemodiálisis y el trasplante renal, son de suma importancia con el fin de que tenga la mejor calidad de vida hasta su deceso. Estas actividades son algunas de tantas que el profesional de enfermería debe realizar en estos pacientes.

III. OBJETIVOS

GENERAL

- Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería con sustento en la teoría de Dorothea Elizabeth Orem a una persona adulta con Insuficiencia Renal Crónica identificando los problemas y necesidades que presente el paciente y así poder planear intervenciones que ayuden a su autocuidado y restablecer su salud.

ESPECÍFICOS

- Aplicar la guía de valoración de Dorothea E. Orem.
- Jerarquizar los diagnósticos encontrados en la etapa de valoración.
- Estructurar y realizar un plan de cuidados de acuerdo a los diagnósticos priorizados encontrados.
- Llevar a cabo las intervenciones de enfermería planeadas.
- Evaluar los resultados obtenidos después de haber realizado las intervenciones de enfermería planeadas.

IV. MARCO TEÓRICO

4. ANTECEDENTES DE ENFERMERÍA

La historia de la enfermería ha existido desde el inicio de la humanidad, pues la especie humana siempre ha tenido personas incapaces de valerse por sí mismas y siempre se ha visto en la necesidad de cuidar de ellos, por lo cual, la enfermería, es tan antigua como la existencia humana.

La historia de la enfermería se divide en dos momentos:

1) Etapa preprofesional que abarca desde las culturas antiguas hasta finales del siglo XIX, abarcando toda la historia de la enfermería como oficio de la cual no hay testimonios escritos y 2) Etapa profesional en la que, se inicia a principios del siglo XX con la aparición de programas formativos que propician el gran desarrollo de un cuerpo propio de conocimientos teóricos en donde la enfermería va realizando la reflexión de cuáles son los aspectos principales de la calidad de vida, utilizando para ello el conocimiento de la ciencia médica, de la ciencia psicológica y de la ciencias sociales, comenzando a configurarse de esta manera el conocimiento enfermero, o la ciencia enfermera. (Hernández, 1996)

La enfermería, menciona la OMS (Organización Mundial de la Salud) abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal. La definición de salud de la OMS “...como máximo estado de bienestar..... y no sólo la ausencia de enfermedad.”, marca un giro y abre un campo de posibilidades donde la enfermería comienza a explicar el porqué de sus acciones y cómo éstas actúan para proporcionar mayor calidad al cuidado. No es ya sólo el procurar conservar la vida (misión principal del quehacer médico), sino la calidad de la vida (misión principal del quehacer enfermero) lo que la sociedad comienza a reclamar.

Si la enfermería continúa tratando de desarrollarse profesionalmente, se le hará cada vez más necesario, identificar qué hace, cómo lo hace, para qué lo hace y por qué son necesarios los servicios enfermeros. Lograrlo implica describir, identificar, comparar y establecer relaciones entre los fenómenos de esta competencia, menciona Hernández (1997) en una cita de su artículo.

La línea de análisis conceptual tiene sus orígenes en el siglo XIX cuando Florence Nightingale en su inquietud por sacar a la enfermería de su rutina “no sólo significa la administración de medicinas y cataplasmas”..., realiza una serie de observaciones que la llevan a reconocer el valor peculiar del cuidado ...“debe significar el uso adecuado de aire fresco..., y todo ello con el menor gasto de energía vital para el paciente”, tratando de demostrar todo con datos estadísticos, lo que la lleva a definir la enfermería como: “Poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe.”

Por todo ello Florence Nightingale consideró que *“la enfermería es una vocación que requiere sujetos aptos e inteligentes a los cuales hay que remunerar por la calidad de su servicio”* (Nightingale, 1990).

De gran relevancia para la profesión ha sido la aportación de Virginia Henderson con su definición, de la función propia de la enfermera, sobradamente conocida y adoptada en 1961 por el Consejo Internacional de Enfermería (Consejo Internacional de Enfermería, 1961). En estos años, la búsqueda de un método que permitiera a las enfermeras avanzar en la profesionalización de su quehacer, ha llevado a diversas autoras a iniciar el estudio de lo que se ha dado en llamar Proceso de Atención de Enfermería, pero no es hasta 1953 cuando Vera Fray, enfermera norteamericana, audazmente utilizó el término Diagnóstico de Enfermería afirmando que: Una vez que las necesidades del paciente son identificadas pasamos al siguiente apartado, el Diagnóstico de Enfermería. (Hernández, 1997). La aparición de este nuevo concepto provoca continuos debates y confusiones sobre el uso del término diagnóstico y las connotaciones médicas que implicaba.

Los Diagnósticos de Enfermería están suponiendo un avance para la profesión, que se evidencia en el reconocimiento que la Organización Mundial de la Salud ha hecho de ellos al aceptar incluirlos en su Clasificación Internacional de Enfermedades, cuando éstos adapten adecuadamente su taxonomía a la de la OMS, lo que ha llevado al Consejo Internacional de Enfermería a realizar una profunda revisión a nivel internacional de este tema. (Hernández, 1997)

El avance epistemológico en la historia de la enfermería se constata no sólo con los diagnósticos de enfermería, que cada vez más se incorporan a la práctica cotidiana y a la investigación, si no con la más de una veintena de teóricas, entre las que destacan Henderson, Peplau, Orem, Roy, Rogers, por mencionar algunas y todo en tan sólo medio siglo.

Al paso de tiempo y en la investigación de diversas fuentes, la enfermería es una de las profesiones que ha enfrentado cambios en cuanto a su definición a lo largo de su evolución de oficio a profesión disciplinar; estas han respondido al contexto socio-político e ideológico en el que fueron generadas, determinando así la concepción y proyección social de la enfermería a lo largo de su historia.

Con la llegada del Cristianismo, las prácticas de enfermería tomaron un matiz religioso concibiéndose el cuidado enfermero como una forma de santificación para el que lo realizaba; la enfermedad en ese tiempo estaba considerada como un castigo divino y el cuidador debía ocuparse tanto del cuerpo del paciente como de su alma, haciendo méritos, con su sacrificio, para ganar la vida eterna. Pero al llegar la Reforma Protestante, todas estas ideas desaparecieron en los países que se separaron de la Iglesia Católica, ya no era necesario sacrificarse para ganar el cielo, esto se conseguiría sólo por el acto de creer (ideología de Lutero y Calvino). Las iglesias fueron destruidas al igual que los hospitales

puesto que, en su mayoría, éstos estaban gobernados por órdenes religiosas. De esta forma, en algunos países, quedó descubierto casi por completo el cuidado de los enfermos. Estas tareas fueron consideradas denigrantes y por lo tanto dejadas en manos de personas sin escrúpulos y por supuesto, sin preparación alguna para llevarlas a cabo. Se perdió así gran parte del conocimiento empírico conseguido hasta ese momento, el enfoque caritativo y de humildad que habían tenido los cuidados hasta entonces impidió que se hicieran registros escritos del trabajo que los religiosos habían realizado. (Siles,1999)

A este período en el que se dio un vacío de enfermería que duró 300 años se le conoce como el “período oscuro de la Enfermería”, no fue sino hasta la llegada de Florence Nightingale en Inglaterra, durante la primera mitad del siglo XIX que la situación cambió. Se sabe que la Enfermería se había considerado hasta entonces un arte y no una ciencia, pero Florence Nightingale rechazó estas ideas, luchó por integrar esta disciplina en un sistema interdependiente, que le permitió elaborar, con las limitaciones de la ciencia de esa época, una doctrina que durante más de un siglo fue técnica, dependiente de la medicina y también de la enfermedad.

Aunque todavía no se habla de una Enfermería como la actual, se puede decir que en este momento de la Historia se establecieron las bases para el desarrollo de una enfermería profesional y científica como ya se mencionó anteriormente. (Siles, 1999)

4.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ENFERMERÍA EN MÉXICO

Mientras un nuevo concepto de la Enfermería se iba extendiendo en muchos países de Europa, en México apenas finalizaba la guerra de Independencia y como consecuencia reorganizando el país. Durante la época colonial, en México los cuidados enfermeros estuvieron a cargo de las órdenes religiosas, es importante recordar que España no entró a la Reforma Protestante y siguió siendo un país católico. Esto continuó así hasta que Benito Juárez publicó un decreto en el que se secularizaron los hospitales y centros de beneficencia el 2 de febrero de 1861 y posteriormente, el 26 de febrero de 1863 decretó la extinción de las comunidades religiosas en toda la república, quedando excluidas las Hermanas de la Caridad, pues sus reglas no estaban en contra de las leyes de Reforma; temporalmente quedaron a cargo de los enfermos mexicanos pero en 1874 Lerdo de Tejada las expulsó definitivamente de México dando origen al propio y mexicano “período oscuro de la Enfermería”. (Benítez, 2006)

En 1833 se suprime la Nacional y Pontificia Universidad de México y su Facultad de Medicina, siendo sustituida por el Establecimiento de Ciencias Médicas que incorporaba la medicina clínica y experimental europea. Se crea una cátedra de obstetricia y operaciones y una cátedra para parteras, las cuales asistían a la misma cátedra de obstetricia que los estudiantes de medicina y hacían dos años de curso, en lugar de uno año que hacían los estudiantes.

Esta formación de parteras profesionales buscaba reemplazar a las parteras tradicionales, por mujeres formadas por los médicos que les permitiesen a estos el acceso a embarazadas, parturientas y puérperas. Así pues, la partera profesional desempeñaba una actividad necesaria y subordinada a la profesión médica, pero también su práctica reprimía la actividad de las parteras tradicionales, actividad que competía con la medicina académica.

Las parteras tradicionales no acudían a estas cátedras, que implicaban la asistencia a clases en las escuelas de medicina, la práctica en hospitales y un examen ante un jurado.

En 1879, refiere Carrillo (1999) que Dolores Román, partera en jefe de la Casa de Maternidad de la Ciudad de México, que era indígena, fue la primera partera, dentro de un hospital, en hacer la versión por maniobras externas del feto. Claro está, esta maniobra ya la hacían las parteras indígenas desde la época prehispánica y la siguen haciendo actualmente. Sin embargo, la prensa atribuyó a los tocólogos mexicanos la invención de la maniobra.

Asimismo, refiere este autor que aunque había una propuesta desde 1833 de crear una clínica de partería para la enseñanza de las parteras, hasta 1867, en la Escuela de Medicina de la Ciudad de México, la enseñanza solo fue teórica.

Las parteras, debían acompañar diariamente a los médicos en la visita para darles los datos o antecedentes de las pacientes, copiar en un libro recetario las prescripciones de los médicos de maternidad y niños, practicar el reconocimiento de las embarazadas que soliciten su ingreso y darles entrada, asistir personalmente los partos naturales y cuidar el transporte de las pacientes después del parto, a donde pasarán el puerperio, avisar a los médicos si notaran una mala posición del feto o si se espera un parto laborioso o algún accidente grave, asear y cambiar la ropa de las paridas, conservar bajo su responsabilidad los medicamentos para los casos de urgencias, concurrir a las autopsias de las mujeres paridas que hayan fallecido y avisar al director de las faltas en que hubieren incurrido los sirvientes del hospital.

Por su parte, en lo relativo a las obligaciones de los sirvientes, se indicaba que las enfermeras debían distribuir las medicinas y los alimentos como lo ordene la partera, debían asear las salas o enfermerías, junto con los baños y demás áreas de servicio, debían ayudar a cambiar la ropa a las enfermas y todo lo relativo al servicio doméstico. (Alatorre, 1984)

Se puede ver que la situación de la enfermera era muy distinta a la de la partera, ya que esta era considerada parte del personal científico, y aunque se encontraba en una situación desfavorable con respecto al médico, ganaba tres veces más que la enfermera.

Las actividades de enfermería agrupaban a todo lo que hacían los hombres y las mujeres en los hospitales fundados desde el siglo XVI en la Nueva España. Estos hospitales tenían su reglamento u ordenanzas, y en la mayoría de estas ordenanzas el nombre de enfermero o enfermera se ubica bajo la categoría de “sirvientes”, pues tal era su condición laboral. Entonces, había una enfermera lavandera, una enfermera cocinera o una enfermera mandadera (Solórzano, 2010).

En el siglo XX se redujeron las escuelas de obstetricia y aumentaron las de enfermería, fusionándose estas dos prácticas. Sin embargo, la práctica de la obstetricia por la egresada de enfermería fue suplantada rápidamente por el médico especialista en gineco-obstetricia (Carrillo, 1999).

Para principios del siglo XX el Dr. Liceaga, designado por el presidente de la República, comienza el ambicioso proyecto del Hospital General y la primera Escuela de Enfermería del mismo, inaugurados en 1905 y 1907 respectivamente y se inicia así una evolución de la profesión que nuevamente es interrumpida por la Revolución.

Una vez reorganizado el país después de la guerra - primera mitad del siglo XX – hubo en México, unos 30 años de un desarrollo amplísimo de la Enfermería. El Estado asume la responsabilidad de la salud pública, se crean organismos como el IMSS, ISSSTE, etc. y se construyen gran cantidad de hospitales. (Aguilar, 2011, Universidad Panamericana 2010)

En las siguientes décadas, la Enfermería tomó conciencia de la necesidad de una preparación a nivel licenciatura, que elevara el conocimiento científico de la enfermera y permitiera reforzar el trabajo de prevención. En 1968 se abrió ésta en la ENEO (Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia) fundada en 1945.

Hoy en día la Licenciatura en Enfermería se imparte en diferentes instituciones estatales en México, así como en algunas universidades privadas.

Al ser una realidad el Hospital General de México y considerarse una escuela práctica para las enfermeras, el Dr. Fernando López, director en aquel tiempo, se esforzó por que los estudios de enfermería tuvieran validez formal. Es así como la Dirección General de la Beneficencia Pública aprobó el 3 de octubre de 1906 las disposiciones generales para su funcionamiento, y la escuela fue inaugurada el 9 de febrero de 1907. (Pérez y Castañeda, 2006).

En el país, la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia es rectora en la formación de recursos humanos de enfermería, sin embargo el devenir histórico de la licenciatura en Enfermería y Obstetricia, se encuentra permeado de distintos antecedentes. Desde un principio, con la planeación de los espacios de Ciudad Universitaria, la Dra. Emilia Leija Paz de Ortiz, directora, solicitó uno para esta escuela y obtuvo negativa como respuesta. Ante tal situación El H. Consejo técnico de la ENEO y la Sociedad de Alumnos propusieron el bachillerato como requisito para ingresar a la carrera para ser considerada como universitaria, sin embargo esto no prosperó y fue hasta el 15 de febrero de 1968 que apareció en la Gaceta de la Universidad Autónoma de México, la creación de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia que textualmente dice: "...En la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia podrá optarse por el grado de licenciatura, lo anterior no implica la desaparición del actual grado académico, los alumnos que solo tienen estudios de secundaria están en posibilidades de diplomarse en Enfermería y Obstetricia, para estudios de licenciatura es necesario que los alumnos sean bachilleres" (Pérez y Castañeda, 2006).

Este acuerdo no se cumpliría tal como fue aprobado porque al mismo tiempo que se ponía en marcha la licenciatura, el Consejo Técnico de la ENEO acordó suprimir la carrera de partera para darle mayor auge a la licenciatura como respuesta a las necesidades del país, puesto que la atención materno infantil de las zonas marginadas y de las áreas rurales por la falta de recursos humanos y materiales idóneos determinan que sean atendidas por empíricas o personas prácticas, lo cual incrementa la morbilidad y mortalidad materna y la perinatal.

En el Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, las materias correspondientes a esta última fueron programadas para ser impartidas en los últimos dos semestres de la carrera.

El primero para la teoría y práctica de los aspectos fisiológicos de obstetricia; y en el segundo, los aspectos de patología obstétrica, lo que redujo a dos semestres, en lugar de cursarse en cuatro, como en la carrera de Partera. (Pérez y Castañeda, 2006).

En 1969 se hizo realidad la licenciatura en Enfermería y Obstetricia, en la ENEO-UNAM, ese año terminó sus estudios la primera generación, ingresada en 1966 en el Plan experimental “B” para bachilleres en enfermería.

4.2. ANTECEDENTES DEL PROCESO TEÓRICO DE ENFERMERÍA

Enfermería es una ciencia joven, se dice que la primera teoría de enfermería fue la de Florence Nightingale, (a pesar de que sus aportaciones es bien sabido que no tienen la estructura de una teoría, pero si es clasificada dentro de las filosofías de enfermería), a partir de ahí nacieron nuevos modelos y cada uno aporta una filosofía para entender la enfermería y el cuidado del paciente.

La enfermería desde sus orígenes era considerada como ocupación basada en la experiencia práctica y el conocimiento común, y no contemplaba el conocimiento científico de la profesión, este nació con la primera teoría de enfermería. También las enfermeras centraban su atención a la adquisición de conocimientos técnicos que habían sido delegados. (Marriner, 1999)

En las décadas de 1950 y 1960 algunas enfermeras intentaron establecer la base científica de enfermería partiendo de las ciencias básicas, especialmente del comportamiento, orientadas en que la idea de que la teoría siempre debe guiar a la práctica.

A medida que la enfermería ha llegado a la mayoría de edad, como profesión y como disciplina erudita, ha habido una preocupación creciente por delinear su base teórica. De acuerdo con Chin y Jacobs, (menciona Olsewki) el desarrollo de la teoría es la tarea crucial que enfermería enfrenta en la actualidad. (Olsewski y Coalson, 1998)

En relación con la función profesional y como debe desarrollarse esta, surge a partir de los años 50, una corriente de opinión importante que aborda la filosofía de la profesión, y pretende dar a la enfermería una identidad propia dentro de las profesiones de salud. Se publicó en 1952 el primer Modelo Conceptual de Enfermería en la obra de Hildergar Peplau, que tiene por título, *Interpersonal Relations in Nursing*. En este mismo año apareció la revista *Nursing Research*, que se convierte en un órgano de difusión de primer orden en la investigación. (Rodríguez, 1997)

En 1955, surge la teoría Definición de Enfermería, de Virginia Henderson, adoptada en 1961 por el Consejo Internacional de Enfermería. Estas y otras teorías que surgieron a partir de la segunda mitad del pasado siglo han sido de gran relevancia para la profesión, fomentando el desarrollo epistemológico de la ciencia de Enfermería.

Varias son las teorías que plantean que la enfermería es un arte y una ciencia. Esto se puede corroborar, si analizamos las definiciones de enfermería que se encuentran dentro de sus postulados teóricos.

En este recorrido transversal de los conocimientos, desde Florence Nightingale a la actualidad, se han tratado cuatro conceptos metaparadigmáticos que están presentes en todas las teorías y modelos conceptuales: persona, entorno, salud y el cuidado, centro de interés de la enfermería, constituyendo, el cuidado el objeto de estudio y razón de ser de la Enfermería. (Kérouac, 2007)

4.2.1 Perspectiva histórica de las teorías de enfermería

A lo largo de la historia han surgido diversas perspectivas de las teorías de enfermería, a continuación se mencionan algunas:

Desde 1860 a 1959

1. En 1860, Florence Nightingale desarrolló su “Teoría del Entorno” En 1952 funda la revista “*Nursing Research*”.
2. En 1952, Hildegard Peplau publica su “Modelo de Relaciones Interpersonales”, “*Interpersonal Relations in Nursing*”
3. En 1955, Virginia Henderson publica “*Definition of Nursing*”.
4. A mediados de los cincuenta, el Teachers College, de la Universidad de Columbia, de la ciudad de Nueva York, comenzó a ofrecer programas doctorales y de experto sobre educación y administración en enfermería, que desemboca en la participación de los estudiantes en el desarrollo y la comprobación de las teorías.

Desde 1960 a 1969.

1. La Escuela de Enfermería de la Universidad de Yale, de New Haven, Connecticut, definió la enfermería como un proceso, interacción y relación.
2. El gobierno de los Estados Unidos consolida los programas de doctorado y experto en enfermería.
3. En 1960, Faye Abdellah publica su “Teoría de Tipología de los problemas de Enfermería”.
4. En 1961, Ida Orlando publica su “Teoría del proceso Deliberativo”.
5. En 1962, Lydia Hall publica su “Modelo del Núcleo, el Cuidado y la Curación”.
6. En 1964, Ernestine Wiedenbach publica su “Teoría del Arte de Cuidar de la Enfermería Clínica”.
7. En 1966, Myra Levine publica su “Modelo de la Conservación”.
8. En 1969, Doroty Johnson publica su “Modelo de Sistemas Conductuales”

Desde 1970 a 1979.

1. En 1970, Martha Rogers publica su “Modelo de los Seres Humanos Unitarios.
2. En 1971, Dorothea Orem publica su “Teoría General de la Enfermería”.
3. En 1971, Imogene King publica la “Teoría del Logro de Metas”.
4. En 1972, Betty Neuman publica su “Modelo de Sistemas”.
5. En 1976, la Hermana Callista Roy publica su “Modelo de Adaptación”.
6. En 1978, Madeleine Leininger publica su “Teoría de la Diversidad y la Universalidad de los Cuidados Culturales”.
7. En 1979, Jean Watson publica su “Teoría del cuidado Humano”

Desde 1980 a 1989.

1. En 1980, Evelyn Adam publica su “Modelo Conceptual de Enfermería”.
2. En 1980, Joan Riel-Sisca publica su “Modelo de Interaccionismo Simbólico”.
3. En 1981, Rosemary Rizzo Parse publica su “Teoría del Desarrollo Humano”.
4. En 1982, Joyce Fitzpatrick publica su “Modelo de la Perspectiva de Vida”.
5. En 1983, Kathryn Barnard publica su “Modelo de Interacción Padre-Hijo”.
6. En 1983, Helen Erickson, Evelyn Tomlin y Mary Ann Swain publican su “Teoría Modelación del Rol”.
7. En 1984, Patricia Benner publica su “Modelo del Aprendiz al Experto”.
8. En 1985, Ramona Mercer publica su “Teoría del Talento para el Papel Materno”.
9. En 1986, Margaret Newman publica su “Teoría de la Salud” (Zelaya, 2014)

4.2.2. Generalidades De Las Teorías

Las teorías son una serie de conceptos que relacionados entre sí proporcionan una perspectiva sistemática de los fenómenos, predictiva y explicativa. Pueden empezar como

una premisa no comprobada (hipótesis) que llega a ser una teoría cuando se verifique y se sustente o puede avanzar de forma más inductiva, son verificadas y validadas a través de la investigación y proporcionan una orientación para esa investigación.

Wesley (1997) menciona que las teorías deben reunir, al menos, las siguientes características:

- Deben ser lógicas, relativamente simples y generalizables
- Deben estar compuestas por conceptos y proposiciones
- Deben relacionar conceptos entre sí
- Deben proporcionar bases de hipótesis verificables
- Deben ser consistentes con otras teorías, leyes y principios validos
- Pueden describir un fenómeno particular, explicar las relaciones entre los fenómenos, predecir o provocar un fenómeno deseado
- Pueden y deben ser utilizadas por la enfermería para orientar y mejorar la práctica.

La evolución del conocimiento, el acumulo de la ciencia y cómo es aceptado el conocimiento, es esencial para el desarrollo y el progreso de cualquier campo disciplinar. En este sentido, para que el conocimiento sea aceptado se han establecido diversos criterios que se deben tomar en cuenta y estos son: el crecimiento teórico basado en su revolución, evolución e integración.

Para toda disciplina, es importante establecer las bases que la fundamentan, reconociendo que son estas las que delimitan el campo de estudio, de saber y de intervención; por lo tanto, las teorías ayudan en la continua descripción, explicación, predicción de los fenómenos propios de la disciplina y la práctica. Así mismo resulta incuestionable reconocer la importancia que representan las teorías para Enfermería, al brindar una visión de los principios, valores y supuestos ontológicos (ser, saber, hacer y saber hacer) que guían su práctica.

Por lo tanto, el desarrollo teórico ocurre dentro del contexto de la disciplina, que se relaciona con los conceptos que se describen en forma específica o explican fenómenos, tales como salud, entorno, persona y cuidado que son elementos del metaparadigma y que actúan como reglas o leyes que se han respaldado a través del tiempo y se han comprobado mediante la investigación y que se hacen más exactos al comprobarlos a través de teorías. (De Villalobos, 2001)

El desarrollo de teorías es esencial para el desarrollo de un cuerpo de saberes propio, debido al servicio singular que presta la profesión a la sociedad.

Actualmente, existen múltiples teorías y modelos conceptuales que se encuentran fundamentados en principios filosóficos, éticos y científicos que reflejan el pensamiento, los valores, las creencias y la filosofía de quienes lo han propuesto. Este pluralismo teórico

refleja la evolución de la práctica enfermera, teniendo como consecuencia que las diferentes teorías, puedan ofrecer una guía para brindar cuidados específicos a cada paciente de acuerdo a sus necesidades. (Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM, 2007)

El interés por el desarrollo de las teorías surgió por dos razones:

1. Las líderes de enfermería vieron el desarrollo de la teoría como un medio para establecer claramente a la enfermería como una profesión. El desarrollo teórico era inherente a un viejo interés por definir el cuerpo de conocimiento de enfermería.

En un informe culminante de comienzos del siglo XX, se mencionaron las características de una profesión que conlleva “operaciones intelectuales” y deriva su materia prima de la ciencia y el estudio.

Hoy en día el interés en el cuerpo de conocimiento se desprende aún del valor extrínseco, por lo menos en parte, del cuerpo de conocimiento para la profesión. (Armendáriz, 2007)

Armendáriz (2007) menciona en su artículo que Donalson y Crowley en 1978, expusieron eficazmente que: “la propia supervivencia de la profesión puede estar en riesgo a menos que se defina la disciplina”

2. El valor intrínseco de la teoría para enfermería.

Sencillamente el crecimiento y enriquecimiento de la teoría fue importante para enfermería en sí, independientemente de otros valores que pudiera tener, como políticos y económicos.

El valor intrínseco del desarrollo teórico se refleja en el primer criterio de una profesión. (Armendáriz, 2007)

4.2.3. Niveles de desarrollo de las teorías

El deseo de tener una base para la teoría de enfermería condujo a cuatro niveles de desarrollo.

1. Metateorías

Enfocada a aspectos filosóficos y metodológicos relacionados con el desarrollo de la base de la teoría para enfermería. Ejemplos de teorías: “El proceso de desarrollo de teoría en enfermería. La naturaleza de la ciencia y enfermería”, “Teorías en las disciplinas prácticas”

2. Metaparadigma

Son de contenido abstracto y de ámbito general, intentan explicar una visión global útil para la comprensión de los conceptos y principios clave. Definen perspectivas amplias para la práctica y formas de ver los fenómenos de enfermería. Ejemplos de este tipo de teoría son: Orlando con sus “Relaciones dinámicas enfermera-paciente”, Orem, “Concepto de la

práctica de enfermería”, Roy, “Introducción a la enfermería: un modelo de adaptación”, M. Newman, “Hacia una teoría de la salud”.

3. Teorías de mediano alcance

Tienen como objetivo fenómenos o conceptos específicos, tales como el dolor y el estrés; son de ámbito muy limitado pero lo suficientemente generales como para estimular la investigación. (Wesley, 1997)

4. Teorías prácticas o empíricas

Están dirigidas al objetivo deseado y acciones específicas necesarias para su realización, son definidas brevemente. Al describir la teoría práctica, Jacox (1974) presentó la siguiente descripción sucinta: “Es la teoría que dice que, dada esta meta de enfermería (producir cierto cambio deseado o efecto en el estado del paciente), estas son las acciones que la enfermera debe cumplir para lograr dicha meta”. La esencia de las teorías prácticas es su meta deseada y la prescripción de acciones para lograr dicha meta. (Olsewski y Coalson, 1998).

Utilizar conceptos teóricos en la práctica, es una forma de validarlos o desaprobarnos. Algunas razones para ejercer la enfermería con bases en teorías científicas son:

- **Las teorías guían el práctico profesional**, puesto que ofrecen una perspectiva, son un punto de vista o una manera de pensar acerca de enfermería. Por lo tanto conforman una estructura de pensamiento.
- **Definen el límite de la práctica profesional**. Permiten detectar el rol que identifica a la enfermería en la sociedad. Establecen, por lo tanto, a la enfermería como una unidad única
- **Proporcionan el cuerpo de conocimientos propios de la profesión**, con lo que se le da forma y contenido al proceso asistencial de enfermería.
- **Crean un lenguaje común y propio de enfermería**, así facilitan la comunicación entre colegas.
- **Favorecen la autonomía profesional**, tanto en la investigación como en el ejercicio de la enfermería.
- **Favorecen el surgimiento de una “nueva enfermería”**, con una base de identidad más enfocada a la salud del paciente (PiSa, 2011)

4.3. TEORÍA DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

Dorothea Elizabeth Orem nació en Maryland, Estados Unidos. Trabajó en diversos hospitales y oficinas de sanidad en Michigan, de 1940 a 1949, en Indiana, de 1949 a 1957 y en Washington D.C., de 1958 a 1960. Además de su experiencia práctica en hospitales, ejerció la docencia, la administración, la investigación y la dirección. Fue asesora del

Departamento de Sanidad, Educación y Bienestar del gobierno de los Estados Unidos y posteriormente incursionó como empresaria en una consultora. (Marriner, 2007).

Escribió textos sobre enfermería desde 1959. Su obra más conocida es “Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica”, publicada en 1971, en el que desarrolló su teoría del autocuidado.

Recibió innumerables premios y reconocimientos por sus contribuciones a la enfermería; en 1992 ingresó como miembro honorario a la American Academy Nursing y en 1998 recibió el doctorado Honoris causa por la Universidad de Missouri (Marriner, 2007).

Fue directora en la escuela de Enfermería y del departamento de Enfermería del hospital de Province Hospital Detroit.

Entre 1949-1957 trabajó en la División of Hospital and Institutional Services del Indiana State Board of Health. Es aquí donde desarrolla su definición de la práctica enfermera.

En 1957 trabajo como asesora de programas de estudio. De 1958-1960 trabajó en un proyecto para mejorar la formación práctica de las enfermeras. En 1959 trabajó como profesora colaboradora de educación enfermera en la CUA, como decana en funciones de la escuela de enfermería y como profesora asociada de educación enfermera.

En 1970 empezó a dedicarse a su propia empresa consultora. Se jubiló en 1984 y siguió trabajando en el desarrollo de la teoría enfermera del déficit de autocuidado.

Sus Experiencias laborales fueron:

- Enfermería quirúrgica
- Enfermera de servicio privado
- Unidades pediátricas y de adultos
- Supervisora del turno noche
- Profesora de ciencias biológica (Marriner, 2007).

4.3.1. Teoría General de E. Dorothea Orem

La teoría general de la enfermería representa una imagen completa de esta y se expresa mediante tres teorías expuesta por Orem 1958. (Orem, 1980)

La Figura 1 permite visualizar la teoría general de Orem (Pereda, 2011)

La teoría de los sistemas enfermeros es la unificadora; la teoría del déficit de autocuidado desarrolla la razón por la cual una persona se puede beneficiar de la enfermería. La teoría del autocuidado sirve de fundamento para las demás y expresa el objetivo, los métodos y resultados de cuidarse a uno mismo. (Marriner, 2007)



Figura 1. Teoría de los sistemas enfermeros unificadora

4.3.2. Bases teóricas de Orem

Para el desarrollo de su Modelo, Orem no tuvo un autor que la influenciara, pero si hubo una inspiración por varios agentes relacionados con la enfermería como son: Nightingale, Peplau, Rogers, entre otros.

Su propuesta significó un importante paso en la construcción y consolidación del paradigma de la enfermería como un sistema estructurado. Su teoría contiene generalizaciones, clasificaciones y conceptualizaciones, lo que la lleva a cumplir con los requisitos exigidos por las ciencias sociales para conformarse como teoría explicativa de la realidad. Tiene conexiones con la sociología norteamericana, en particular con el estructural-funcionalismo de Talcott Parsons. En consecuencia, incorpora a su cuerpo teórico conceptos como rol, actor social, agente, acción social, sistema y subsistema. (Kérrouac, 2007)

Su análisis del proceso salud-enfermedad contribuyó a enriquecer los planteamientos de la enfermería como ciencia, y dotó de una visión moderna, propia de la cultura estadounidense, al discurso universal sobre la salud. Particularmente polémico fue el uso que se dio a su concepto de autocuidado, ya que algunos ortodoxos del neoliberalismo postularon que, con base en este axioma, la salud era una responsabilidad exclusivamente individual y no estatal o colectiva. Con tal planteamiento llegaron al extremo de culpar al

individuo de sus problemas de salud, ya que afirmaban era el único responsable de mantener estilos de vida nocivos, y por ende debía ser él mismo quien asumiera y costeara las consecuencias de sus malos hábitos.

Orem definió a la salud como un estado de integridad de los componentes del sistema biológico y de los modos de funcionamiento biológico, simbólico y social del ser humano; y al entorno que es parte integrante de la persona como el conjunto de los factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlos (Kérouac, 2007)

Diversas teóricas coinciden en agrupar los aportes de Orem en la escuela de las necesidades. Su modelo gira alrededor de un principio rector: el del autocuidado, al cual definió como una acción de las personas maduras y en proceso de maduración que han desarrollado las capacidades para cuidar de sí mismas en sus situaciones ambientales. Las personas que se ocupan de su autocuidado tienen las capacidades para el requisito de acción: la agencia o capacidad de actuar intencionadamente para regular los factores que afectan a su propio funcionamiento y desarrollo. El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar. Normalmente, los adultos cuidan de sí mismos de forma voluntaria. Los lactantes, niños, ancianos, enfermos e incapacitados, requieren cuidados completos o ayuda en las actividades de autocuidado (Orem, 1993).

Por otra parte, se consideró que el desarrollo de su teoría general pudo ser influenciada también por dos teorías: la de la personalidad, de Maslow y Erich Fromm, y la Teoría General de Sistemas, de Karl Ludwig von Bertalanffy.

Esto quiere decir que es muy probable que Maslow (1908-1970) (Maslow, 2003) y su jerarquización de necesidades pudo influir en la construcción de la teoría de Orem, si se considera que Maslow, al llevar a cabo la jerarquización, ubica a las necesidades fisiológicas en la base de la pirámide, seguidas de necesidades de seguridad, amor y pertenencia, de estima, a las cuales Maslow las denomina necesidades de déficit cuando no se poseen; este término lo pudo haber adoptado Orem al desarrollar su teoría de déficit de autocuidado cuando la capacidad de la persona no es suficiente para satisfacer sus requerimientos de autocuidado. Mientras que las necesidades de autoactualización le permiten al individuo diferenciar lo real de lo falso, desarrollando su capacidad de percepción de sí mismo para hacer frente a cualquier situación, se deduce que Orem considera las necesidades de autorrealización cuando desarrolla la teoría de autocuidado, ya que requiere que la persona reconozca sus capacidades, limitaciones y conocimiento de sí mismo para desarrollar acciones encaminadas a su propio cuidado y por ende satisfacer sus necesidades. (Pereda, 2011)

4.4. TEORÍA DEL AUTOCUIDADO

Según Orem, el Autocuidado es "La práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar". (Orem, 1993). Todos los individuos tienen la capacidad para cuidarse y este autocuidado se aprende a lo largo de la vida; principalmente mediante las comunicaciones que ocurren en las relaciones interpersonales.

La teoría del autocuidado descansa en por lo menos cuatro supuestos básicos:

1. En igualdad de condiciones, los seres humanos tienen el potencial de desarrollar habilidades intelectuales y prácticas, así como de mantener la motivación esencial para el autocuidado propio y de su familia.
2. Las formas en que se cubren los requisitos de autocuidado dependen de cada cultura y presentan variaciones entre individuos y grupos sociales.
3. Las acciones de autocuidado y cuidado de la familia son de carácter voluntario, y se ejecutan en función de los propios repertorios y predilecciones individuales.
4. La identificación y descripción de los requisitos recurrentes para el autocuidado y cuidado de los miembros dependientes de la familia, conduce a la investigación y desarrollo de vías para satisfacer los requisitos conocidos y para formar hábitos de cuidado. (Orem, 1993)

De esta forma el individuo se convierte en agente de su propia salud, en *agente de autocuidado*. Para ello, Orem concibe al individuo no sólo como un ser biológico, sino que lo considera en sus dimensiones cultural y social.

Las personas, afirma Orem, son *seres unitarios* que desempeñan roles sociales. Desde una perspectiva sociológica, los términos *enfermera* y *paciente de la enfermera* significan estados o posiciones relacionadas en los grupos sociales. Cada posición comporta un *rol*, es decir, un grupo de prescripciones para la acción organizada a través de la que se asume esa posición. (Orem, 1993)

En la Figura 2 se pueden observar los supuestos anteriores con los que Dorothea Orem construye su teoría.

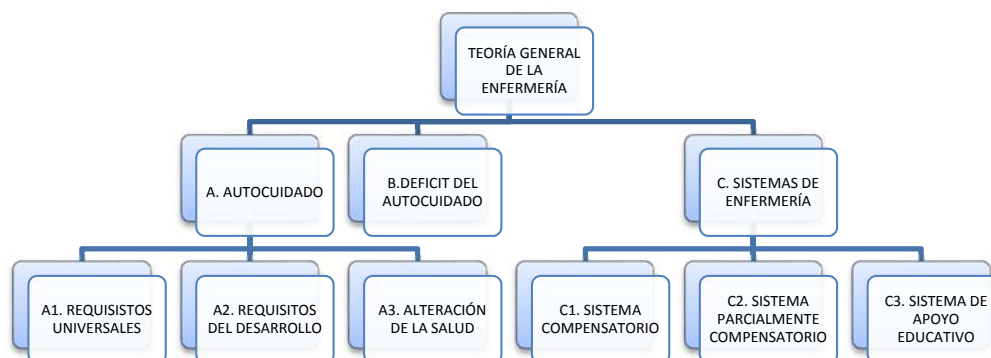


Figura 2. Teoría General De Enfermería

Análisis de los elementos:

A. **Autocuidado.** Significa que las personas tienen la capacidad para identificar y controlar los factores, tanto internos como externos, que pueden afectar su salud. Esta facultad es deliberada, voluntaria, y se desprende de las propias relaciones sociales que el ser humano establece desde su familia o comunidad. Es decir, se asume como un valor cultural y, por ende, puede catalogarse como resultado de una conducta aprendida; en la medida en que la ejerce, el individuo se convierte en *agente o agencia de autocuidado* (Orem, 1993).

Orem define diez componentes de este proceso:

1. Habilidad para mantener la atención y ejercitar el requisito de vigilancia con respecto a uno mismo.
2. Uso controlado de la energía física disponible y suficiente para el autocuidado.
3. Habilidad para controlar la posición del cuerpo y sus partes en la ejecución de los movimientos requeridos en las operaciones de autocuidado.
4. Habilidad para razonar dentro del marco de autocuidado.
5. Motivación para orientar los objetivos hacia la salud, el bienestar y la vida.
6. Habilidad para tomar decisiones sobre el cuidado de uno mismo.
7. Habilidad para adquirir conocimiento técnico de fuentes autorizadas.
8. Posesión de un repertorio de habilidades cognitivas, perceptivas, manipulativas, comunicativas e interpersonales.
9. Habilidad para ordenar sistemas de acciones apropiadas para el logro de los objetivos reguladores del autocuidado.
10. Habilidad para realizar operaciones efectivas de autocuidado, integrándolas en los aspectos relevantes de la vida personal, familiar y de la comunidad. (Orem, 1993)

En su planteamiento Orem contempla el concepto auto como la totalidad de un individuo (incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales), y el concepto cuidado como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él.

Por lo tanto el cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos, mientras que el autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado.

Por otro lado, expone que los requisitos de autocuidado son un componente principal en este proceso (y de su modelo) y constituyen una parte importante de la valoración del paciente.

El término requisito se usa para indicar una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo.

Al respecto, esta teórica identificó y describió ocho actividades que son esenciales para el logro del autocuidado que son los requisitos de autocuidado universal, pero describe también dos tipos más de autocuidado, los de desarrollo y los de desviación de la salud.

A1. Requisitos universales: Tienen que ver con las necesidades básicas y comunes a todo ser humano, resultan indispensables para preservar los procesos vitales y, como su nombre lo indica, son de carácter universal. Orem enuncia los siguientes 8 requisitos:

1. Aire suficiente
2. Agua suficiente
3. Alimentos suficientes
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de excretas
5. Equilibrio entre actividad y reposo, lo que implica seleccionar actividades que estimulen, ocupen y mantengan en equilibrio el movimiento físico, las respuestas afectivas, el esfuerzo intelectual y la socialización.
6. Equilibrio entre soledad e interacción colectiva, que significa mantener la calidad y el equilibrio necesarios para el desarrollo de la autonomía personal, de las relaciones sociales perdurables que refuercen el funcionamiento efectivo de los individuos, así como de la promoción de la pertenencia al grupo y el reforzamiento de los lazos de afecto, amor y amistad.
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar.
8. Promoción del desarrollo humano, de acuerdo con el potencial, las limitaciones y características esencialmente humanas, bajo un criterio de normalidad.

A2. Requisitos del desarrollo. Se derivan de los requisitos universales pero, a diferencia de éstos, expresan necesidades de grupos específicos, tales como mujeres embarazadas; o etapas de la vida: lactante, preescolar, adulto mayor, etc.; o condiciones particulares y coyunturales de un individuo: duelo por la pérdida de un ser querido.

A3. Alteración de la salud. Son requisitos destinados a la atención de aquellas personas que tienen algún defecto físico o discapacidad, o bien que han enfermado o sufrido alguna lesión o incapacidad. En estos casos se realizan acciones para devolverlos o insertarlos a un estado de normalidad, bajo el supuesto de que lo sucedido fue una desviación a la norma de salud.

- B. **Déficit del autocuidado.** Antes de hablar del déficit es necesario realizar algunos apuntes sobre el concepto agencia de autocuidado. Para Orem: la agencia de autocuidado es una cualidad humana compleja y adquirida; es también una capacidad humana esencial; el ejercicio de esta cualidad y esta capacidad da como resultado un sistema de acciones dirigidas a regular las condiciones del entorno; esta agencia puede conceptualizarse como el repertorio de acción de un individuo; también, como el conjunto de habilidades y limitaciones para procurarse el autocuidado; el entorno puede afectar dicho conjunto; las personas están sujetas a necesidades secuenciales; y la agencia de autocuidado es una capacidad estimativa y productiva para él. (Orem, 1993).

Cuando el individuo presenta limitaciones de cualquier índole y por lo tanto es incapaz de procurarse el autocuidado, es decir, cuando su demanda de cuidados resulta superior a su autonomía o capacidad de auto asistencia, tiene lugar el déficit de autocuidado, el cual puede ser parcial o total, consciente o inconsciente.

El profesional de enfermería estará frente a una persona en tal situación si observa la concurrencia de una o más de las siguientes condiciones:

- Falta de ocupación continuada en el autocuidado, o clara falta de adecuación de lo que se hace para cubrir los requisitos de autocuidado
- Toma de conciencia limitada, o falta de conciencia del yo y del entorno
- Incapacidad para recordar pasadas experiencias en el control de la conducta
- Limitaciones para el juicio y toma de decisiones sobre el autocuidado asociadas con la falta de conocimiento y de familiaridad con las condiciones internas y externas
- Funcionamiento desordenado o alterado, que da lugar a nuevos requisitos de autocuidado de desviación de la salud
- Necesidad de los individuos de incorporar en sus sistemas de auto asistencia medidas de autocuidado complejas, recientemente prescritas, cuya realización requiere la adquisición de conocimientos y habilidades mediante el entrenamiento y la experiencia. (Orem, 1993).

Una vez que se presente cualquiera de estas condiciones, el profesional de enfermería deberá compensar la pérdida de autocuidado de la persona, a fin de cubrir dicho déficit.

C. Sistema de enfermería. Es el conjunto de series y secuencias de acciones prácticas deliberadas que lleva a cabo el personal de enfermería, a veces en coordinación con las personas que cuida, para conocer y satisfacer los componentes de las demandas de autocuidado terapéutico de éstos y para proyectar y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad auto asistencial (Marriner, 2007).

Este sistema se subdivide en tres sistemas: Compensatorio, Parcialmente compensatorio, y De apoyo educativo para el desarrollo.

El siguiente cuadro muestra las acciones que, por sistema, les corresponde realizar al personal de enfermería y a los pacientes:

SISTEMA TOTALMENTE COMPENSATORIO

Participación del personal de enfermería	Acción	Participación del paciente
Sí	Realiza el autocuidado terapéutico del paciente	No
Sí	Compensa la capacidad del paciente para ocuparse de su autocuidado	No
Sí	Apoya y protege al paciente	No

SISTEMA PARCIALMENTE COMPENSATORIO

Sí	Realiza alguna medida de autocuidado para el paciente	No
Sí	Compensa las limitaciones del autocuidado del paciente	No
Sí	Ayuda al paciente según lo requiera	No
No	Realiza algunas medidas de autocuidado	Sí
Sí	Regula la agencia de autocuidado	Sí
No	Acepta el cuidado y asistencia de la enfermera	Sí

SISTEMA DE APOYO-EDUCACIÓN PARA EL DESARROLLO

No	Realiza el autocuidado	Sí
Sí	Regula el ejercicio y desarrollo de la agencia de autocuidado	Sí

La anterior tipología responde a la pregunta ¿Quién puede o debe realizar aquellas operaciones de autocuidado que requieren movimiento y una manipulación controlada? Las respuestas posibles son tres, y corresponden a cada uno de los sistemas:

C1. Sistema totalmente compensatorio. El personal de enfermería debe realizar la totalidad de las operaciones, porque el paciente tiene limitaciones fisiológicas o psicológicas para los movimientos controlados.

C2. Sistema parcialmente compensatorio. El paciente puede realizar algunas y, en consecuencia, le corresponde el requisito de autocuidado.

C3. Sistema de apoyo educativo. El paciente puede y debe realizar todas las acciones de autocuidado, pero requiere de un sistema de apoyo-educación para el desarrollo, en virtud de que le faltan conocimientos o habilidades, o no está psicológicamente dispuesto a realizar dichas acciones de autocuidado (Orem: 1993).

En este sistema, al personal de enfermería le corresponden cinco modos de asistencia, que son: actuar, guiar, apoyar, procurar un entorno favorable y enseñar (Kérouac, 2007).

En la teoría de Dorotea Orem destaca el uso de conceptos vanguardistas que tuvieron un uso generalizado en los organismos de educación y salud hasta la década de los ochenta, tales como salud positiva, desarrollo humano, cultura y salud, etc.

Sin reconocer que su teoría se fundamente en bases sociológicas o antropológicas, incorpora una visión cultural del fenómeno salud-enfermedad, al afirmar que las actividades de autocuidado son aprendidas, y que están en función de las creencias, hábitos y prácticas que caracterizan culturalmente la vida del individuo o grupo. Por ello, en determinadas culturas una persona explicará su padecimiento como producto de una ofensa al espíritu de un antecesor muerto, y para curarse pedirá la ayuda de un chamán, mientras que en otras culturas, los individuos entenderán que su enfermedad tiene una explicación natural —una infección, una extralimitación en la comida o la bebida o la presencia de un tumor—, y por ende buscarán la ayuda de un médico. En este sentido, puede ser que las medidas de autocuidado compatibles con los objetivos y valores de la persona se contemplen como beneficiosas; su práctica, sin embargo, dependerá del juicio de la persona sobre si puede o no realizar dichas medidas. Para Dorothea Orem, el primer paso en la práctica del autocuidado será responder a las preguntas: ¿Es beneficioso para mí? Y ¿Puedo hacerlo? (Orem, 1993).

El modelo de Dorothea Orem promueve la satisfacción de las demandas de autocuidado del individuo fomentando su autonomía, estas se definen como un conjunto de acciones de autocuidado necesarias para satisfacer los requisitos conocidos. Puede verse como el resumen de la relación entre los requisitos de autocuidado que se sabe que existen para un paciente (o los que pueden ocurrir en un futuro) y lo que debería hacerse para satisfacerlos. Es una descripción del individuo, en términos de su desarrollo, estructura y función. La meta que la enfermera/o se plantea utilizando el modelo, está dada por asistir a las personas para que alcancen al máximo su nivel de autocuidado.

La enfermería cumple un rol fundamental en el ciclo vital de toda persona que requiera de sus funciones, su labor es principalmente brindar los cuidados necesarios para lograr un buen estado de salud ya sea en el individuo, familia y comunidad en general.

Los métodos de asistencia de enfermería que Dorothea Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente y son:

- 1.- Actuar en lugar de la persona; por ejemplo si el paciente se encuentra inconsciente.
- 2.- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el caso de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
- 3.- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada, por ejemplo aplicar el tratamiento médico prescrito.
- 4.- Promover un entorno favorable al desarrollo personal como en el caso de las medidas de higiene en las escuelas.
- 5.- Enseñar a la persona que se ayuda, por ejemplo la educación a un paciente colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar. (Potter, 2001)

4.5. ANTECEDENTES DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Los antecedentes del Proceso de Enfermería comienzan desde siglo XVIII con Florence Nightingale y de ahí hasta la actualidad ha ido evolucionando como a continuación se menciona

- 1859 Florence Nightingale en su definición de enfermería ya destacó la importancia que tenía la observación en la valoración enfermera, lo que constituyó, en la época un gran avance en la concepción del trabajo que realizan las enfermeras.
- 1955 Lidya Hall describía a la enfermería como un Proceso, por lo que crea el término Proceso de Enfermería
- 1957 Abdellaha dió la primera definición de diagnóstico
- 1960 Diferentes teorizantes de enfermería comienzan a delinear los pasos específicos del proceso.
- 1965 McCain introduce por primera vez el término valoración. Utilizo las capacidades funcionales del cliente como marco de valoración. Recogió y registro datos objetivos y subjetivos.
- Virginia Henderson identificó las acciones de enfermería básicas, como funcionales e independientes. Afirmó que el Proceso de Enfermería utiliza los mismos pasos que el método científico.

- 1967 Yura y Walsh publicaron un libro en donde describe cuatro fases del Proceso de Enfermería: estimado, planificación, intervención y evaluación entendían que la conclusión del estimado estaba el diagnóstico de enfermería pero no lo tenían como otro paso.
- 1973 La ANA (American Nurses Association) toma mayor legitimidad en la práctica clínica y publica los criterios de la práctica de Enfermería en los que describe el modelo de cinco pasos: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.
- 1974 Bloch considero controvertido el término diagnóstico.
- Gebbie y Lavin separan el diagnóstico del estimado y lo ponen con la segunda fase del Proceso.
- 1977 Es cuando comienza en España el Plan de Estudios de Enfermería. Proceso de Enfermería.
- 1980 La ANA (American Nurses Association) consideró que el término diagnóstico es una función de enfermería.
- 1982 La ANA (American Nurses Association) se define como NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).
- 1991 La NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) revisó los criterios de la práctica de enfermería y mantuvo el modelo de los cinco pasos. (Acevedo, 2008)

4.6. PROCESO DE ENFERMERÍA

El Proceso de Enfermería es un método sistemático y organizado para proporcionar cuidados de enfermería individualizados, centrados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o de riesgo. (Rosales, 2004)

Se considera una competencia de pensamiento crítico que ayuda al profesional de enfermería en sus intervenciones. Las acciones de este profesional se basan en el razonamiento y los conocimientos científicos. Por definición, el término proceso se refiere a una serie de acciones encaminadas a la obtención de un resultado determinado. Cuando se aplica a la enfermería, el concepto proceso de Enfermería se convierte en una definición general de la enfermería: valoración, análisis/ diagnóstico de enfermería, planificación, ejecución y evaluación.

El Proceso de Enfermería se utiliza para diagnosticar y tratar las respuestas humanas a la salud y la enfermedad. Este proceso crea una estructura organizada y un marco para la prestación de los cuidados de enfermería en todos los entornos. El pensamiento crítico en enfermería se basa en este Proceso. (Smith 2009)

El Proceso de Enfermería es el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud. (Universidad Autónoma de Yucatán, 2004)

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el conjunto de técnicas conocido como Proceso de Enfermería (P.E.). Este método permite a las enfermeras ofrecer cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. El Método Enfermero es considerado una valiosa herramienta en el desempeño del profesional de enfermería. Comprende una serie de pasos sistematizados, que permiten la administración del cuidado a partir de la identificación de respuestas humanas. (Alfaro, 2003)

De acuerdo a las diversas definiciones encontradas sobre el Proceso de Enfermería se puede concluir que es un conjunto de acciones de enfermería organizadas y enfocadas al cuidado de las necesidades específicas de un individuo, familia o comunidad con la finalidad de planear, ejecutar y evaluar los cuidados proporcionados aplicando un método científico en la práctica de enfermería.

El proceso de enfermería tiene las siguientes propiedades:

- **Es resuelto** por que va dirigido a un objetivo
- **Es sistemático** por utilizar un enfoque organizado para lograr su propósito.
- **Es dinámico** porque implica un cambio continuo, centrado en las respuestas humanas.
- **Es interactivo** por centrarse en las respuestas cambiantes del paciente identificadas durante la relación enfermera-paciente.
- **Es flexible**, ya que se puede demostrar dentro de dos contextos:
 - Adaptación a la práctica de enfermería en cualquier situación o área de especialización que se ocupe de individuos, grupos o comunidades.
 - Uso de sus fases en forma sucesiva o más de una etapa a la vez.
- **Posee una base teórica** sustentada en una amplia variedad de conocimientos, incluyendo las ciencias y las humanidades, que puedan aplicarse a cualquiera de los modelos teóricos de enfermería. (Rosales, 2004)

En México se han realizado intentos de implementación de planes de cuidados de enfermería en algunas unidades médicas de diferentes entidades federativas, utilizando el método como una herramienta de trabajo en la práctica de enfermería y la utilización de planes de cuidados. Sin embargo cabe señalar que en instituciones tanto públicas como privadas no se ha podido concretar el uso de planes de cuidados de enfermería debido a la falta de estándares que permitan contar con un mismo lenguaje, independientemente del

sitio en el cual se realiza, sin embargo, en las instituciones educativas se están buscando estrategias de enseñanza destacando la importancia del proceso de enfermería como una herramienta de soporte vital para la profesión, caracterizado por el enfoque humanístico que abarca no sólo los cuidados específicos de la patología, sino los componentes sociales, culturales y espirituales que rodean al paciente, además de la vinculación de la taxonomía NANDA, NIC y NOC como un sistema propuesto para la protocolización de cuidados de enfermería que permite un soporte científico, disminuye el tiempo, ahorra recursos al momento de proporcionar los cuidados y sirve como método de desarrollo de la profesión de enfermería. (Comisión Permanente de Enfermería, 2010)

4.6.1. Objetivos del Proceso de Enfermería

El proceso logra delimitar el campo específico de enfermería que es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas, así como el campo de la colaboración con otros profesionales de la salud.

Al aplicar el proceso, las enfermeras emplean el pensamiento crítico, logran satisfacción profesional, brindan una atención holística e individualizada y comprometen a los usuarios en el cuidado de la salud. (PiSa, 2011)

Los objetivos del Proceso de Enfermería son los siguientes:

- Establecer una base de datos
- Identificar las necesidades del paciente
- Determinar las prioridades de los cuidados
- Poner en práctica los cuidados
- Evaluar los resultados esperados
- Establecer un plan de cuidados programando las actividades de enfermería
- Determinar la eficacia con respecto a los resultados esperados (Alfaro 2003).

4.6.2. Etapas del Proceso de Enfermería

El Proceso de Enfermería es el ordenamiento lógico de las actividades que realiza el personal de enfermería para proporcionar cuidados al individuo, la familia y la comunidad. Sus etapas son **valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación**, las cuales deben ser flexibles, adaptables y aplicables en todas las situaciones para promover el bienestar, contribuir a la mejor calidad de vida y a la máxima satisfacción de las necesidades de la persona.

Las etapas del Proceso de Enfermería están estrechamente relacionadas entre sí, y que una conlleva a la otra, o que una está implícita en otra: por ejemplo las etapas de valoración y diagnóstico se traslapan de forma significativa, ya que a medida que se reúnen los datos se empieza a interpretar su significado al ir integrándolos en forma sistemática y jerárquica.

La valoración y el diagnóstico están estrechamente relacionados con la planificación, porque los objetivos que se definen en esta etapa, se derivan directamente de los problemas que se han diagnosticado.

La planificación y la ejecución también se relacionan por dos razones, una porque las acciones que se realizan durante la ejecución están guiadas por la planeación y otra porque habrá momentos, en que simultáneamente se planifiquen y ejecuten los cuidados de enfermería.

La evaluación se relaciona con la etapa de planificación porque, dado que si los diagnósticos son precisos y los objetivos apropiados, se puede concluir que el cuidado ha sido correcto; sin embargo, esta etapa sirve para identificar los obstáculos que han impedido realizar el plan de cuidados eficaz. En este caso debe revisarse con mucha atención el plan para modificarlo. (Rosales 2004, Comisión Permanente de Enfermería, 2010)

4.6.3. Valoración

Es la primera fase del Proceso de Enfermería consiste en la creación de una base de datos para un paciente determinado. La valoración requiere una observación hábil, razonamiento y conocimientos teóricos para reunir y diferenciar, comprobar y organizar datos, y registrar los hallazgos. El profesional de enfermería recoge información relevante de diversas fuentes para después asignar un significado a estos datos. (Smith, 2009)

La valoración debe aportar datos correspondientes a las respuestas humanas y fisiopatológicas, por lo que requiere del empleo de un modelo o teoría de enfermería. Los pasos para realizar la valoración son: recolección, validación, organización y comunicación de datos. Es un proceso continuo que debe llevarse a cabo durante todas las actividades que la enfermera realiza para y con el paciente. (PiSa, 2011)

La valoración es la fase inicial del pensamiento crítico que conduce a un diagnóstico de enfermería adecuado.

4.6.4. Diagnóstico de Enfermería

El Diagnóstico de Enfermería constituye un componente clave del Proceso de Enfermería.

El diagnóstico de enfermería es una afirmación sobre un problema del paciente que se emite tras la recogida sistemática de datos y su análisis. Se trata de un juicio clínico sobre un paciente, familia o comunidad determinada que proporciona la base para continuar el Proceso de Enfermería, incluye la etiología, y a partir de este se desarrolla el plan de cuidados de cada paciente. (Smith 2009)

Los diagnósticos de enfermería proporcionan la base para la selección de intervenciones de enfermeras para lograr los resultados de los que la enfermera es responsable. (NANDA, 2005).

Los diagnósticos de enfermería con frecuencia se llaman respuestas humanas, porque se centran en las respuestas que las personas presentan ante los cambios de salud o circunstancias vitales (Alfaro, 2003)

Con los diagnósticos, la enfermera da inicio al procesamiento de datos el cual desde la perspectiva del pensamiento crítico significa: clasificación, organización, análisis, interpretación y validación de los datos.

Los diagnósticos de la NANDA (North American Nursig Diagnosis Association) son integrados por elementos como etiqueta o nombre, definición, características definitorias, manifestaciones clínicas (fisiológicas, conductuales, afectivas y cognitivas) y factores relacionados o de riesgo con la etiología, ya sean causales o asociados (fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales).

La formulación diagnóstica de enfermería es indispensable en el quehacer profesional y requiere de una práctica continua en el cuidado del paciente para que se traduzca en una habilidad y una competencia del personal de enfermería. Estas formulaciones son:

- Formulaciones diagnósticas reales (signos y síntomas definitorios)
- Formulaciones diagnósticas de riesgo (factores de riesgo sin características definitorias)
- Formulaciones diagnósticas posibles o probables (ausencia de características definitorias y factores relacionados)
- Formulaciones diagnósticas interdependientes

Las formulaciones diagnósticas reales se escriben utilizando el formato PES que significa:

Problema Etiología Signos y síntomas (características definitorias) evidentes en el paciente

Para escribir esta formulación diagnóstica real se debe unir el problema real con su etiología usando las palabras “**relacionado con**”, añadiendo “**manifestado por**” o “**evidenciado por**” y escribir los signos y síntomas mayores que validen la existencia del diagnóstico.

Las formulaciones diagnósticas de enfermería de riesgo se escriben en dos partes:

P: identificación o expresión del problema potencial

E: agregado de “**relacionado con**” para unir el problema y los factores contribuyentes

Si existe la sospecha de la existencia de un diagnóstico pero se carece de información debe etiquetarse como formulación diagnóstica de enfermería posible o probable.

Las formulaciones diagnósticas interdependientes no se escriben en el plan de cuidados, ya que los cuidados de enfermería generalmente están determinados por las políticas, procedimientos y estándares del hospital o las indicaciones del médico.

Carpentino (1987) remarca la importancia de contar con una terminología para describir los problemas interdependientes y sugiere el término **complicación potencial**, uniendo el problema con su etiología usando “**secundario a**” o “**relacionado con**”. (Rosales 2004, Comisión Permanente de Enfermería 2010)

4.6.5. Planificación

Esta fase engloba la identificación de aquellas acciones de enfermería que permitirán cumplir los objetivos o el resultado deseado de los cuidados de enfermería. La fase de planificación debe presentar una relación directa con la resolución o el alivio de los problemas detectados en el diagnóstico de enfermería. Incluye un plan, objetivos a corto y largo plazo para el paciente, estrategias para la consecución de los objetivos y mediciones de la prestación de los cuidados. A lo largo de esta etapa se concede prioridad a los diagnósticos de enfermería con el fin de satisfacer las necesidades inmediatas del paciente. (Smith 2009)

Las intervenciones de enfermería dependen de las características del diagnóstico, del resultado deseado por el paciente, viabilidad, aceptación y capacidad del personal de enfermería.

Se dará inicio a la planificación del Proceso de Enfermería ya que los diagnósticos se encuentren elaborados; esta fase es el acto de determinar que puede hacerse para apoyar al paciente en el restablecimiento, conservación fomento de la salud, previa determinación del enfoque que le ayudará a solucionar, disminuir o reducir el efecto de sus problemas.

Esta fase se compone de tres pasos: establecimiento de prioridades, identificación de objetivos y planificación de las acciones de enfermería.

El proceso de establecer prioridades o jerarquía de necesidades inicia con la lista de los diagnósticos de enfermería entre el personal de enfermería y el paciente para determinar el orden en que deben resolverse los problemas de este.

La clasificación de prioridades es el proceso para establecer un orden de preferencias a los problemas más importantes en la distribución de los cuidados de enfermería. Este establecimiento no significa que un problema debe resolverse completamente antes de poder considerar otro, ya que los problemas suelen tratarse de manera simultánea.

Sin embargo, el hecho de elegir un diagnóstico como el más importante se basa en varios factores: por ejemplo, los problemas que ponen en peligro la vida, como son el deterioro grave o la pérdida de la función cardíaca, circulatoria, respiratoria o neurológica; es por ello que una situación amenazante presente o inminente es prioritaria sobre una situación potencial de peligro para la vida.

Un modelo que con mayor frecuencia se utiliza para evaluar la prioridad de las necesidades es el de Maslow, el cual sostiene que las necesidades fisiológicas, de protección, amor, estima y autorrealización, son las cinco metas de las necesidades humanas básicas. Estas metas están relacionadas y dispuestas en una jerarquía que comienza con las necesidades fisiológicas y asciende hasta llegar a la autorrealización. Cuando una necesidad se satisface, aparece una urgencia gradual de la siguiente necesidad de la jerarquía; es decir, la satisfacción de las necesidades básicas de supervivencia adquieren relevancia ya que de ellas depende la vida del paciente y por tanto el personal de enfermería debe centrarse en estos (oxígeno, agua, alimentos, etc.). Sin embargo en un paciente con necesidades de crecimiento (amor, estima, autorrealización), también se podrán desarrollar e implementar planes para estas necesidades no cubiertas, en forma simultánea. (Rosales, 2004)

Una vez determinadas las prioridades, el personal de enfermería establecerá los objetivos que habrán de dar la pauta a seguir para abordar los problemas o diagnósticos del paciente.

Para la elaboración de objetivos puede incluirse una o las tres áreas de acción: cognoscitiva, afectiva y psicomotriz, que permitan tanto a la enfermera como al paciente comprender hacia qué dirección va enfocada la atención para resolver su problema; es decir, los objetivos necesitan exponerse en términos del paciente y no de enfermería.

Los lineamientos para la elaboración de objetivos son:

- Deben estar centrados en el paciente y reflejar reciprocidad o empatía con las personas que apoyan su cuidado.
- Deben ser realistas, reflejando las capacidades y limitaciones del paciente.
- Deben ser realistas de acuerdo con el grado de habilidad y experiencia del personal de enfermería.
- Deben ser congruentes y dar apoyo a otras terapias que el paciente esté recibiendo.
- Debe iniciarse con los lineamientos a corto plazo.
- Deben ser observables y medibles.
- Deben describirse en forma de resultados o logros a alcanzar y no como acciones de enfermería.

Los objetivos pueden ser a corto plazo y los resultados pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días, son adecuados para establecer atención inmediata en situaciones de urgencia.

También los hay a largo plazo y requieren de un tiempo largo y existen dos tipos: el primero abarca un período prolongado y requiere acciones continuas de enfermería que

median directamente entre el objetivo y su logro; el segundo tipo es aquel que se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo.

La planificación de los cuidados de enfermería se considera como el núcleo o centro del Proceso de Enfermería, ya que en él se plantean problemas, objetivos, acciones y respuestas y, por tanto es el que dirige el actuar de la enfermera para asistir al paciente en la solución de problemas o para cubrir sus necesidades.

Los cuidados o acciones a realizar por el personal de enfermería para ayudar al paciente a lograr sus objetivos, deben incluir los siguientes lineamientos:

- Ser seguros para el paciente.
- Ser realistas y congruentes con otros tratamientos
- Desarrollar una serie de acciones para el logro de cada objetivo.
- Elegir acciones de enfermería basadas en conocimientos y experiencias previas.
- Listar en secuencia lógica las acciones de enfermería y con base en la jerarquización de necesidades. (Rosales 2004, Comisión Permanente de Enfermería, 2010)

4.6.6. Ejecución

Esta fase se refiere a las intervenciones prioritarias de enfermería que se realizan para alcanzar un objetivo determinado, describe el componente de acción del Proceso de Enfermería. A lo largo de esta fase se inician y realizan las acciones de enfermería necesarias para lograr los objetivos y resultados deseados en el paciente. Las acciones de enfermería deben ser adecuadas, individualizadas para el paciente, y basarse en prácticas seguras; deben fundamentarse en principio científicos y derivar del proceso de resolución problemas.

La ejecución depende de la valoración precisa y completa, la interpretación de los datos, las necesidades identificadas en el paciente, los objetivos y los resultados, el análisis, el diagnóstico de enfermería y las estrategias diseñadas para conseguir estos objetivos. (Smith 2009)

4.6.7. Evaluación

- Esta etapa del Proceso de Enfermería debe estar presente durante la ejecución del cuidado, por lo tanto, es un proceso continuo que se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Al medir el progreso del paciente hacia los objetivos, la enfermera valora la efectividad de las actuaciones de enfermería. El proceso de evaluación tiene dos etapas:

- La recolección de los datos sobre el estado de salud del paciente.
- La comparación de los datos recogidos con los resultados esperados y el juicio sobre la evaluación del paciente hacia la consecución de los resultados esperados. (PiSa, 2011)

La evaluación es el proceso de valorar y revalorar los progresos del paciente hacia los objetivos de salud, así como la calidad de atención que recibe por parte del personal de enfermería y otros profesionales que intervienen en su cuidado.

El proceso de evaluación es un factor clave para determinar estándares, protocolos, normas y procedimientos que ayudarán al personal de enfermería a proporcionar cuidados de calidad, ya que éstos han sido valorados, planificados y sistematizados, así como a promover y realizar continuamente la investigación en enfermería.

La evaluación sirve para identificar aquellas estrategias eficaces y puede promover la investigación en enfermería. (Rosales 2004, Comisión Permanente de Enfermería 2010)

V. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

5. Etapa De Valoración

Ficha de Identificación

Edad: 45 AÑOS

Sexo: Masculino

Lugar de origen: Toluca

Lugar de residencia: Toluca Edo México,

Estado Civil: Casado

Religión: Católica

Escolaridad: Licenciatura

Ocupación. Servidor Público

Diagnóstico: Insuficiencia Renal Crónica

Signos vitales: TA. 190/120, FC. 80 x min. FR. 20 x min., Temperatura 36.8° C

Somatometría: Talla: 167 cm Peso: 78 Kg IMC: 27.97 Sobrepeso

Se trata de paciente masculino de 45 años de edad que ingresa al servicio de Nefrología proveniente de Admisión Continua Adultos por Síndrome Urémico Severo y que cuenta con los siguientes antecedentes de importancia.

Requisitos de autocuidado universal

- **Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos**

Paciente consciente, orientación temporo espacial conservada, edema periorbital y facial ++/+++, mucosa oral hidratada, tórax con buena dinámica respiratoria, murmullo vesicular conservado, buena entrada y salida de aire sin agregados, no se integra síndrome pleuropulmonar, precordio rítmico de buen tono e intensidad, sin agregados, abdomen globoso dependiente de panículo adiposo, blando y depresible, sin datos de irritación peritoneal, peristalsis presente, no visceromegalias, genitales sin alteraciones, extremidades superiores e inferiores simétricas funcionales eutróficas, con fuerza conservada, con edema ++/ +++, adecuado llenado tisular periférico de 2 segundos.

Tabaquismo positivo en la juventud por un período de 8 años consumiendo 6 cigarrillos/día; suspendido hace 6 años por decisión propia, alcoholismo iniciado a los 20 años, de ingesta semanal a base de destilados, llegando al estado de embriaguez, suspendido hace 10 meses por enfermedad actual, toxicomanías negadas

Alimentación mala en calidad y en cantidad, con predominio de ingesta con carnes rojas y carbohidratos simples, ingesta de agua de 1 litro al día y bebidas carbonatadas diariamente. Desconoce hemotipo, esquema de vacunación completo, combe negado, refiere actividad física cada tercer día con caminatas de 30 minutos.

- **Provisión de cuidados asociados a la eliminación**

Disminución de la cantidad de orina desde meses anteriores a su ingreso a 300 ml en 24hrs, refiere orina espumosa cuando se presenta la micción, que es de 3 o 4 veces al día, con olor fuerte y de color amarillo oscuro o turbio. Normalmente evacúa de 1 a 2 veces por día, informa que sus evacuaciones son consistentes, formadas y de color café oscuro

Presenta diarreas frecuentes en los últimos meses que requieren atención médica, de características totalmente líquidas y amarillentas.

- **Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo**

Refiere actividad física cada tercer día con caminatas de 30 min recientemente, le es complicado dedicar tiempo al ejercicio por la carga de trabajo; menciona permanecer por tiempos prolongados sentado en su oficina ya que su trabajo así lo requiere.

Manifiesta trastornos del sueño desde hace aproximadamente 2 años, hasta el día de hoy lo comenta ya que no le causaba tanta molestia como en los últimos días, informa que se despierta por las madrugadas y no sentir descanso después de dormir. Durante el día presenta somnolencia.

Su jornada diaria inicia desde las 6:30 de la mañana que es la hora en que se levanta, se baña, se arregla; aproximadamente a las 7:30 sale de su casa y se dirige a su centro de trabajo en vehículo propio ya que su hora de entrada es a las 8:00 am. Al llegar a su trabajo estaciona su vehículo en el estacionamiento del lugar, realiza una caminata de aproximadamente 100 metros para entrar a su oficina y sube 2 pisos no muy altos, en ocasiones utiliza el elevador. Realiza actividades administrativas en su oficina, la mayoría del tiempo permanece sentado.

A las 10:00 u 11:00 desayuna, se organiza con sus amigos de trabajo para salir a desayunar o comprar algo. Se toma 1 hora para realizar esta actividad.

Sus días son distintos, en ocasiones tiene que visitar diversas delegaciones del D.F. o viajar a diferentes estados de la República.

Su hora de comida es a las 4:00 pm y la realiza de igual manera que el desayuno, en compañía de sus compañeros de trabajo en algún restaurant o local de su preferencia.

Su hora de salida es a las 6:00 pm.

- **Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social**

Es casado, tiene 2 hijos, una mujer y un hombre. La relación con su esposa es regular, con sus hijos es distante ya que no pasa mucho tiempo con ellos por su trabajo.

Su horario de trabajo es de 8:00 a 18:00 hrs; los viernes frecuentemente se va a al billar o a algún bar con sus amigos, en ocasiones también lo hace entre semana, si tiene que visitar otros lugares por cuestiones de trabajo y distancias llega a su casa a las 10:00 u 11:00, si estas actividades no las realiza llega a su casa a las 7:00 y ve la televisión, sale a caminar media hora con su perro o sale con su esposa por cosas que necesiten.

Los fines de semana visita a su familia o la de su esposa si hay alguna reunión, ocasionalmente sale junto con sus hijos ya que estos ya conviven mucho con él, a veces decide quedarse en casa y arreglar su jardín o detalles que falten reparar.

Mantiene una relación más estrecha con algunos amigos de trabajo, se siente abandonado por su familia.

Recibe escasas visitas de familiares y amigos en su estancia hospitalaria.

Desde su ingreso el paciente se encuentra apático, en ocasiones contesta de mal modo o no contesta al personal médico y de enfermería.

- **Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano**

Realiza baño cada tercer día con la insistencia y supervisión de enfermería ya que refiere no tener ánimo, los hábitos higiénicos como aseo bucal los lleva a cabo diariamente con la supervisión de enfermería, realiza cambio de ropa cuando se baña (pijama) dentro de las instalaciones hospitalarias, su ropa se encuentra un poco sucia, su aspecto es un poco desalineado, utiliza desodorante, no presenta olor corporal desagradable.

Mal apego farmacológico e higiénico dietético por falta de conocimientos y dificultad para cumplirlo adecuadamente debido al afrontamiento pasivo que presenta en esta etapa de duelo por la enfermedad.

Acude de forma autónoma a las consultas de seguimiento.

No consume sustancias tóxicas que pongan en peligro su bienestar ya reconoce los riesgos.

Tabaquismo positivo en la juventud por un periodo de 8 años consumiendo 6 cigarrillos/día; suspendido hace 6 años por decisión propia, alcoholismo iniciado a los 20 años, de ingesta semanal a base de destilados, llegando al estado de embriaguez, suspendido hace 4 meses por enfermedad actual, toxicomanías negadas

- **Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales**

El paciente se considera independiente en la toma de decisiones aunque en casos importantes consulta a su esposa o amigos cercanos, está consciente de la gravedad de su

enfermedad y sabe las actividades que debe realizar; sin embargo le cuesta un poco de trabajo apegarse.

Refiere sentirse satisfecho con sus roles en la vida, excepto como padre, desea mejorar la relación con su familia.

Le es difícil afrontar situaciones nuevas como su enfermedad o situaciones que impliquen cambios radicales en su estilo de vida.

Tiene deseos de aprender sobre su enfermedad y apegarse a lo que se le indique, sabe que está en un protocolo de trasplante y de no cuidarse puede no llevarse a cabo y empeorar su estado de salud.

Refiere que su función en el trabajo, es la administración de personal en diversas delegaciones del país, trabaja para el gobierno, es funcionario público.

La relación con sus compañeros es muy buena, refiere; hay personas con las que no mantiene buena relación pero lo considera normal ya que en cualquier parte es así.

Se siente satisfecho con sus estudios y empleo, menciona que no le gustaba mucho estudiar y terminó con mucho esfuerzo la licenciatura.

- **Requisitos de autocuidado de desarrollo, provisión de cuidados asociados a los defectos de las condiciones que puedan afectar adversamente el desarrollo humano**

Paciente masculino de 45 años, con escolaridad licenciatura, su nivel económico es muy bueno aunque ahora sabe que el dinero no le devolverá la salud.

Habita en casa tipo urbana la cual cuenta con todos los servicios intradomiciliarios, la casa es habitada por su esposa y sus 2 hijos.

Antecedentes Heredofamiliares: Padre vivo con Arritmia Cardíaca No Especificada y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en tratamiento, madre aparentemente sana, tío paterno finado a los 45 años de edad por Enfermedad Renal Crónica de etiología no filiada. Niega hepatopatías, enfermedades reumatológicas, enfermedades tiroideas.

- **Requisitos de autocuidado de desviación de la salud**

Informa no acudir frecuentemente al médico cuando se enferma a menos que el malestar sea fuerte y lo imposibilite para realizar sus actividades.

Cuando ha tenido que llevar a cabo tratamientos farmacológicos espera sentirse bien para suspenderlo, en ocasiones toma medicamentos que le recomiendan. No tiene conocimiento sobre las principales complicaciones que puede presentar por su enfermedad.

Enfermedades propias de la infancia hemotransfusiones negadas, traumas y fracturas positivas con fractura de tobillo izquierdo con manejo conservador.

Cirugías negadas, infectocontagiosas negadas, crónico degenerativas hipertensión arterial sistémica diagnosticada en 2000 por seguro facultativo, actualmente en tratamiento con Losartán 50 miligramos cada 24 horas con mal apego farmacológico e higiénico dietético por falta de conocimientos y dificultad para cumplirlo adecuadamente.

Hiperuricemia diagnosticada en 2003 con cuadros de artritis gotosa la última hace 6 meses ameritando tratamiento con Alopurinol de forma ocasional 300 miligramos cada 24 horas, durante episodios de actividad; ingiere Colchicina dosis respuesta (diarrea), con ingesta crónica de AINES durante 5 años a razón de Diclofenaco por artritis gotosa, niega alérgicos, enfermedades tiroideas y hepatopatías.

Refiere trastornos del sueño desde hace aproximadamente 2 años, hasta el día de hoy lo comenta ya que no le causaba tanta molestia como en los últimos días, informa que se despierta por las madrugadas y no sentir descanso después de dormir. Durante el día se encuentra con somnolencia.

Inicia padecimiento actual en diciembre de 2013 con presencia de astenia, adinamia, debilidad generalizada, con presencia de vómitos de contenido gastroalimentario y gastrobiliar, diarreas frecuentes, agregándose hiporexia, disnea MRC III/IV y a decir del familiar palidez de tegumentos cuadro que fue exacerbándose hasta el mes de febrero acudiendo a su unidad hospitalaria, en donde se decidió colocar catéter Tenckhoff debido al edema severo y disminución progresiva de la función renal; tras persistir con sintomatología se decide su traslado y se realizan paraclínicos encontrando las siguientes alteraciones:

Creatinina Sérica: 22.6 mg/dl, Urea de 342 mg/dl, Calcio 7.4 mg/dl, Magnesio 1.8 mg/dl, Fósforo 6.5 mg/dl, Na 137 mEq/L, K 3.89 mEq/L, Cl 104 mEq/L, Albúmina 3.42 g/dl, Ácido Úrico 5.5 mg/dl, Creatinina en orina 47.10

A la Exploración Física: Actualmente paciente consciente, orientado, cooperador, con signos vitales TA. 190/120, FC. 80 FR. 20, Temperatura 36.8° C

Somatometría: Talla: 167 cm Peso: 78 Kg IMC: 27.97 Sobre peso

Neurológico con funciones mentales superiores conservadas, orientación temporo espacial conservada, edema periorbital y facial ++/+++ , mucosa oral hidratada, cuello cilíndrico sin adenopatías, tórax con buena dinámica respiratoria, murmullo vesicular conservado, buena entrada y salida de aire sin agregados, no se integra síndrome pleuropulmonar, precordio rítmico de buen tono e intensidad, sin agregados, abdomen globoso dependiente de

panículo adiposo, blando y depresible, sin datos de irritación peritoneal, peristalsis presente, no visceromegalias, genitales sin alteraciones, extremidades superiores e inferiores simétricas funcionales, eutróficas, con fuerza conservada, con edema ++/ +++, adecuado llenado tisular periférico de 2 segundos.

Desde diciembre del 2013 presenta edema progresivo de miembros pélvicos, así mismo en los últimos días ha presentado náuseas, sin llegar al vómito, astenia, adinamia e hiporexia, refiere edema de miembros pélvicos hasta muslos el cual ha ido empeorando, al interrogatorio dirigido refiere disminución de la cantidad de orina desde meses anteriores y refiere orina espumosa cuando se presenta la micción.

Paraclínicos: Leucocitos 8.79 miles/mm³, Eritrocitos 2.58 millones/m, Hemoglobina 5.4 g/dl, Hematocrito 23.0, Plaquetas 240, LDL 217 u/l ALP 151 U/L, Bilis Total 0.22 mg/dl, Bilis Indirecta (Calculada) 0.15, Bilis Directa 0.07, BUN 176.7 mg/dl, Glucosa 144 mg/dl, Gasometría Arterial. pH 7.31, HCO₃ 13.0 mEq/L, PCO₂ 20.4 mm/Hg

Hemocultivo, cultivo de nariz derecha e izquierda con datos de *Staphylococcus aureus*

Cultivo de exudado faríngeo con datos de *Neisseria sp* y *Streptococcus sp* grupo viridans

Impresión Diagnóstica:

1. Insuficiencia Renal Crónica Terminal Secundaria a Hipertensión Arterial Sistémica
2. Síndrome Urémico Severo
3. Acidemia Metabólica Pura De Brecha Aniónica Elevada

Se trata de paciente con Insuficiencia Renal Crónica Secundaria a Hipertensión Arterial Sistémica como segunda causa conocida de Enfermedad Renal Crónica (30%) de los pacientes aproximadamente, comparada con las nefropatías glomerulares primarias o con la nefropatía diabética, la progresión de la insuficiencia renal es lenta en la mayoría de casos, sobre todo en la raza caucásica.

La función renal puede continuar estable durante largos períodos de tiempo si se controla de manera adecuada la HTA; sin embargo, en una proporción no bien determinada de casos, probablemente pequeña, la enfermedad progresa a Enfermedad Renal Terminal.

El paciente tiene antecedente de hiperuricemia que perpetua una nefrosclerosis e incrementar el factor riesgo por la formación de cristales de uratos y que se precipitan y causan daño túbulo-intersticial.

Se ingresa por cuadro de Síndrome Urémico, se colocó catéter Mahurkar para inicio de terapia sustitutiva.

Paciente que se ingresa a protocolo de trasplante renal debido a sus condiciones de salud, la familia y el deciden y se disponen a apegarse totalmente a los cuidados y tratamiento para poder efectuarlo exitosamente.

Síndrome Urémico - Retención Hídrica - Desequilibrio Hidroelectrolítico y Acido Base - Síndrome Anémico.

5.1. DEMANDAS DE AUTOCUIDADO

REQUISITOS DEL AUTOCUIDADO UNIVERSAL	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS
Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos	Buena entrada y salida de aire, tórax con buena dinámica respiratoria. Saturación de O ₂ del 98% Mucosas hidratadas Edema TA. 190/120, FC. 80 x min. FR. 20 x min., Temperatura 36.8° C Talla: 167 cm Peso: 78 Kg IMC: 27.97 = Sobrepeso	Informa llevar una mala alimentación, comer mucho y en la calle. Ingesta de agua de 1 litro al día y bebidas carbonatadas diariamente Tabaquismo en la juventud. Refiere no tener dificultad para respirar. Su alimentación es mala en cantidad y calidad, consume grasas y carbohidratos en exceso.
Provisión de cuidados asociados a la eliminación	Disminución de la cantidad de orina desde meses anteriores a su ingreso a 300 ml en 24hrs. Orina espumosa cuando se presenta la micción. Evacuaciones de 1 a 2 veces al día.	La esposa refiere que siempre ha orinado de color oscuro y el olor es fuerte. En los últimos meses ha presentado diarreas frecuentes
Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo	Permanece somnoliento y apático durante el día.	Se siente desesperado y aburrido por encerrado en el hospital. Refiere trastornos del sueño desde hace aproximadamente 2 años informa que se despierta por las madrugadas y no sentir descanso después de dormir Refiere actividad física cada tercer día con caminatas de 30 min y problemas para conciliar el sueño.
Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social	Su estado es apático, con autoestima un poco baja, responde molesto al personal.	Refiere sentirse abandonado por su familia.
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano	Mal apego farmacológico e higiénico dietético por falta de conocimientos y dificultad para cumplirlo adecuadamente debido al afrontamiento pasivo que presenta en esta etapa de duelo por la enfermedad. Su aspecto es desalineado.	Refiere no tener ánimo para bañarse y realizar algunas actividades.

<p>Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales</p>	<p>Paciente que se ingresa a protocolo de trasplante renal debido a sus condiciones de salud, la familia y el deciden y se disponen a apegarse totalmente a los cuidados y tratamiento para poder efectuarlo exitosamente. Muestra interés por aprender sobre su enfermedad y tratamiento ya que le interesa mucho estar bien para que se pueda llevar a cabo su trasplante renal con éxito.</p>	<p>Le es difícil afrontar situaciones nuevas como su enfermedad o situaciones que impliquen cambios radicales en su estilo de vida. Se considera independiente en la toma de decisiones aunque en casos importantes consulta a su esposa o amigos cercanos, está consciente de la gravedad de su enfermedad y sabe las actividades que debe realizar; sin embargo le cuesta un poco de trabajo apegarse. Refiere sentirse satisfecho con sus roles en la vida, excepto como padre, desea mejorar la relación con su familia y recuperarse para estar más tiempo con ellos.</p>
<p>Requisitos de autocuidado de desarrollo, provisión de cuidados asociados a los defectos de las condiciones que puedan afectar adversamente el desarrollo humano</p>	<p>Se siente mal y desesperado por su enfermedad.</p>	<p>Escolaridad licenciatura, nivel económico muy bueno que le permite tener acceso a servicios de calidad. Manifiesta miedo y dudas sobre lo que pasara con su vida.</p>
<p>Requisitos de autocuidado de desviación de la salud</p>	<p>Se observa que no sigue el tratamiento médico como se indica. No tiene conocimiento sobre las principales complicaciones que puede presentar por su enfermedad.</p>	<p>Refiere no seguir los tratamientos que se le indican.</p>

5.2. DEFICITS DE AUTOCUIDADO

REQUISITOS DEL AUTOCUIDADO ALTERADO	DATOS SIGNIFICATIVOS	DIAGNÓSTICO
Provisión de cuidados asociados a la eliminación	Disminución de la cantidad de orina desde meses anteriores a su ingreso a 300 ml en 24hrs, refiere orina espumosa cuando se presenta la micción.	Perfusión renal ineficaz
Requisitos de autocuidado de desviación de la salud	Se observa que no sigue el tratamiento médico como se indica. No tiene conocimiento sobre las principales complicaciones que puede presentar por su enfermedad. Refiere no seguir los tratamientos indicados.	Mantenimiento ineficaz de la salud
Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos	Alimentación mala en cantidad y calidad, consume grasas y carbohidratos en exceso. Talla: 167 cm Peso: 78 Kg IMC: 27.97 = Sobrepeso	Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades
Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales	Muestra interés por aprender sobre su enfermedad y tratamiento ya que le interesa mucho estar bien que se pueda llevar a cabo su trasplante renal con éxito.	Disposición para mejorar el autocuidado
Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo	Trastornos del sueño desde hace aproximadamente 2 años informa que se despierta por las madrugadas y no sentir descanso después de dormir, permanece somnoliento y apático durante el día.	Trastorno del patrón del sueño

5.3. PLANEACIÓN

Se realiza un plan de cuidados de enfermería al paciente con Insuficiencia Renal Crónica efectuando intervenciones en cada uno de los diagnósticos encontrados por medio de la valoración de la escala de Requisitos de Autocuidado de Dorothea E. Orem.

5.3.1. OBJETIVOS

- Aplicar intervenciones que ayuden a mejorar el autocuidado del paciente y con ello pueda mejorar su estado de salud actual sin depender de otros y para beneficio propio.

5.4. PLAN DE CUIDADOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Problema real

Insuficiencia Renal Crónica Secundaria a Hipertensión Arterial Sistémica como segunda causa conocida de Enfermedad Renal Crónica.

5.5. EJECUCIÓN**5.6. EVALUACIÓN****DÉFICITS DE AUTOCUIDADO****DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA NANDA****ETIQUETA (PROBLEMA) P:** Perfusión renal ineficaz**DEFINICIÓN:** Disminución de la circulación sanguínea renal que compromete la salud.**DOMINIO:** 4 Actividad/Reposo**CLASE:** 4 Respuesta Cardiovascular/Pulmonar**FACTORES DE RELACIONADOS (CAUSAS) E:**

- Hiperlipidemia.
- Hipertensión.
- Acidosis metabólica.
- Estenosis de la arteria renal.
- Enfermedad renal
- Tabaquismo.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (SÍGNOS Y SÍNTOMAS) S:

- Retención hídrica
- Edema
- Oliguria
- Proteinuria
- Fatiga
- Nauseas

RESULTADOS NOC:

- Equilibrio electrolítico y ácido-base

INDICADORES:

- Frecuencia cardiaca
- Inquietud
- Frecuencia respiratoria
- Sodio sérico

- Potasio sérico
- Cloruro sérico
- Calcio sérico
- Magnesio sérico
- pH sérico
- Creatinina sérica
- Glucosa sérica
- Hematocrito sérico
- pH urinario
- Sodio urinario
- Creatinina urinaria
- Densidad relativa de la orina
- Sensibilidad de las extremidades
- Fatiga
- Debilidad muscular
- Nauseas

ESCALA DE MEDICIÓN:

- Gravemente comprometido (1)
- Sustancialmente comprometido (2)
- Moderadamente comprometido (3)
- Levemente comprometido (4)
- No comprometido (0)

PUNTUACIÓN DIANA:

MANTENER A: 2 AUMENTAR A: 4

RESULTADO NOC:

- Equilibrio hídrico

INDICADORES:

- Presión arterial
- Presión venosa central
- Entradas y salidas diarias equilibradas
- Peso corporal estable
- Hidratación cutánea
- Electrolitos séricos

- Sed
- Edema periférico
- Ingesta adecuada de líquidos
- Equilibrio de la ingesta y el gasto en 24 hrs.
- Peso específico de la orina
- Color de la orina
- Proteínas en la orina
- Aumento de peso
- Hipertensión
- Nauseas
- Fatiga
- Anemia

ESCALA DE MEDICIÓN:

- Gravemente comprometido (1)
- Sustancialmente comprometido (2)
- Moderadamente comprometido (3)
- Levemente comprometido (4)
- No comprometido (0)

PUNTUACIÓN DIANA:

MANTENER A: 1 AUMENTAR A: 3

RESULTADO NOC:

- Severidad de la sobrecarga de líquidos

INDICADORES:

- Edema periorbital
- Edema de manos
- Edema de pierna
- Ascitis
- Aumento de la circunferencia abdominal
- Edema generalizado
- Aumento de la presión sanguínea
- Aumento del sodio serológico

ESCALA DE MEDICIÓN:

- Grave (1)
- Sustancial (2)
- Moderado (3)
- Levemente (4)
- Ninguno (0)

PUNTUACIÓN DIANA:

MANTENER A: 1 AUMENTAR A: 4

RESULTADO NOC:

- Función renal

INDICADORES:

- Peso específico de la orina
- Color de la orina
- Proteínas en la orina
- pH en la orina
- Electrolitos en la orina
- Aumento de peso
- Hipertensión
- Nauseas
- Fatiga
- Anemia

ESCALA DE MEDICIÓN:

- Gravemente comprometido (1)
- Sustancialmente comprometido (2)
- Moderadamente comprometido (3)
- Levemente comprometido (4)
- No comprometido (0)

PUNTUACIÓN DIANA:

MANTENER A: 1 AUMENTAR A: 3

INTERVENCIÓN NIC: Terapia de diálisis peritoneal

DEFINICIÓN: Monitorización y cuidados en la diálisis peritoneal dentro y fuera de la cavidad peritoneal.

ACTIVIDADES:

- Se explicó el procedimiento y propósito de la diálisis peritoneal seleccionada.
- El líquido de la diálisis antes de la instilación fue calentado.
- Se valoró la permeabilidad del catéter, anotando la dificultad del flujo de entrada y salida.
- Se realizó un registro de los volúmenes de flujo de entrada y salida y del equilibrio de líquido individual acumulado.
- Una recomendación que se dio al paciente fue evitar el exceso de tensión mecánica sobre los catéteres de diálisis peritoneal (p. ej., toser, cambio de apósito, infusión de grandes cantidades).
- Se mantuvo bajo vigilancia continua la presión sanguínea, el pulso, las respiraciones, la temperatura y la respuesta del paciente durante la diálisis.
- La manipulación aséptica del catéter peritoneal y de las conexiones fue asegurada.
- Se tomaron muestras para el laboratorio y análisis de la bioquímica sanguínea (nitrógeno de urea en sangre, creatinina en suero y niveles de Na, K y PO₄, en suero).
- Se obtuvieron cultivos para el recuento de células del flujo de salida peritoneal.
- Se realizó un registro de los signos vitales guía: peso, temperatura, pulso, respiraciones y presión sanguínea.
- Las dimensiones abdominales fueron medidas.
- Se pesó y midió al paciente diariamente en ayuno.
- Se comprobó el equipo y las soluciones de acuerdo con el protocolo de la institución y las indicaciones médicas
- Se realizaron baños dializantes de acuerdo a las indicaciones médicas.
- Se realizó revisión para verificar que no hubiera signos de infección (peritonitis e inflamación/drenaje del sitio de salida).
- En colaboración con el paciente se trabajó para ajustar la duración de la diálisis, las regulaciones dietéticas y necesidades en cuanto a dolor o distracción para conseguir un mayor beneficio del tratamiento.
- Se enseñó al paciente a observar él mismo los signos y síntomas que indiquen la necesidad de tratamiento médico (fiebre, hemorragia, pulso irregular, flujo de salida turbio y dolor abdominal).
- Se enseñó al paciente el procedimiento para realizar la diálisis en casa.

INTERVENCIÓN NIC: Terapia de hemodiálisis

DEFINICIÓN: Actuación ante el paso extracorporeal de la sangre del paciente a través de un dializador.

ACTIVIDADES:

- Se tomó una muestra de sangre para realizar un análisis bioquímico (nitrógeno de urea en sangre, creatinina en suero, niveles de Na, K y P₀₄ en suero) antes del tratamiento.
- Se realizó un registro de los signos vitales de referencia: peso, temperatura, pulso, respiraciones y presión sanguínea.
- Se explicó el procedimiento de la hemodiálisis y su objeto.
- Se utilizó una técnica estéril para iniciar la hemodiálisis y para la inserción de la aguja y las conexiones de los catéteres.
- Se utilizaron guantes, protección ocular y vestimenta protectora con el fin de evitar el contacto directo con la sangre.
- Se dio inicio a la hemodiálisis de acuerdo con el protocolo.
- Las conexiones y los tubos se fijaron firmemente para evitar.
- Se comprobó el funcionamiento de los monitores del sistema (frecuencia del flujo, presión, temperatura, nivel de pH, conductividad, coágulos, detector de aire, presión negativa para la ultra filtración y sensor sanguíneo) para garantizar la seguridad del paciente.
- Se mantuvo bajo vigilancia la presión sanguínea, el pulso, las respiraciones, la temperatura y la respuesta del paciente durante la hemodiálisis.
- Se administró heparina, según el protocolo.
- Los tiempos de coagulación y la administración de heparina se mantuvieron bajo control adecuado.
- Se ajustaron las presiones de filtración para extraer una cantidad adecuada de líquido.
- Se puso en práctica el protocolo correspondiente para controlar la tensión arterial del paciente ya que tuvo una caída en las cifras.
- Se realizó suspensión de la hemodiálisis de acuerdo al protocolo.
- Se realizó toma de los signos vitales y la bioquímica sanguínea posteriores a la hemodiálisis para buscar razón a la hipotensión.
- Se proporcionaron los cuidados del catéter, según el protocolo.
- En colaboración con el paciente se realizan ajustes para regular la dieta, limitaciones de líquidos y medicamentos así como los cambios de líquidos y electrolitos entre los tratamientos.
- Se enseñó al paciente a observar por sí mismo los signos y síntomas que indiquen necesidad de tratamiento médico (fiebre, hemorragia, fístula coagulada, tromboflebitis y pulso irregular).
- Se informó al paciente los efectos secundarios derivados de la enfermedad y del tratamiento (calambres, fatiga, jaquecas, picores, anemia, desmineralización ósea, cambios de imagen corporal e interrupción de roles) para que este pueda informar al personal de enfermería cuando le ocurran y reciba atención oportuna.
- En colaboración con el paciente se ajustó la duración de la sesión de hemodiálisis, las regulaciones de dieta y las necesidades acerca del dolor y las distracciones para conseguir resultados óptimos en el tratamiento.

INTERVENCIÓN NIC: Mantenimiento acceso diálisis y hemodiálisis

DEFINICIÓN: Conservación de lugares de acceso peritoneal y vascular (arteriales – venosos).

ACTIVIDADES:

- En el sitio de inserción se vigiló que no hubiera migración del catéter, enrojecimiento, edema, calor, drenaje, hemorragia, hematoma y disminución de la sensibilidad.
- Se realizó curación con gasas estériles, isodine y agua inyectable al catéter de diálisis peritoneal y catéter mahurkar (venoso central) con cada tratamiento.
- Se heparinizaron los catéteres de diálisis y hemodiálisis al terminar los tratamientos.
- Se evitó la compresión mecánica de los lugares de acceso periférico.
- Se evitó la compresión mecánica de las piernas del paciente cerca del catéter de diálisis peritoneal.
- Se enseñó al paciente a evitar la compresión mecánica y la humedad en el catéter de hemodiálisis.
- Se enseñó al paciente a cuidar el lugar de acceso de diálisis y hemodiálisis.

INTERVENCIÓN NIC: Manejo de líquidos/electrolitos

DEFINICIÓN: Regular y prevenir las complicaciones derivadas de niveles de líquidos y/o electrolitos alterados

ACTIVIDADES:

- En los resultados de laboratorio se observaron los niveles de electrolitos en suero anormales.
- Se obtuvieron muestras para el análisis en el laboratorio de los niveles de líquidos o electrolitos alterados (niveles de hematocrito, BUN, proteínas, sodio y potasio).
- El paciente fue pesado diariamente para valorar la evolución.
- Se restringió la libre ingesta de líquidos.
- Se realizó un ajuste en el nivel de flujo de perfusión intravenosa.
- Se mantuvieron bajo control los valores de laboratorio relevantes para el equilibrio de líquidos (niveles de hematocrito, BUN, albúmina, proteínas totales, osmolalidad del suero y gravedad específica de la orina).
- Se vigilaron los resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos (aumento de la gravedad específica, aumento de BUN, disminución de hematocrito y aumento de los niveles de osmolalidad de la orina).
- Se llevó un registro preciso de ingestas y eliminaciones.
- Se mantuvo la solución intravenosa con contenido de electrolitos a un nivel de flujo constante y en cantidades precisas.
- El paciente se mantuvo bajo vigilancia para detectar manifestaciones de desequilibrio de líquidos.
- Se proporcionó la dieta prescrita apropiada para restaurar el equilibrio de líquidos o electrolitos específico (baja en sodio, con restricción de líquidos, renal y sin adición de sal).

- Se valoraron las mucosas bucales del paciente, la esclerótica y la piel para verificar indicios de alteración de líquidos y del equilibrio de electrolitos (sequedad, cianosis e ictericia).
- Se administraron los suplementos de electrolitos prescritos.
- Se observó la existencia de pérdida de líquidos (vómitos, diarrea, transpiración y taquipnea).
- Se fomentó una imagen corporal positiva y la autoestima, ya que el paciente expresó inquietudes como resultado de la excesiva retención de líquidos.

INTERVENCIÓN NIC: Manejo ácido-base: acidosis metabólica

DEFINICIÓN: Promoción del equilibrio ácido-base y prevención de complicaciones derivadas de niveles de HCO_3 inferiores a los deseados.

ACTIVIDADES:

- Se tomaron muestras solicitadas para el análisis de laboratorio del equilibrio ácido-base (niveles de ABG, orina y suero), según corresponda.
- Se realizó un estricto control de líquidos (ingresos y egresos).
- Se vigilaron las condiciones del aporte de oxígeno tisular (niveles de PaO_2 , SaO_2 y de hemoglobina y gasto cardíaco)
- Se observó desequilibrio electrolítico asociado con la acidosis metabólica.
- Se vigiló la pérdida de bicarbonato a través del tracto gastrointestinal (diarrea)
- Se observó disminución de bicarbonato por exceso de ácidos no volátiles (insuficiencia renal, malnutrición)
- Se administraron medicamentos alcalinos prescritos (bicarbonato sódico), en función de los resultados de laboratorio.
- Se evitó la administración de medicamentos que ocasionen disminución del nivel de HCO_3 (soluciones que contienen cloro y resinas de intercambio de aniones)
- Se administraron líquidos según prescripción.
- Se preparó al paciente para sus sesiones de hemodiálisis.
- Se realizaron baños dializantes prescritos.
- Se vigiló que no hubiera manifestaciones del SNC de acidosis metabólica (jaqueca, somnolencia, disminución de la capacidad mental, ataques y coma).
- Se mantuvo en vigilancia la no existencia de manifestaciones cardiopulmonares de acidosis metabólica (hipotensión, hipoxia, arritmias y respiración de Kussmaul).
- Se vigilaron las manifestaciones gastrointestinales de acidosis metabólica (anorexia, náuseas y vómitos).
- Se facilitaron medidas de comodidad para tratar los efectos gastrointestinales de la acidosis metabólica.

EVALUACIÓN:

Las intervenciones realizadas ayudaron a evitar que el paciente empeorara su estado, lamentablemente el daño renal del paciente es irreversible y aunque se han proporcionado cuidados no puede restablecerse en su totalidad; sin embargo se logró mantener en un nivel para la vida aceptable.

La puntuación Diana en los primeros dos resultados y el último, fue alcanzada hasta donde se esperaba llegar, en el tercer resultado aún se encuentra en 3, debido a que presenta edema de miembros pélvicos.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA

ETIQUETA (PROBLEMA) P: Mantenimiento ineficaz de la salud

DEFINICIÓN: Incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud

DOMINIO: 1 Promoción de la salud

CLASE: 2 Gestión de la salud

FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) E:

- Déficit de conocimientos
- Sentimientos de impotencia
- Afrontamiento pasivo
- Crisis en el manejo de la enfermedad
- Falta de sistema de soporte adecuado
- Bajo sistema de confianza en sí mismo

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SÍNTOMAS) S:

- Falta demostrada de conductas adaptativas a los cambios en el entorno.
- Falta demostrada de conocimientos respecto a las prácticas sanitarias básicas.
- Falta de expresión de interés por mejorar las conductas de salud.
- Antecedentes de falta de conductas de búsqueda de salud.

RESULTADOS NOC:

- Conducta de cumplimiento: medicación prescrita

INDICADORES:

- Tiene una lista de todas las medicaciones con dosis y frecuencia
- Obtiene la medicación necesaria
- Informa al profesional sanitario de todas las medicaciones que toma
- Toma toda la medicación a los intervalos prescritos
- Toma la dosis correcta
- Modifica la dosis según las instrucciones
- Toma la medicación con o sin alimentos, según la prescripción
- Evita el alcohol si está contraindicado
- Evita alimentos y líquidos que están contraindicados
- Se administra la medicación tópica correctamente
- Sigue las precauciones de la medicación
- Controla los efectos terapéuticos de la medicación
- Controla los efectos secundarios de la medicación
- Controla los efectos adversos de la medicación
- Utiliza estrategias para minimizar los efectos secundarios
- Notifica la respuesta terapéutica al profesional sanitario
- Notifica los efectos adversos al profesional sanitario
- Guarda la medicación adecuadamente
- Controla la fecha de caducidad de la medicación
- Dispone de renovaciones de las recetas para asegurar el suministro
- Desecha la medicación adecuadamente
- Desecha las jeringas y agujas adecuadamente
- Se administra la medicación por vía subcutánea correctamente

ESCALA DE MEDICIÓN:

- Nunca demostrado (1)
- Raramente demostrado (2)
- A veces demostrado (3)
- Frecuentemente demostrado (4)
- Nunca demostrado (0)

PUNTUACIÓN DIANA:

MANTENER A: 2 AUMENTAR A: 4

RESULTADOS NOC:

- Conducta terapéutica: enfermedad o lesión

INDICADORES:

- Cumple las precauciones recomendadas
- Cumple el régimen terapéutico recomendado
- Realiza el procedimiento descrito
- Cumple el nivel de actividades prescritas
- Cumple el régimen de medicación
- Sigue la dieta prescrita
- Evita conductas que potencian la patología
- Realiza cuidados personales compatibles con su habilidad
- Supervisa los efectos terapéuticos
- Supervisa los efectos secundarios del tratamiento
- Supervisa los efectos secundarios de la enfermedad
- Supervisa los cambios en el estado de enfermedad
- Utiliza dispositivos correctamente
- Altera las funciones del rol para cumplir los requerimientos terapéuticos
- Equilibra actividad y reposo
- Obtiene asesoramiento de un profesional cuando es necesario
- Solicita una visita personal con el profesional sanitario cuando es necesario

ESCALA DE MEDICIÓN:

- Nunca demostrado (1)
- Raramente demostrado (2)
- A veces demostrado (3)
- Frecuentemente demostrado (4)
- Nunca demostrado (0)

PUNTUACIÓN DIANA

MANTENER A: 2 AUMENTAR A: 4

RESULTADOS NOC:

- Conocimiento: régimen terapéutico

INDICADORES:

- Proceso de la enfermedad
- Justificación del régimen terapéutico
- Responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual
- Responsabilidades de los propios cuidados para las situaciones de emergencia
- Técnicas de automonitorización
- Efectos esperados del tratamiento

- Dieta prescrita
- Medicación prescrita
- Actividad prescrita
- Ejercicio prescrito
- Procedimientos prescritos
- Beneficios del tratamiento de la enfermedad

ESCALA DE MEDICIÓN:

- Ningún conocimiento (1)
- Conocimiento escaso (2)
- Conocimiento moderado (3)
- Conocimiento sustancial (4)
- Conocimiento extenso (0)

PUNTUACIÓN DIANA:

MANTENER A: 2 AUMENTAR A: 4

INTERVENCIÓN NIC: Enseñanza: Proceso de Enfermedad

DEFINICIÓN: Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.

ACTIVIDADES:

- Se evaluó el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.
- Se explicó la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología.
- Se verifica el conocimiento del paciente sobre su estado de salud.
- Los signos y síntomas comunes de la enfermedad fueron explicados.
- Se describió el proceso de la enfermedad.
- Al paciente se le informó acerca de su proceso patológico.
- Se identificaron cambios en el estado físico del paciente.
- Se le proporcionó seguridad sobre su estado.
- Se proporcionó información a la familia acerca de los progresos del paciente.
- Se informó sobre los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.
- Se discutieron las opciones de terapia y tratamiento.
- Se animó al paciente a explorar opciones
- Se describieron las posibles complicaciones crónicas.
- Se instruyó al paciente sobre las medidas para prevenir o minimizar los efectos secundarios de la enfermedad.

- Se enseñaron las medidas para controlar o minimizar síntomas.
- Se enseñó al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas de los que debe informarse al cuidador.

INTERVENCIÓN NIC: Enseñanza: dieta prescrita

DEFINICIÓN: Preparación de un paciente para seguir correctamente una dieta prescrita

ACTIVIDADES:

- El nivel actual de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita fue evaluado.
- Se conocieron los sentimientos, actitud del paciente y familia acerca de la dieta prescrita y del grado de cumplimiento dietético esperado.
- Se explicó el propósito de la dieta.
- Se informó al paciente del tiempo durante el que debe seguirse la dieta
- Se enseñó al paciente y la familia a llevar un diario de comidas,
- Se instruyó al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas.
- Se ayudó al paciente a acomodar sus preferencias de comidas en la dieta prescrita.
- Se enseñó al paciente a sustituir ingredientes que se acomoden a sus recetas favoritas en la dieta prescrita.
- Se explicó como leer las etiquetas y seleccionar los alimentos adecuados.
- En conjunto con la familia se recomendó planificar las comidas adecuadas.
- Se proporcionó un plan escrito de comidas.
- Se recomendó buscar libros de cocina que incluyan recetas coherentes con la dieta.

INTERVENCIÓN NIC: Enseñanza: medicamentos prescritos

DEFINICIÓN: Preparación de un paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos.

ACTIVIDADES:

- Se informó al paciente tanto del nombre genérico como del comercial de cada medicamento.
- El propósito y acción de cada medicamento fue informado.
- Se explicó cómo los profesionales de la salud eligen la medicación más adecuada.
- La dosis, vía y duración de los efectos de cada medicamento fueron explicados al paciente.
- Se instruyó al paciente acerca de la administración y aplicación de cada medicamento.
- Se revisó el conocimiento que el paciente tiene de las medicaciones.
- Se evaluó la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos él mismo.
- Se enseñó al paciente a realizar los procedimientos necesarios antes de tomar la medicación (comprobar el pulso, la presión arterial).
- Se informó al paciente sobre lo que tiene que hacer si se pasa por alto una dosis.

- Las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación fueron explicadas.
- Se instruyó al paciente acerca de los posibles efectos adversos de cada medicamento.
- Al paciente se le explicó como aliviar y/o prevenir ciertos efectos secundarios
- Se le instruyó sobre las acciones correctas que debe tomar si se producen efectos secundarios.
- Los signos y síntomas de sobredosis se explicaron al paciente.
- Se informó sobre posibles interacciones de fármacos, comidas.
- Se enseñó a almacenar correctamente los medicamentos.
- Se explicó al paciente sobre el cuidado adecuado de los dispositivos utilizados en la administración de medicamentos.
- La eliminación adecuada de las agujas y jeringas en casa, y lugar de depósito de los recipientes con objetos afilados fuera del hogar fueron enseñados.
- Se incluyó a la familia en la enseñanza.
- Se proporcionó información escrita al paciente acerca de la acción, propósito, efectos secundarios, etc., de los medicamentos.
- Se ayudó al paciente a desarrollar un horario de medicación escrito.
- Se recomendó al paciente y la familia llevar la documentación del régimen de medicación prescrita.
- Se advirtió al paciente de los riesgos asociados a la administración de medicamentos caducados.
- Se incluyó a la familia en la enseñanza.

INTERVENCIÓN NIC: Aumentar los sistemas de apoyo

DEFINICIÓN: Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.

ACTIVIDADES:

- Se calculó la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo.
- Se determinó la conveniencia de las redes sociales existentes.
- El grado de apoyo familiar, el nivel económico, los sistemas de apoyo y las barreras fueron determinados.
- Se observó la situación familiar actual.
- Se animó al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.
- Se fomentaron las relaciones con personas que tienen los mismos intereses y metas.
- Se implicó a la familia y amigos que el paciente consideró en los cuidados y la planificación.
- Se explicó a los demás implicados la manera en que pueden ayudar.

INTERVENCIÓN NIC: Aumentar el afrontamiento

DEFINICIÓN: Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.

ACTIVIDADES:

- Se valoró el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal..
- Se valoró el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones.
- Se alentó al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel.
- Se valoró la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
- Se ayudó al paciente a identificar la información de interés sobre su padecimiento.
- Se proporcionó información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Se alentó una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.
- La capacidad del paciente para tomar decisiones fue evaluada
- Se trató de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Se animó al paciente a desarrollar relaciones.
- Se fomentaron las actividades sociales y comunitarias.
- Se alentó el uso de fuentes espirituales
- Se analizaron las razones del paciente para su autocrítica.
- Se confrontaron los sentimientos ambivalentes del paciente (enfado o depresión).
- Se facilitaron las salidas constructivas a la ira y la hostilidad.
- Se incitó a situaciones que fomenten su autonomía.
- Se ayudó al paciente a identificar respuestas positivas de los demás
- Al paciente se le presentaron personas que han pasado por la misma experiencia con éxito.
- Se alentó a la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Las consecuencias de comportarse con sentimientos de culpa y vergüenza fueron tratadas.
- Se animó al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.
- Se ayudó al paciente a identificar objetivos adecuados a corto y largo plazo.
- Se examinaron fuentes disponibles para cumplir con los objetivos.
- Las necesidades de apoyo social y deseos del paciente fueron valorados.
- Los sistemas de apoyo disponibles fueron examinados en conjunto con el paciente y la familia.
- Se determinó el riesgo del paciente para hacerse daño.
- Se animó a la familia a implicarse en el cuidado del paciente.
- Se alentó a la familia a manifestar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo.
- El paciente fue ayudado a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones, y a manejar su estilo de vida o su papel necesario en ella.
- Se instruyó al paciente en el uso de técnicas de relajación.
- Se realizaron terapias para que el paciente desahogara sus quejas, malestares y trabajara su duelo por la enfermedad.
- En conjunto con el paciente al paciente se evaluó su propio comportamiento.

INTERVENCIÓN NIC: Facilitar la autorresponsabilidad

DEFINICIÓN: Animar al paciente a que asuma más responsabilidad de su propia conducta.

ACTIVIDADES:

- Se consideró responsable al paciente de sus propias conductas.
- Se discutió con el paciente el grado de responsabilidad del estado de salud actual.
- Se determinó si el paciente tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de salud.
- Se fomentó la manifestación oral de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad.
- Se observó el nivel de responsabilidad que asume el paciente.
- Se fomentó la independencia
- Se discutieron las consecuencias de no asumir las responsabilidades propias.
- Se establecieron límites sobre las conductas manipuladoras.
- Se le recomendó a la familia e implicados en el cuidado a abstenerse de discutir o regatear sobre los límites establecidos con el paciente.
- Se animó al paciente a que asuma tanta responsabilidad de sus propios autocuidados como sea posible.
- Se ayudó al paciente a identificar las áreas en las que podría fácilmente asumir más responsabilidad.
- Se facilitó el apoyo de la familia del nuevo nivel de responsabilidad buscado o conseguido por el paciente.
- Se ayudó en la creación de un horario que guíe el aumento de responsabilidad futuro.
- Se proporcionó una respuesta positiva a la aceptación de una responsabilidad adicional y/o un cambio de conducta.

INTERVENCIÓN NIC: Potenciación de la autoestima

DEFINICIÓN: Ayudar al paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía.

ACTIVIDADES:

- Se observaron las frases del paciente sobre su propia valía.
- Se determinó la confianza del paciente en sus propios juicios.
- Se animó al paciente a identificar sus virtudes.
- Se fomentó el contacto visual al comunicarse con otras personas.
- Se reafirmaron las virtudes personales que identificaron al paciente.
- Se proporcionaron experiencias que aumentaron la autonomía del paciente.
- Se ayudó al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás.
- Se mostró confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.
- Se ayudó a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.
- Se ayudó al paciente a aceptar la dependencia de otros
- Se ayudó al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo.

- Se fomentó el aumento de responsabilidad de sí mismo.
- Se ayudó al paciente a identificar el impacto que tiene el grupo de similares sobre los sentimientos de su propia valía.
- Se exploraron las razones de la autocrítica o culpa.
- Se animó al paciente a evaluar su propia conducta.
- Se animó al paciente a que acepte nuevos desafíos.
- Se alabó el progreso del paciente en la consecución de objetivos.
- Se facilitó un ambiente y actividades que aumentaron la autoestima.
- Se ayudó al paciente a identificar efectos importantes de su cultura, religión, raza, género y edad en la autoestima.
- Se comprobó la frecuencia de las manifestaciones negativas sobre sí mismo.
- Se realizaron afirmaciones positivas sobre el paciente.

INTERVENCIÓN NIC: Potenciación de la conciencia de sí mismo

DEFINICIÓN: Ayudar al paciente a que comprenda y explore

ACTIVIDADES:

- Se animó al paciente a reconocer y discutir sus pensamientos y sentimientos.
- Se ayudó al paciente a darse cuenta de que cada ser es único.
- Se ayudó al paciente a identificar los valores que contribuyen al concepto de sí mismo.
- Se identificaron junto con el paciente sus sentimientos habituales que tiene de sí mismo.
- Se compartieron observaciones o pensamientos sobre la conducta o la respuesta del paciente.
- Se facilitó la identificación de sus formas de respuesta habitual a diversas situaciones por parte del paciente.
- Se ayudó al paciente a identificar las prioridades en la vida.
- El impacto que tiene la enfermedad sobre el concepto de sí mismo fue identificado.
- Se manifestó verbalmente la negación de la realidad por parte del paciente.
- Se hicieron observaciones sobre el estado emocional actual del paciente.
- Se ayudó al paciente a aceptar su dependencia de otros.
- Se motivó al paciente a cambiar su visión de sí mismo como víctima mediante la definición de sus propios derechos,
- Se invitó al paciente a ser consciente de sus frases negativas sobre sí mismo.
- Se identificaron los sentimientos de culpa del paciente.
- Los atributos positivos de sí mismo fueron identificados.
- En conjunto con la familia del paciente se identificaron razones para mejorar.
- Se ayudó al paciente a identificar habilidades y estilos de aprendizaje.
- Se reexaminaron las percepciones negativas que tiene de sí mismo.
- Se ayudó al paciente a identificar una fuente de motivación.

EVALUACIÓN:

El paciente presentaba un mantenimiento ineficaz en su estado de salud ya que se encontraba en una etapa de negación de su enfermedad, había falta de conocimientos y de interés por lo que se tomaron medidas para lograr un cambio en la situación del paciente y ayudarlo a mejorar esos aspectos.

Se proporcionó enseñanza, se ayudó a adaptarse a los factores que ahora vive con su enfermedad, se fomentó la autorresponsabilidad y se fortaleció su autoestima para que a partir de esto buscara su propio bienestar.

Con las intervenciones realizadas se obtuvieron resultados favorables, no se llegó al 100% de resultados pero si a un 70% hasta el momento ya que se requiere de mayor tiempo de trabajo con el paciente.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA

ETIQUETA (PROBLEMA) P: Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades.

DEFINICIÓN: Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas

DOMINIO: 2 Nutrición

CLASE: 1 Ingestión

FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) E:

- Aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SÍNTOMAS) S:

- Patrones alimentario disfuncionales
- Sedentarismo
- Peso corporal superior al 20% según su talla y constitución corporal
- Ingesta excesiva de carbohidratos y grasas

RESULTADOS NOC:

- Estado nutricional

INDICADORES:

- Ingestión de nutrientes
- Ingestión alimentaria
- Ingestión de líquidos
- Energía

- Relación peso/talla
- Hematocrito
- Tono muscular
- Hidratación

ESCALA DE MEDICIÓN

- Derivación grave del rango normal (1)
- Derivación sustancial del rango normal (2)
- Derivación moderada del rango normal (3)
- Derivación leve del rango normal (4)
- Sin derivación del rango normal (0)

PUNTUACIÓN DIANA

MANTENER A: 2 AUMENTAR A: 5

RESULTADOS NOC:

- Estado nutricional: ingestión de nutrientes

INDICADORES:

- Ingestión calórica
- Ingestión proteica
- Ingestión de grasas
- Ingestión de hidratos de carbono
- Ingestión de fibra
- Ingestión de vitaminas
- Ingestión mineral
- Ingestión de hierro
- Ingestión de calcio
- Ingestión de sodio

ESCALA DE MEDICIÓN:

- Inadecuado (1)
- Ligeramente adecuado (2)
- Moderadamente adecuado (3)
- Sustancialmente adecuado (4)
- Completamente adecuado (5)

PUNTUACIÓN DIANA:

MANTENER A: 2 AUMANTAR A: 5

RESULTADOS NOC:

- Control de peso

INDICADORES:

- Supervisa el peso corporal
- Mantiene una ingestión calórica diaria óptima
- Equilibrio entre ejercicio e ingesta calórica
- Selecciona comidas y aperitivos nutritivos
- Utiliza complementos nutricionales cuando es necesario
- Come en respuesta al hambre
- Mantiene un patrón alimentario recomendado
- Retiene las comidas ingeridas
- Mantiene el equilibrio hídrico
- Reconoce signos y síntomas de trastorno electrolítico
- Busca tratamiento del trastorno electrolítico
- Busca ayuda profesional cuando es necesario
- Utiliza sistemas de apoyo personal para ayudar al cambio del patrón alimentario
- Identifica situaciones sociales que afectan a la ingesta alimentaria
- Identifica estados emocionales que afectan a la ingesta alimentaria
- Planifica estrategias para situaciones que afectan la ingesta alimentaria
- Controla la preocupación por el peso
- Expresa una imagen corporal realista
- Demuestra progreso hacia el peso objetivo
- Alcanza peso óptimo
- Mantiene peso óptimo

ESCALA DE MEDICIÓN:

- Nunca demostrado (1)
- Raramente demostrado (2)
- A veces demostrado (3)
- Frecuentemente demostrado (4)
- Nunca demostrado (0)

PUNTUACIÓN DIANA:

MANTENER A: 2 AUMENTAR A: 5

INTERVENCION NIC: Manejo de la nutrición

DEFINICIÓN: Ayudar o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos

ACTIVIDADES:

- Se determinaron las preferencias de comidas del paciente.
- En colaboración con el personal de nutrición, se determinaron el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación.
- Se fomentó la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida.
- Se fomentó el aumento de ingesta de proteínas, hierro y vitaminas
- Se ofrecieron tentempiés (bebidas y fruta fresca! zumos de fruta), cuando tenía hambre entre comidas.
- Como alternativa a la sal, se ofrecieron hierbas y especias.
- Se proporcionaron alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas
- Se realizó una selección de comidas.
- Se ajustó la dieta al estilo de vida del paciente.
- Se enseñó al paciente a llevar un diario de comidas.
- Se comprobó la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico.
- Se pesó al paciente diariamente.
- Se animó al paciente a que utilice dentaduras de ajuste correcto y /o que obtenga cuidados dentales.
- Se proporcionó información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.
- Se fomentaron técnicas seguras de preparación y preservación de alimentos.
- Se determinó la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales.
- Se ayudó al paciente a recibir asistencia de los programas nutricionales comunitarios apropiados.

INTERVENCIÓN NIC: Manejo del peso

DEFINICIÓN: Facilitar el mantenimiento del peso óptimo y el porcentaje de masa corporal.

ACTIVIDADES:

- Se trató con el individuo la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia de peso y la pérdida de peso.
- Se discutieron las condiciones médicas que pueden afectar al peso.
- Se trataron los hábitos, costumbres y factores culturales y hereditarios que ejercen su influencia sobre el peso.
- Se discutieron los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso.
- Se determinó la motivación del paciente para cambiar los hábitos en la alimentación.
- El peso corporal ideal del paciente fue determinado.
- Se determinó el porcentaje de grasa corporal ideal del individuo.
- Se desarrollaron métodos para llevar un registro diario de ingesta, sesiones de ejercicio y/o cambios en el peso corporal.
- Se animó al individuo a escribir metas semanales realistas en cuanto a ingesta de alimentos y ejercicios y colocarlas en un sitio visible para que pueda revisarlas todos los días.
- Se fomentó al paciente a registrar el peso semanalmente.
- Se instruyó a consumir las cantidades diarias adecuadas de agua.
- Se planificaron recompensas con el individuo para celebrar el logro de objetivos a corto y largo plazo.
- Se ayudó en el desarrollo de planes de comidas bien equilibradas coherentes con el nivel de gasto energético.

INTERVENCIÓN NIC: Monitorización nutricional

DEFINICIÓN: Recolección y análisis de los datos del paciente para evitar o minimizar la malnutrición.

ACTIVIDADES:

- Se vigilaron las tendencias de pérdida y ganancia de peso.
- Se controló el tipo y cantidad de ejercicio habitual.
- Se analizaron las respuestas emocionales del paciente cuando se encuentra en situaciones que implican comidas y comer.
- Se observaron las características de la piel si se encontraba seca, descamada, con despigmentación.
- Se observaron las características del cabello, si se encontraba seco, fino y resulta fácil de arrancar.
- Se observaron las encías por si hubiera inflamación, estuvieran esponjosas, cedidas y con hemorragias.
- Se observó si se producen náuseas y vómitos.
- Se vigilaron niveles de albúmina, proteína total, hemoglobina y hematocrito.
- Se comprobaron niveles de linfocitos y electrolitos.
- Se determinaron las preferencias y selección de comidas.
- Se vigilaron los niveles de energía, malestar, fatiga y debilidad.
- Se observó si hay palidez, enrojecimiento y sequedad del tejido conjuntivo.
- Se controló la ingesta calórica y nutricional.
- Se observaron las características de las uñas, si tienen forma de cuchara, están quebradizas, con aristas.
- Se observó si la boca/labios están inflamados, enrojecidos y agrietados.
- Se vigiló si la lengua es de color escarlata, magenta o crudo.
- Se vigiló que no hubiera cambios importantes en el estado nutricional.
- Se determinó con el paciente su tipo de dieta.
- Se proporcionó comida y líquidos nutricionales de acuerdo a sus necesidades.

EVALUACIÓN:

Este diagnóstico requirió de mucha atención y cooperación del paciente, afortunadamente se encontró dispuesto a cambiar sus hábitos y mejorar su alimentación porque se encuentra en un protocolo de trasplante y para poder llevarlo a cabo debe encontrarse en mejores condiciones que las actuales.

Fue complicado modificar sus hábitos alimenticios y acostumbrarlo a la nueva forma de comer, a la dieta; sin embargo coopero y esto le ha ayudado a mejorar algunas condiciones que tenía afectadas como el sobrepeso, la fatiga, los niveles de triglicéridos y colesterol.

Se logró llegar a la puntuación Diana deseada.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA

ETIQUETA (PROBLEMA) P: Disposición para mejorar el autocuidado

DEFINICIÓN: Patrón de realización de actividades por parte de la propia persona que le ayuda a alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado.

DOMINIO: 4 Actividad/Reposo

CLASE: 5 Autocuidado

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SÍNTOMAS) S:

- Expresa deseos de aumentar la independencia en el mantenimiento de la vida
- Expresa deseos de aumentar la independencia en el mantenimiento de la salud
- Expresa deseos de aumentar la responsabilidad en el Autocuidado.
- Expresa deseos de aumentar los conocimientos para el mantenimiento de estrategias para el autocuidado.

RESULTADOS NOC:

- Autocuidados: medicación no parenteral

INDICADORES:

- Administra la dosis correcta
- Controla los efectos terapéuticos
- Ajusta la medicación para conseguir los efectos terapéuticos
- Sigue las precauciones de los medicamentos
- Describe los efectos indeseables de la medicación
- Utiliza ayudas para memorizar
- Realiza actividades de autosupervisión
- Utiliza el equipamiento de monitorización de forma precisa
- Mantiene los suministros necesarios
- Utiliza la medicación según prescripción
- Almacena la medicación de forma adecuada
- Desecha la medicación de forma apropiada

ESCALA DE MEDICIÓN:

- Gravemente comprometido (1)
- Sustancialmente comprometido (2)
- Moderadamente comprometido (3)
- Levemente comprometido (4)
- No comprometido (5)

PUNTUACIÓN DIANA:

MANTENER A: 2 AUMENTAR A: 5

RESULTADOS NOC:

- Autogestión de los cuidados

INDICADORES:

- Determina los objetivos de la asistencia sanitaria
- Describe los cuidados apropiados
- Obtiene los recursos necesarios
- Enseña a los demás las conductas asistenciales apropiadas
- Evalúa los cuidados aportados por los demás
- Determina la finalización de las conductas asistenciales
- Expresa confianza con la resolución de problemas
- Adopta medidas correctoras cuando los cuidados no son apropiados
- Enseña a los demás las actividades de mantenimiento sanitario apropiadas

ESCALA DE MEDICIÓN:

- Nunca demostrado (1)
- Raramente demostrado (2)
- A veces demostrado (3)
- Frecuentemente demostrado (4)
- Siempre demostrado (5)

PUNTUACIÓN DIANA:

MANTENER A: 3 AUMENTAR A: 5

RESULTADOS NOC:

- Autonomía personal

INDICADORES:

- Toma decisiones vitales informadas

- Al elegir tiene en cuenta la opinión de los demás
- En el proceso de toma de decisiones muestra independencia
- Toma decisiones libre de la decisión del cónyuge
- Toma decisiones libre de la presión de los hijos
- Toma decisiones libre de la presión de amigos
- Toma decisiones libre del proveedor de salud
- Afirma las preferencias personales
- Participa en las decisiones de los cuidados de salud
- Expresa satisfacción con las elecciones de vida

ESCALA DE MEDICIÓN:

- Nunca demostrado (1)
- Raramente demostrado (2)
- A veces demostrado (3)
- Frecuentemente demostrado (4)
- Siempre demostrado (5)

PUNTUACIÓN DIANA:

MANTENER A: 4 AUMENTAR A: 5

RESULTADOS NOC:

- Conducta de búsqueda de la salud

INDICADORES:

- Hace preguntas cuando es necesario
- Finaliza las tareas relacionadas con la salud
- Contacta con profesionales sanitarios cuando es necesario
- Realiza actividades de la vida diaria compatibles con su energía y tolerancia
- Describe estrategias para eliminar conductas insanas
- Realiza la conducta sanitaria prescrita cuando es necesario
- Busca información actual relacionada con la salud
- Describe estrategias para maximizar la salud
- Sigue las estrategias desarrolladas por sí mismo para maximizar la salud

ESCALA DE MEDICIÓN:

- Nunca demostrado (1)
- Raramente demostrado (2)
- A veces demostrado (3)
- Frecuentemente demostrado (4)

- Siempre demostrado (5)

PUNTUACIÓN DIANA:

MANTENER A: 3 AUMENTAR A: 5

RESULTADOS NOC:

- Conducta terapéutica: enfermedad o lesión

INDICADORES:

- Cumple las precauciones recomendadas
- Cumple el régimen terapéutico recomendado
- Cumple los tratamientos prescritos
- Cumple las actividades prescritas
- Cumple el régimen de medicación
- Evita conductas que potencia la patología
- Realiza cuidados personales compatibles con su habilidad
- Supervisa los efectos terapéuticos
- Supervisa os efectos secundarios del tratamiento
- Supervisa los efectos secundarios de la enfermedad
- Supervisa los cambios en el estado de la enfermedad
- Utiliza dispositivos correctamente
- Altera las funciones del rol para cumplir los requerimientos terapéuticos
- Equilibrio entre tratamiento ejercicio, trabajo, ocio, descanso y nutrición
- Busca consejo de un profesional sanitario cuando es necesario

ESCALA DE MEDICIÓN:

- Nunca demostrado (1)
- Raramente demostrado (2)
- A veces demostrado (3)
- Frecuentemente demostrado (4)
- Siempre demostrado (5)

PUNTUACIÓN DIANA:

MANTENER A: 3 AUMENTAR A: 5

INTERVENCIÓN NIC: Enseñanza: individual

DEFINICIÓN: Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades particulares del paciente.

ACTIVIDADES:

- Se determinaron las necesidades de enseñanza del paciente.
- Se valoró el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos del paciente.
- El nivel educativo del paciente fue valorado.
- Se determinó la capacidad del paciente para asimilar información específica (nivel de desarrollo, estado fisiológico, orientación, dolor, fatiga, necesidades básicas no cumplidas, estado emocional y adaptación a la enfermedad).
- La motivación del paciente para asimilar información específica (creencias sobre la salud, incumplimientos pasados, malas experiencias con cuidados, aprendizaje de salud y metas conflictivas) fue valorada.
- Se potenció la disponibilidad del paciente para aprender.
- Se establecieron metas de aprendizaje mutuas y realistas con el paciente.
- Se identificaron los objetivos de enseñanza necesarios para conseguir las metas de autocuidado.
- Se seleccionaron los métodos, estrategias de enseñanza del paciente.
- Se evaluó la consecución de los objetivos establecidos por parte del paciente.

INTERVENCIÓN NIC: Establecimiento de objetivos comunes

DEFINICIÓN: Colaboración con el paciente para identificar y dar prioridad a los objetivos de cuidados y desarrollar luego un plan para alcanzar estos objetivos.

ACTIVIDADES:

- Se animó al paciente a la identificación de valores vitales específicos.
- Se identificó el reconocimiento por parte del paciente de su propio problema.
- Se motivó al paciente a identificar sus propias virtudes y habilidades.
- Se ayudó al paciente a identificar objetivos realistas, que puedan alcanzarse.
- Se identificaron con el paciente los objetivos de los cuidados.
- Se establecieron los objetivos en términos positivos.
- Se ayudó al paciente a desglosar los objetivos complejos en pasos pequeños, manejables.
- Se animó al paciente a establecer los objetivos de manera clara, evitando el uso de alternativas.
- Se evitó imponer valores personales al paciente al determinar los objetivos.
- Se explicó al paciente que sólo se deben modificar los comportamientos de uno en uno.
- Se ayudó al paciente a priorizar los objetivos identificados.
- Se puso en claro, junto con el paciente, el papel que debe tomar en su autocuidado y del su familia para apoyarlo en el
- Se exploró con el paciente distintas formas para conseguir los mejores objetivos.
- Se ayudó al paciente a examinar las fuentes disponibles para cumplir con los objetivos.
- Se valoró el nivel de funcionamiento actual del paciente con respecto a cada objetivo.
- Se facilitó al paciente la identificación de resultados esperados individualizados para cada objetivo.
- Se ayudó al paciente a centrarse en los resultados esperados más que en los deseados.
- Se coordinó con el paciente fechas de revisión periódicas para valorar el progreso hacia los objetivos.

INTERVENCIÓN NIC: Modificación de la conducta

DEFINICIÓN: Promoción de un cambio de conducta

ACTIVIDADES:

- Se determinó la motivación al cambio del paciente.
- Se ayudó al paciente a identificar su fortaleza y reforzarla.
- Se fomentó la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables.
- Se reforzaron las decisiones constructivas respecto a las necesidades sanitarias.
- Se evitó mostrar rechazo o quitar importancia a los esfuerzos del paciente por cambiar su conducta.
- Se ofreció un refuerzo positivo a las decisiones del paciente que fueron tomadas independientemente.
- Se animó al paciente a que examinara su propia conducta.
- Se ayudó al paciente a identificar los más pequeños éxitos producidos.
- Se identificó el problema del paciente en términos de conducta.
- Se determinó si la conducta objetivo identificada debe ser aumentada, disminuida o aprendida.
- Establecer un suceso guía de la conducta antes de iniciar el cambio.
- Se discutió el proceso de modificación de la conducta con el paciente y la familia.
- Se facilitó la implicación familiar en el proceso de modificación.
- Se desarrolló un acuerdo de tratamiento con el paciente para apoyar la puesta en práctica del sistema de señales, puntos.
- Se favoreció la adquisición de habilidades reforzando sistemáticamente los componentes simples de la habilidad o dedicación.
- Se facilitó el aprendizaje de conductas deseadas por medio de técnicas modernas.
- Se evaluaron los cambios de conducta mediante la comparación de los sucesos guía con sucesos de conducta posteriores a la intervención.

INTERVENCIÓN NIC: Potenciación de la disposición de aprendizaje

DEFINICIÓN: Mejorar la capacidad y disposición de recibir información

ACTIVIDADES:

- Se disminuyó el nivel de fatiga del paciente.
- Se comprobó el nivel de orientación y/o confusión del paciente.
- Se vigiló el estado emocional del paciente.
- Se ayudó al paciente a enfrentarse a las emociones intensas (ansiedad, pena e ira).
- Se fomentó la manifestación verbal de sentimientos, percepciones e inquietudes.

- Se trataron las inquietudes específicas del paciente
- Se ayudó al paciente a desarrollar confianza en su capacidad.
- Se explicó cómo la información ayudará a que el paciente cumpla con las metas.
- Se explicó cómo las experiencias pasadas desagradables para la salud del paciente difieren de la situación actual.
- Se ayudó al paciente a darse cuenta de la gravedad de su enfermedad.
- Se ayudó al paciente a darse cuenta de que hay opciones de tratamiento.
- Se ayudó al paciente a darse cuenta de la susceptibilidad a las complicaciones.
- El paciente fue ayudado a conseguir la capacidad de controlar la progresión de la enfermedad.
- Se apoyó al paciente a ver acciones alternativas que impliquen menos riesgo para su estilo de vida.

EVALUACIÓN:

El principal objetivo que se tenía con el paciente era lograr su autocuidado y con las intervenciones realizadas en este diagnóstico y en los anteriores se logró un gran avance que le permitirá mejorar su estado actual para poder realizar su trasplante renal de manera exitosa si no deja de llevar a cabo lo que se le enseñó.

Algunos resultados se verán a largo plazo, lo importante es poder observar que se estén cumpliendo y se reflejen en el estado de salud del paciente.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA

ETIQUETA (PROBLEMA) P: Trastorno del patrón del sueño

DEFINICIÓN: Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos

DOMINIO: 4 Actividad/Reposo

CLASE: 1 Sueño/Reposo

FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) E:

- Estrés
- Ansiedad
- Preocupación por el proceso de la enfermedad

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SÍNTOMAS) S:

- Cambio en el patrón normal de sueño.
- Quejas verbales de no sentirse bien descansado.
- Insatisfacción con el sueño.

- Disminución de la capacidad para funcionar.
- Informes de haberse despertado.
- Informes de no tener dificultad para conciliar el sueño.

RESULTADOS NOC:

- Sueño

INDICADORES:

- Horas de sueño
- Horas de sueño cumplidas
- Patrón del sueño
- Calidad del sueño Eficiencia de sueño
- Hábito de sueño
- Duerme toda la noche
- Sensaciones de rejuvenecimiento después del sueño
- Despertar a horas apropiadas
- Cama confortable
- Temperatura de la habitación confortable

ESCALA DE MEDICIÓN:

- Gravemente comprometido (1)
- Sustancialmente comprometido (2)
- Moderadamente comprometido (3)
- Levemente comprometido (4)
- No comprometido (5)

PUNTUACIÓN DIANA:

MANTENER A: 3 AUMENTAR A: 5

INTERVENCIÓN NIC: Mejorar el sueño

DEFINICIÓN: Facilitar ciclos regulares de sueño vigilia

ACTIVIDADES:

- Se determinó el esquema de sueño/vigilia del paciente.
- Se incluyó el ciclo regular de sueño/ vigilia del paciente en la planificación de cuidados.
- Explicar la importancia de un sueño adecuado durante la enfermedad, las situaciones de estrés psicosocial, etc.
- Se determinaron los efectos que tiene la medicación del paciente en el esquema de sueño.

- Se observaron y registraron el número de horas de sueño del .paciente.
- Se comprobó el esquema de sueño del paciente y se observaron las circunstancias físicas (apnea del "sueño, vías aéreas obstruidas, dolor, molestias y frecuencia urinaria) y/o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño.
- Se enseñó al paciente a controlar las pautas de sueño.
- Se controló la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilia para evitar cansancio en exceso.
- Se ajustó el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.
- Se animó al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño.
- Se facilitó el mantenimiento de las rutinas habituales del paciente a la hora de irse a la cama, indicios de presueño y objetos familiares
- Se ayudó a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.
- Se controló la ingesta de alimentación y bebidas a la hora de irse a la cama para determinar los productos que faciliten o entorpezcan el sueño.
- Se ayudó al paciente a evitar a la hora de irse a la cama los alimentos y bebidas que interfieran el sueño.
- Se apoyó al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia.
- Se enseñó al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño.
- Se fomentó el aumento de las horas de sueño.
- Se invitó a disponer siestecillas durante el día, para cumplir con las necesidades de sueño.
- Se ajustó el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente.
- Se instruyó al paciente y a los seres queridos acerca de los factores (fisiológicos, psicológicos, estilo de vida, cambios frecuentes de turnos de trabajo, cambios rápidos de zona horaria, horario de trabajo excesivamente largo y demás factores ambientales) que contribuyen a trastornar el esquema del sueño.
- Se identificaron las medicaciones que el paciente toma para el sueño.
- Se fomentó el uso de medicamentos para dormir que no contengan supresor(es) de la fase REM.
- Se regularon los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales.
- Se comentó con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño.
- Se proporcionaron folletos informativos sobre técnicas favorecedoras del sueño.

EVALUACIÓN:

Se brindó atención al trastorno del sueño del paciente ya que la situación lo tenía muy estresado y para poder llevar a cabo las intervenciones de todos los diagnósticos era necesario que estuviera tranquilo y pudiera cooperar.

Se proporcionaron medicamentos por prescripción médica, se ofrecieron terapias alternativas como reiki, meditación, aromaterapia, musicoterapia y terapias de respiración a las que al principio rehusaba pero poco a poco fue aceptando al ver mejorías.

Actualmente el paciente duerme mejor y su estado de ánimo ha mejorado notablemente.

En sus días de hospitalización se logró alcanzar la puntuación Diana de 4, refiere que en su casa pudo conciliar mejor el sueño llegando así a la puntuación de 5.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA

ETIQUETA (PROBLEMA) P: Sufrimiento espiritual

DEFINICIÓN: Deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza, o un poder superior al propio yo.

DOMINIO: 10 Principios Vitales

CLASE: 3 Valores/ Creencias/ Congruencia de la acción

FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) E:

- Enfermedad crónica
- Ansiedad

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SÍNTOMAS) S:

- Culpa
- Afrontamiento deficiente
- Expresa sentirse abandonado por Dios
- Manifiesta estar alejado de sus sistemas de soporte
- Expresión de falta de serenidad y paz

RESULTADOS NOC:

- Calidad de vida

INDICADORES:

- Satisfacción con el estado de salud
- Satisfacción con las condiciones sociales
- Satisfacción con las condiciones medioambientales
- Privacidad
- Dignidad
- Autonomía
- Satisfacción con el estado económico

- Satisfacción con el nivel educativo
- Satisfacción con el nivel laboral
- Satisfacción con las relaciones íntimas
- Satisfacción con los objetivos conseguidos en la vida
- Satisfacción con la capacidad de superación
- Satisfacción con el concepto de sí mismo
- Satisfacción con el estado de ánimo general
- Independencia en las actividades de la vida diaria

ESCALA DE MEDICIÓN:

- No del todo satisfecho (1)
- Algo satisfecho (2)
- Moderadamente satisfecho (3)
- Muy satisfecho (4)
- Completamente satisfecho (5)

PUNTUACIÓN DIANA:

MANTENER A: 3 AUMENTAR A: 5

RESULTADOS NOC:

- Salud espiritual

INDICADORES:

- Expresión de confianza
- Expresión de esperanza
- Expresión de significado y fin de la vida
- Expresión del punto de vista del mundo espiritual
- Expresión de serenidad
- Expresión de amor
- Expresión de perdón
- Oración
- Culto
- Satisfacción espiritual
- Expresión a través de la música
- Expresión a través del arte
- Expresión a través de la escritura
- Relación con el yo interior
- Relación con los demás para compartir pensamientos, sentimientos y creencias
- Interacción con otros para compartir pensamientos, sentimientos y creencias

ESCALA DE MEDICIÓN:

- Gravemente comprometido (1)
- Sustancialmente comprometido (2)

- Moderadamente comprometido (3)
- Levemente comprometido (4)
- No comprometido (5)

PUNTUACIÓN DIANA:

MANTENER A: 2 AUMENTAR A: 5

RESULTADOS NOC:

- Bienestar personal

INDICADORES:

- Realización de las actividades de la vida diaria
- Ejecución de roles usuales
- Funcionamiento psicológico
- Interacción social
- Vida espiritual
- Funcionamiento fisiológico
- Funcionamiento cognitivo
- Capacidad de superación
- Capacidad de relax
- Nivel de felicidad
- Capacidad para expresar emociones
- Capacidad para controlar actividades
- Oportunidades para elegir cuidados de salud

ESCALA DE MEDICIÓN:

- No del todo satisfecho (1)
- Algo satisfecho (2)
- Moderadamente satisfecho (3)
- Muy satisfecho (4)
- Completamente satisfecho (5)

PUNTUACIÓN DIANA:

MANTENER A: 3 AUMENTAR A: 5

RESULTADOS NOC:

- Afrontamiento del problema

INDICADORES:

- Identifica patrones de superación eficaces
- Identifica patrones de superación ineficaces
- Verbaliza sensación de control
- Refiere disminución de estrés
- Verbaliza aceptación de la situación
- Busca información acreditada sobre el diagnóstico
- Busca información acreditada sobre el tratamiento
- Modifica el estilo de vida para reducir el estrés
- Se adapta a los cambios en desarrollo
- Utiliza el sistema de apoyo personal
- Adopta conductas para reducir el estrés
- Identifica múltiples estrategias de superación
- Utiliza estrategias de superación efectivas
- Evita situaciones excesivamente estresantes
- Verbaliza la necesidad de asistencia
- Obtiene ayuda de un profesional sanitario
- Refiere disminución de los síntomas físicos de estrés
- Refiere disminución de los sentimientos negativos
- Refiere aumento del bienestar psicológico

ESCALA DE MEDICIÓN:

- Nunca demostrado (1)
- Raramente demostrado (2)
- A veces demostrado (3)
- Frecuentemente demostrado (4)
- Siempre demostrado (5)

PUNTUACIÓN DIANA:

MANTENER A: 3 AUMENTAR A: 5

INTERVENCIÓN NIC: Apoyo espiritual

DEFINICIÓN: Ayuda al paciente a conseguir el equilibrio a través de sus creencias

ACTIVIDADES:

- Se utilizó la comunicación terapéutica para establecer confianza y demostrar empatía.
- Se utilizaron herramientas para controlar y evaluar el bienestar espiritual.

- Se animó al individuo a revisar la vida pasada y centrarse en hechos y relaciones que proporcionaron fuerza y apoyo espiritual.
- Se trató al individuo con dignidad y respeto.
- Se favoreció la revisión vital a través de la reminiscencia.
- Se animó al paciente a participar en interacciones con miembros de la familia, amigos y demás.
- Se proporcionó privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales.
- Se fomentó la participación en grupos de apoyo.
- Se enseñaron métodos de relajación, meditación e imaginación guiada.
- Se compartió la propia perspectiva espiritual.
- Se dieron oportunidades para discutir sobre diferentes sistemas de creencias y visiones del mundo.
- Se enseñó a orar al individuo.
- Se proporcionó música, literatura o programas de radio o TV espirituales al individuo.
- Se fomentaron las expresiones del individuo de soledad e impotencia.
- Se alentó a la asistencia de los servicios religiosos.
- Se fomentaron el uso de recursos espirituales.
- Se utilizaron técnicas de clarificación de valores para ayudar al individuo a clarificar sus creencias y valores.
- Se escucharon los sentimientos del individuo.
- Se expresó simpatía con los sentimientos del individuo.
- Se facilitó el uso de la meditación, oración y demás tradiciones y rituales religiosos por parte del individuo.
- Se escuchó atentamente la comunicación del individuo, se desarrolló un sentido de oportunismo para la oración
- Se estuvo abierto a los sentimientos del individuo acerca de la enfermedad y la muerte.
- Se ayudó al individuo a expresar y liberar la ira de forma adecuada.

INTERVENCIÓN NIC: Facilitar el crecimiento espiritual

DEFINICIÓN: Facilitar el crecimiento de la espiritualidad del paciente para identificar, comunicarse y evocar la fuente de significado, propósito, consuelo, fuerza y esperanza en su vida.

ACTIVIDADES:

- Se mostró asistencia y consuelo pasando tiempo con el paciente, con la familia del paciente y otras personas significativas.
- Se fomentó la conversación que ayudara al paciente a separar los intereses espirituales.
- Se modelaron habilidades saludables de relación y razonamiento.
- Se ayudó al paciente a identificar barreras y actitudes que dificultan el crecimiento y el autodescubrimiento.
- Se ofreció el apoyo de la oración al individuo

- Se fomentó la participación en servicios piadosos, retiros y programas especiales de oración /estudio.
- Se fomentó la relación con los otros para el compañerismo y el servicio.
- Se fomentó el uso de celebraciones y rituales espirituales.
- Se fomentó la exploración del paciente de su compromiso espiritual según sus creencias y valores.
- Se proporcionó un entorno que favorezca una actitud meditativa/ contemplativa para la autorreflexión.
- Se ayudó al paciente a explorar las creencias en relación a la curación del cuerpo, la mente y el espíritu.
- Se recomendó que buscara grupos de apoyo, de autoayuda mutua o a programas que se basen en la espiritualidad.

INTERVENCIÓN NIC: Apoyo emocional

DEFINICIÓN: Proporcionar seguridad, aceptación y animo en los momentos de tensión.

ACTIVIDADES:

- Se comentó la experiencia emocional con el paciente.
- Se exploró con el paciente qué ha desencadenado las emociones.
- Se realizaron afirmaciones enfáticas o de apoyo.
- Se abrazó al paciente para proporcionarle apoyo.
- Se apoyó el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- Se ayudó al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
- Se animó al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Se comentaron las consecuencias de profundizar en el sentimiento de culpa o vergüenza.
- Se escucharon las expresiones de sentimientos y creencias.
- Se facilitó la identificación por parte del paciente de esquemas de respuesta habituales a los miedos.
- Se proporcionó apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena.
- Se identificaron la función de la ira, la frustración y rabia que pueda ser de utilidad para el paciente.
- Se favoreció la conversación y el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- Se permaneció con el paciente y proporcionaron sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad.
- Se proporcionó ayuda en la toma de decisiones.

EVALUACIÓN:

El paciente al paso de los días ha recuperado su tranquilidad y disminuido sus sentimientos de culpa, se solicitó el apoyo del grupo religioso del hospital y comenzó a acudir a la misa que se realiza los domingos en el auditorio de este mientras se encontraba hospitalizado.

A pesar de que renegaba de Dios por su enfermedad, tenía mucho tiempo que no oraba y refiere haberse olvidado de creer en algún poder superior y haber cometido muchos errores; sin embargo ahora se siente más tranquilo y encuentra un refugio en la oración y en la expresión de sus sentimientos ya que esto le cuesta mucho trabajo y considera que ha sido motivo de haber distanciado a sus hijos y familia.

Se alcanzó la puntuación Diana de 5.

VI. PLAN DE ALTA

El paciente es dado de alta del servicio de Nefrología con las demandas de autocuidado satisfechas, requiriendo tratamiento sustitutivo con hemodiálisis en días alternos y diálisis peritoneal por el momento suspendida. Se marcha con el catéter Mahurkar en yugular derecha cubierto y heparinizado indicándole todos los cuidados que debe tener en este, el catéter Tenckhoff se encuentra momentáneamente cerrado por indicación médica debido a problemas en el mismo.

Se hace una valoración de sus necesidades de educación acerca de la dieta, tratamiento médico y cuidados de los catéteres, ampliando y añadiendo toda la información que sea necesaria para su autocuidado.

A través del sistema de apoyo educativo se le informa que si surge alguna duda puede comentarlo en la unidad de hemodiálisis así como si detecta algún signo de infección de los catéteres.

Se le explica que el hecho de estar en un programa de protocolo de trasplantes y hemodiálisis no significa que no pueda llevar a cabo las actividades que realizaba hasta ahora. Se le recomienda planear sus actividades diarias para que no se sienta presionado por las sesiones de tratamiento. También se le explica que puede seguir trabajando y satisfacer sus necesidades como persona, ya que sus días de sesión no incluyen fines de semana y puede realizar su vida con la debida precaución de sus catéteres y alimentación, previniendo peligros que pongan en riesgo su salud.

Se incluye a la familia y amigos en el apoyo educativo, se informa que el servicio queda abierto para recibirlo ante cualquier duda o malestar que presente.

VII. CONCLUSIONES

- En este Proceso de Atención de Enfermería se observó que realizarlo sigue siendo un método sistemático que ayuda al personal de enfermería a identificar, organizar, planear, ejecutar y evaluar los déficits de autocuidado que presenta el paciente y así mismo realizar un plan de cuidados a través de un sistema parcialmente compensatorio y de apoyo educativo para lograr recuperar, mantener y satisfacer sus demandas de autocuidado en la medida posible de acuerdo a su estado de salud, en su caso con un problema de Insuficiencia Renal Crónica que se encuentra entre las primeras causa de muerte en México según datos de la Secretaría de Salud y el INEGI.
- Una de los principales problemas por los que se ha elevado la incidencia de Insuficiencia Renal Crónica es la falta de conocimientos de la población de sus causas y proceso patológico, por esta razón el personal de enfermería debe proporcionar información y educación sanitaria ya que podrían desempeñar un papel importante ya desde la Atención Primaria.
- Las intervenciones de enfermería son sumamente importantes en todos los sentidos ya que los pacientes con esta enfermedad presentan complicaciones en el transcurso que pueden evitarse o por lo menos minimizarse si se brinda la atención oportuna.
- El apoyo médico es indispensable pero quien se encuentra en un contacto mayor con el paciente es enfermería, por esta razón juega un papel muy importante en la educación y promoción de la salud así como en el cuidado y atención de las diversas necesidades que se alteran en el proceso de la Insuficiencia Renal Crónica, como el duelo, la falta de conocimiento, actividades nuevas que el paciente enfrenta como la diálisis peritoneal y hemodiálisis, etc.
- La mayoría de los enfermos con este padecimiento hacen sinónimo de muerte, aunque lamentablemente al final lo es, las intervenciones de enfermería en un plan de cuidados adecuado pueden ayudar a mejorar la calidad de vida del paciente.

VIII. ANEXOS

8. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) se define como alteraciones de la estructura o función del riñón presentes por un período igual o mayor a 3 meses con implicaciones para la salud y caracterizado por anomalías estructurales o funcionales con o sin descenso de la tasa de filtración glomerular a menos de 60ml/min/1.73m². (Kidney International Supplements, 2013)

Como consecuencia de este filtrado insuficiente, se produce una acumulación de sustancias nitrogenadas en la sangre, especialmente urea y sus derivados, y una elevación de la creatinina plasmática, que es lo que se detecta en los análisis de sangre. Esta situación desemboca en lo que se conoce como uremia o Síndrome Urémico.

Las características del síndrome de insuficiencia renal crónica son:

- Una función renal reducida, debido a la disminución en el número de nefronas (unidad funcional básica del riñón).
- Un deterioro funcional del riñón.
- Una situación funcional estable durante semanas o meses, pero que presenta un empeoramiento progresivo. (KDIGO® AKI Guideline, 2012)

8.1. ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA

La IRC es un proceso fisiopatológico multifactorial de carácter progresivo e irreversible que frecuentemente lleva a un estado terminal, en el que el paciente requiere terapia de reemplazo renal (TRR), es decir diálisis o trasplante para poder vivir.

La mayoría de las causas de Enfermedad Renal Crónica son irreversibles, puede presentarse sin síntomas por un largo período y solo detectarse hasta que los riñones han perdido su función casi en su totalidad, tiene un ciclo de vida largo y el tratamiento está dirigido a la desaceleración y progresión. (Kidney International Supplements, 2013)

La Diabetes Mellitus, la hipertensión arterial, las dislipidemias (altos niveles de colesterol o triglicéridos en la sangre), la glomerulonefritis, enfermedades cardiovasculares y enfermedades hereditarias como la poliquistosis renal son algunas de las causas de la Insuficiencia Renal Crónica.

Como consecuencia de la afectación progresiva del tejido renal, el número de nefronas disminuye, por lo que las que quedan (residuales) se ven sometidas a una sobrecarga en sus funciones y aumentan de tamaño para compensarlo. Este mecanismo se denomina hipertrofia renal compensadora, y gracias a eso se mantiene el balance de líquidos en el organismo, pero llega un momento en el que esas variaciones no son suficientes, y se

producen las manifestaciones clínicas. Al disminuir el número de nefronas, la capacidad de filtrado de la sangre también disminuye y se presenta poliuria (producción y expulsión de gran cantidad de orina) y una acumulación de sustancias nitrogenadas en la sangre.

Se altera también la función hormonal del riñón, que produce menos eritropoyetina (proteína encargada de la regulación de la producción de los glóbulos rojos y, por lo tanto, implicada en el transporte de oxígeno en la sangre) y menos calcitriol (forma activa de la vitamina D responsable de la absorción del calcio en el organismo). A consecuencia de esta alteración el paciente desarrollará anemia y un déficit de calcio. (Glasscock, 2008)

La evolución de la enfermedad origina un aumento de la urea en sangre y casi siempre aparecen sus manifestaciones iniciales, siendo las más frecuentes la hipertensión arterial y la anemia; otras alteraciones incluyen intolerancia a los hidratos de carbono, aumento del ácido úrico y de los triglicéridos, y disminución de la capacidad de concentración urinaria, que hace que el paciente orine mucho, y más de lo normal también durante la noche (nicturia).

A pesar de estas alteraciones los pacientes al principio se encuentran bien; sin embargo, cualquier proceso como una infección, una obstrucción urinaria, deshidratación, o la administración de fármacos que puedan dañar el riñón, puede deteriorar aún más la función renal y aparecer entonces la sintomatología florida de insuficiencia renal avanzada. (Bermejo, 2014)

El síndrome urémico es la manifestación del deterioro funcional de múltiples sistemas orgánicos secundario a la disfunción renal y es estadio final de la evolución de la enfermedad.

Se manifiesta por una afectación de varios órganos a causa de la retención de sustancias, las alteraciones hormonales, los cambios metabólicos y los trastornos en el equilibrio de iones. El síndrome urémico es una entidad grave, y antes de que se empleara el tratamiento con diálisis y el trasplante, su aparición significaba una muerte a corto plazo, generalmente a consecuencia de problemas cardiovasculares. (Bermejo, 2014)

Su fisiopatología se debe a la acumulación de productos del metabolismo de proteínas y alteraciones que se presentan por la pérdida de la función renal. Se han identificado sustancias tóxicas como la homocisteína, las guanidinas y la β_2 microglobulina, además de una serie de alteraciones metabólicas y endocrinas. El paciente con IRC también tiene un riesgo elevado de presentar desnutrición calórica proteica, ya sea inducida por la enfermedad subyacente o por el tratamiento de diálisis. (Gutierrez VI y cols. 2003)

El pronóstico de pacientes con enfermedad crónica del riñón vistos como datos epidemiológicos han demostrado que todos causan aumentos de la mortalidad a medida que la función del riñón disminuye (índice de mortalidad total). La causa principal de muerte en pacientes con enfermedad crónica del riñón es por enfermedades cardiovasculares, sin importar si hay progresión a IRCT. (Perazella 2006, Tonelli 2006)

Mientras que las terapias de reemplazo renal pueden mantener a los pacientes indefinidamente y prolongar su vida, la calidad de vida es severamente afectada. El trasplante renal aumenta significativamente la supervivencia de los pacientes con IRCT cuando se compara a otras opciones terapéuticas.^{18 19} Sin embargo, es asociado a una mortalidad incrementada a corto plazo (debido a las complicaciones de la cirugía). Apartando el trasplante, la hemodiálisis doméstica aparece estar asociada a una supervivencia mejorada y a una mayor calidad de vida, cuando se compara a la hemodiálisis convencional de tres veces a la semana y a la diálisis peritoneal. (De Francisco 2006, Pierratos 2005)

8.2. ANATOMÍA DEL RIÑÓN

Los riñones son órganos pares, con forma de habichuela situados en las fosas lumbares, detrás del peritoneo a ambos lados de la columna vertebral, entre la duodécima vértebra dorsal y la tercera lumbar. Tienen una longitud de entre doce y catorce centímetros, y anchura de unos tres. Encima de cada riñón se encuentra una estructura glandular denominada cápsula suprarrenal, la cual no tiene ninguna relación con el aparato urinario. (Nielsen, 2012)

Las funciones de los riñones son:

- La regulación de la osmolaridad de los fluidos corporales y su volumen
- La regulación del balance de electrolitos
- La regulación del balance ácido-base
- La eliminación de productos del metabolismo y sustancias extrañas
- La producción y excreción de hormonas que regulan la presión arterial, en particular de la renina, a través del sistema renina-angiotensina
- La producción de otras sustancias importantes para el metabolismo como el calcitriol (forma activa de la vitamina D), prostaglandinas o eritropoyetina (sustancia que estimula la producción de hematíes en la médula ósea)

Cada riñón está rodeado de tres capas de tejido:

Cápsula renal: es una membrana transparente, fibrosa y continúa con la capa externa del uréter. Sirve para aislar al riñón de posibles infecciones

Grasa perirenal o cápsula adiposa: es una capa de grasa de grosor variable que protege al riñón de golpes y traumas y que lo mantiene en su puesto en la cavidad abdominal.

Fascia renal: es una capa de tejido conjuntivo denso que separa la grasa perirenal de otra grasa, la grasa pararenal. También recibe el nombre de fascia fibrosa renal de Geroto.

El riñón derecho está ligeramente más caudal que el izquierdo debido a que se relaciona con el hígado por arriba, también con el duodeno en la parte media y por delante con el colon, concretamente con el ángulo derecho.

El riñón izquierdo se relaciona con el bazo por arriba y por delante con la cola del páncreas, el colon transversal y el ángulo izquierdo del colon. En su borde medial hay una concavidad, llamada hilio que posee una cantidad variable de tejido adiposo. Por el hilio sale un conducto por el que sale la orina del riñón, el uréter, junto con arteria, vena y linfáticos renales y el plexo nervioso que lo rodea. El riñón está delimitado por una delgada cubierta de tejido conectivo denso de gran resistencia, la cápsula.

En un corte longitudinal del riñón se distinguen dos partes; la externa denominada corteza, tiene un aspecto amarillento y granuloso, en ella están los corpúsculos renales (Malpighi) y una zona interna denominada médula renal. (Doneersberg, 2012)

La médula renal está constituida por 8 a 16 subdivisiones cónicas denominadas las pirámides renales. Cada pirámide está separada de la siguiente por tabiques o reparticiones notables de sustancia cortical que penetran en un ramo determinado en la médula con el nombre de las columnas renales o de Bertin. Las pirámides tienen una base dirigida a la corteza y una punta que sobresale, la papila. La unidad macroscópica de la estructura renal es el lóbulo renal. Cada uno está formado por una pirámide medular cónica, con un "capuchón" de tejido cortical. El vértice de cada pirámide forma una papila redondeada, que sobresale en el cáliz menor. El cáliz menor es una estructura en embudo, que se adapta sobre una papila. El recubrimiento epitelial de la papila se continúa con el de su cáliz.

La unidad funcional del riñón se llama nefrona; se calculan dos millones en cada riñón. Presenta segmentos morfológicamente distintos. Cada segmento tiene una estructura característica y una posición definida en la corteza o en la médula. Cada segmento tiene un tipo específico de epitelio. El extremo proximal presenta una dilatación de pared delgada, la cápsula glomerular. Dentro de esta existe un ovillo de capilares, el glomérulo renal. Ambos forman el corpúsculo renal. Posee además los túbulos contorneados y el asa renal (Henle).

El corpúsculo renal suele ser ovoide, con un diámetro de 150 μm a 250 μm . Este posee un polo vascular por el cual salen y entran los vasos aferentes y eferentes del glomérulo.

Además posee un polo urinario que se continúa con un segmento de pared gruesa llamado túbulo contorneado proximal, que sale del glomérulo y sigue un trayecto tortuoso en el tejido cortical. La rama descendente del asa de Henle recorre un tramo breve en la médula y después describe un asa, para volverse a la corteza en forma de una rama ascendente del asa de Henle, que tiene pared delgada en la porción profunda de la médula, pero se vuelve gruesa antes de penetrar en la corteza sitio en la que se continúa con el túbulo contorneado distal.

Cerca del corpúsculo renal, a partir del cual comienza el trayecto de la nefrona, la rama ascendente del asa de Henle se aproxima al polo vascular del corpúsculo, sitio en que los

vasos aferentes y eferentes llegan al glomérulo. A partir de este punto el segmento se llama túbulo contorneado distal. El extremo distal del segmento contorneado distal desemboca en un sistema ramificado de túbulos colectores rectos que pasan por la médula y desembocan en un túbulo colector principal, que es el conducto papilar y de ahí a una papila. (Doneersberger 2012, Nielsen 2012)

Debido a la gran variedad de funciones que realiza el riñón, su falla ocasiona alteraciones en la función de todos los sistemas del organismo.

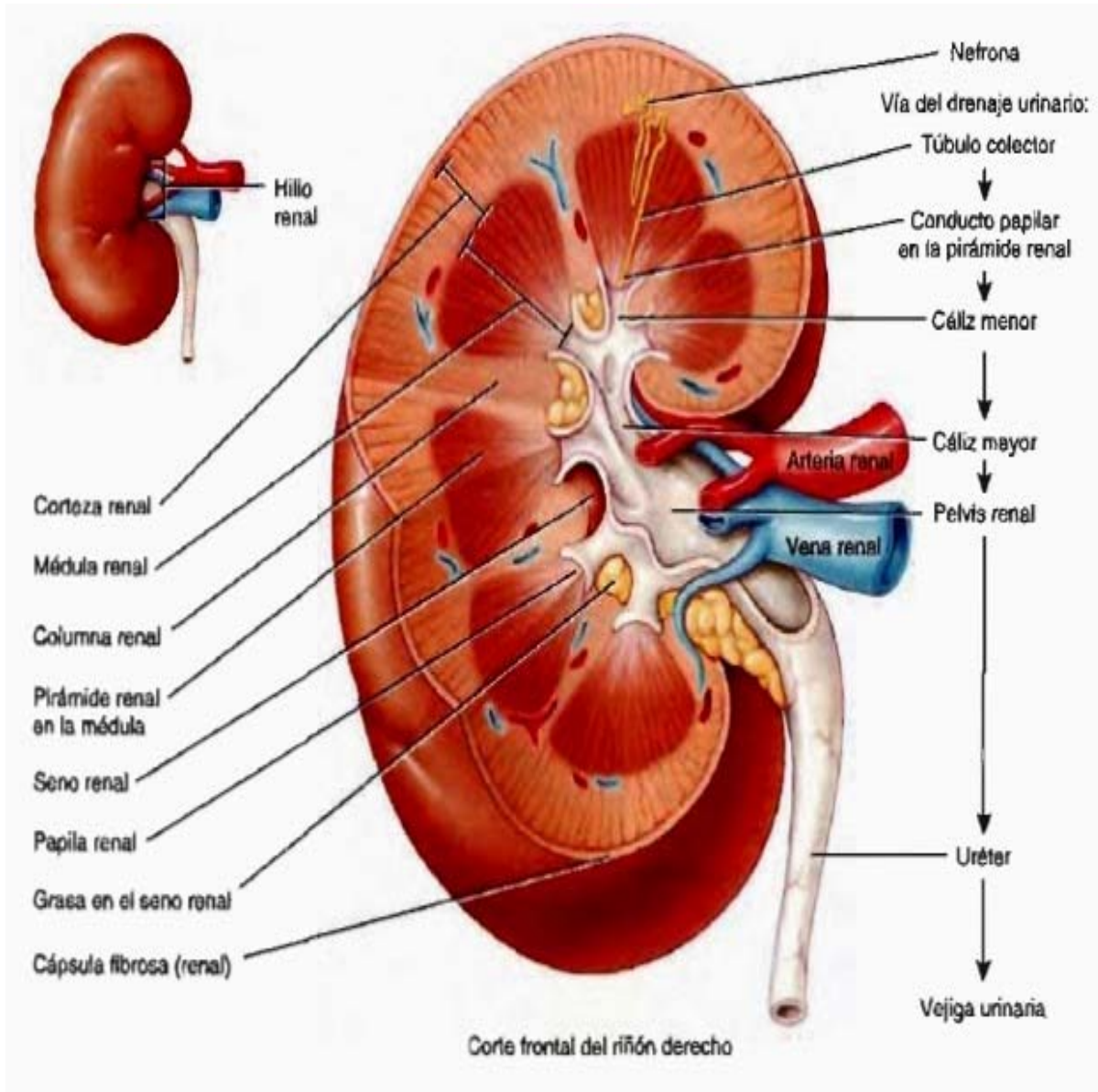


Figura 3. Anatomía del riñón

8.3. ACCESOS DE DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS DEL PACIENTE



Fig. 4 Catéter Tenckhoff cerrado por diálisis peritoneal no funcional



Fig. 5 Catéter Tenckhoff cubierto en el sitio de inserción para evitar infecciones



Fig. 6 Paciente con catéter Mahurkar para hemodiálisis



Fig. 7 Verificación de permeabilidad del catéter de hemodiálisis



Fig. 8 Conexión e inicio de la sesión



Fig. 9 Mantenimiento estéril durante la sesión



Fig. 10 Catéter descubierto para realizar curación



Fig. 11 Se hepariniza catéter al final de la sesión



Fig. 12 Catéter Mahurkar cubierto al término de la sesión con parches impermeables

8.4. MEDITACIÓN

La meditación es un estado de paz profundo y terapéutico que permite que el estrés salga del cuerpo y la mente permitiéndoles un estado de relajación. Es una práctica cognoscitiva, es decir, un proceso de experimentación, mediante el cual se puede entrar en contacto con aspectos y estratos, tanto de uno mismo como del universo, a los cuales no es posible acceder por otros medios. (Montoya, 2010)

Es una técnica de mente-cuerpo que va directamente a la raíz de la respuesta al estrés, liberando de las tensiones recordadas que originan nuevas. Se conoce que los niveles de cortisol y adrenalina son menores en quienes meditan y sus mecanismos de resistencia tienden a ser más potentes que el promedio. Keith Wallace demostró que de las implicaciones espirituales y la meditación tienen profundos efectos en el cuerpo como una relajación profunda y cambios significativos en la respiración, el ritmo cardíaco y la presión sanguínea. (Chopra, 2001)

Una respuesta saludable al estrés es generalmente la auto-regulación, pero una persona se encuentra constantemente alerta, las hormonas del estrés (adrenalina y cortisol) causan estragos con los procesos físico y mental, interrumpiendo así el sueño. La meditación regular reduce significativamente estas hormonas de estrés, y el efecto se mantiene por horas.

La meditación puede ayudar a desacelerar la mente y traer a la luz los problemas subyacentes. Cuanto más se explora en la meditación, más se convierte en evidente que la práctica es mucho más que solo una herramienta para prevenir noches de insomnio.

La conciencia intuitiva es un regalo de la práctica regular de meditación. Puede haber varias cosas ocurriendo en la mente; gradualmente, y en el ámbito seguro de meditación, las impresiones de la mente son reveladas. Puede ser usada como un medio de autorreflexión, y se pueden identificar las razones del sueño perturbado fácilmente.

Meditación no es un sustituto del sueño, ambos, tienen sus propios beneficios, cuando la meditación se practica regularmente puede mejorar la calidad del sueño. (Sri Sri, 2014)

La meditación desde mi punto de vista, es una terapia alternativa de gran ayuda, algo importante de ella es la práctica de la respiración profunda que es lo que ayuda a un estado de relajación total si se realiza adecuadamente; se puede complementar con aromas, esencias o inciensos y música, haciéndola mucho más placentera y logrando efectos relajantes que ayudan a la conciliación del sueño.



Fig. 13 Paciente meditando y acostado en su cama

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ramírez, C. M. (2014). Urge un registro de insuficiencia renal crónica en México. *El Economista*.
- Hernández, M. F. (1996). *Historia de la Enfermería en España. Desde la Antigüedad hasta nuestros días. Síntesis*, Madrid.
- Hernández, M. F. (1997). *La Enfermería en la Historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. Cultura de Cuidados*. Madrid
- Nightingale, F. (1990). *Notas sobre enfermería: qué es y que no es*. Salvat, Barcelona
- Siles G.J. (1999) *Pasado, presente y futuro de la enfermería en España. Perspectiva histórica y epistemológica*. Alicante: CECOVA.
- Benítez T. H. (2006). *Benito Juárez y la trascendencia de las Leyes de Reforma*, Toluca: UAEM.
- Carrillo, A. M. (1999). *Nacimiento y muerte de una profesión: las parteras tituladas en México*, DYNAMIS. *Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Ilus*.
- Alatorre W.E. (1984). *Desarrollo histórico de la enfermería en México*. Tesis (Licenciada en Enfermería y Obstetricia), México: UNAM-ENE0.
- Solórzano S.M. (2010) “100 años de la enfermería en México”, En *Enfermería avanza*, México.
- Aguilar, F. J. (2014). *Seguridad social en México (entrevista a Ignacio García Téllez)*. *Revista Solidaria*, México: IMSS. [Versión electrónica]. Consultado el 23 agosto de 2014 de <http://ierd.prd.org.mx/coy123---124/jag2.htm>
- Universidad Panamericana. (s.f.). Consultado el 15 de agosto de 2014 <http://enfermeriapmxico.blogspot.mx/2010/05/resena-de-historia-de-la-enfermeria.html>
- Pérez C. y Castañeda G. (2006) “Época Moderna, formación profesional de las enfermeras en México”. En *ENE0, 100 AÑOS: 1907-2006*, CD interactivo. México: ENE0-UNAM.
- Marriner A, Taylor S. (2007). *Teoría del déficit de autocuidado*, en: *Modelos y teorías de enfermería.*, 6ª Ed, Elsevier-Mosby. España
- Olsewski, y Coalson A. (1998). “Un vistazo al desarrollo teórico de enfermería”, tomado de *Strategies for Theory Construction in Nursing*, Appleton Century-Crofts.
- Rodríguez J. (1997) *Fundamentos de Enfermería Especializada*. México: Ed. Interamericana McGraw-Hill.
- Kérouac, S. (2007). *El pensamiento enfermero*. Elsevier Masson. Barcelona.
- Wesley, R.L. (1997) *Teorías y modelos de Enfermería*. 2ª edición. Ed. McGraw-Hill. México.
- De Villalobos, M.M. (2001). *Enfermería desarrollo Teórico e Investigativo*. Ed. Unibiblios. Bogotá.

- Revista Enfermería (2007) Universitaria ENEO-UNAM Vol. 4 No 3 Año 4 Septiembre – Diciembre.
- Armendáriz, O.A.M (2007) Teorías de Enfermería y su relación con el Proceso de Atención de Enfermería. Aventuras del Pensamiento. SynthesiS
- PiSa® (2011) Manual de Enfermería. Principales Procesos Asistenciales de Enfermería. Segunda edición. México
- Pereda, A. M. (2011). Explorando la Teoría General de Enfermería de Orem. Enfermería Neurol. Recuperado de <http://www.medigraphic.com>.
- Orem, D. E. (1993). Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Masson-Salvat. Barcelona.
- Maslow, A. (2003) Teorías de la Personalidad. Consultado el 20 de agosto de 2014 de <http://webscape.ship.edu/cgboer/maslowesp.html>
- Potter, P.A. (2001) Fundamentos de enfermería, 2 vols., 5a ed. Elsevier. España
- Acevedo, M. (2008) Proceso de Enfermería. Universidad del Este. Recuperado de <http://www.suagm.edu>
- Rosales B.S. (2004). Fundamentos de Enfermería., 3ª ed. Manual Moderno. México.
- Smith S.F. (2009). Técnicas de enfermería clínica. De las técnicas básicas a las avanzadas Vol 1. Pearson Educación S.A. Madrid España.
- Facultad de Enfermería (2004) Proceso de Enfermería. Universidad Autónoma de Yucatán. Consultado el 22 de agosto de <http://www.uady.mx>
- Alfaro-LF.R. (2003). Aplicación del Proceso Enfermero. Elsevier. España.
- Comisión Permanente de Enfermería. (2010) Lineamiento General para la elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx>
- NANDA International. (2005-2006). NANDA, Diagnósticos de enfermería. Definiciones y Clasificaciones. Elsevier. Barcelona
- Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (2005).Cuarta edición. Elsevier. España
- Clasificación de Resultados (NOC) (2005). Tercera Edición. Elsevier. España.
- Kidney International Supplements. (2013) Chapter 1: Definition and classification of CKD. Consultado el 22 de septiembre de 2014 de <http://www.kidney-international.org>
- KDIGO Clinical Practice Guideline For Acute Kidney Injury. (2012). Kidney Disease Improving Global Outcomes. Reino Unido
- Glassock RJ, Winearls C. (2008). An epidemic of chronic kidney disease: fact or fiction? Nephrol Dial Transplant. Editorial Review. Guatemala Administrative Account on.
- Bermejo Rubio Natalia. (2014). Insuficiencia Renal Crónica. Universidad de Alcalá de Henares. Consultado el 22 de septiembre de 2014 de <http://www.webconsultas.com/insuficiencia-renal-cronica>
- Gutiérrez VI y cols. (2003) Fisiopatología del síndrome urémico. MG Rev Hosp Gral Dr. M Gea González. México.

- Perazella MA, Khan S. (2006). Increased mortality in chronic kidney disease: a call to action. *Am J Med Sci.* R.
- Tonelli M. (2006). Chronic Kidney Disease and Mortality Risk: A Systematic Review. *J Am Soc Nephrol.* 2006.
- De Francisco AL, Pinera C. (2006). Challenges and future of renal replacement therapy. *Hemodial Int.* Jan. 2006.
- Pierratos A. (2005). Quotidian dialysis--update 2005. *Curr Opin Nephrol Hypertens.*
- Nielsen M. (2012) *Atlas de Anatomía Humana.* Editorial Médica Panamericana. Utah.
- Doneersberger A.B. (2012) *Libro de laboratorio de Anatomía y Fisiología.* Editorial Paidotribo. Barcelona.
- Montoya M.A. (2010) *La relajación en el cuidado de la salud.* UNAM – ENEO – SUA. México
- Chopra, D. (2001). *Cuerpos sin edad, mentes sin tiempo. Modifique su proceso de envejecimiento descubriendo la poderosa relación mente cuerpo.* Barcelona: Impreso por Mateu Cromo.
- Sri Sri Ravi Shankar (2014) *Meditación y sueño: similares pero diferentes.* Consultado el 13 de noviembre de <http://www.artofliving.org>