

UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
AREA ACADEMICA DE ENFERMERIA



**PROCESO ATENCION ENFERMERIA EN
PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL
CRONICA SOMETIDO A TRATAMIENTO
SUSTITUTIVO EN HEMODIALISIS**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIATURA EN
ENFERMERIA

PRESENTA:

P.L.E: DIAZ RODRIGUEZ ANGELICA YASMIN

ASESOR:

MCE. EVILA GAYOSSO ISLAS

PACHUCA DE SOTO; HGO

12 DE JUNIO DEL 2009

AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a DIOS por haberme permitido llegar a culminar una de las mas importantes metas en mi vida, por que en cada momento me demostró su amor con todas las bendiciones que ahora tengo, gracias por permitirme vivir todas estas experiencias y estando en los momentos mas bellos a si como en los ratos difíciles siempre reafirmando mi fe, siendo tu mi camino, la verdad, la sabiduría y la vida.

A mi Asesora La M.C.E. Evila Gayosso Islas por su valioso tiempo, por la ayuda incondicional que me brindo tanto en la carrera profesional como en la elaboración de mi Proceso Atención Enfermería, principalmente por transmitirme su espíritu de dedicación y perseverancia. Mi agradecimiento

DEDICATORIA

A mi padre VICTOR DIAZ HERNANDEZ porque siempre estuvo a mi lado para ofrecerme su apoyo incondicional, me demostró que con trabajo y dedicación se supera toda adversidad. Sin pensar en si mismo siempre me otorgo lo mejor que pudo, y a pesar de los errores que cometí creyó en mi.

A mi madre YOLANDA RODRIGUEZ LOPEZ me enseñó que con la fe se supera cualquier obstáculo cual grande que sea. Izo de mí una mujer autosuficiente y fuerte, fue siempre mi mano derecha en toda la trayectoria de mis metas y sueños, estuvo siempre para alentarme en los momentos más difíciles de mi vida.

A mis hermanos VÍCTOR MANUEL DIAZ RODRÍGUEZ y LUIS ALBERTO DIAZ RODRÍGUEZ. Por su gran ayuda y apoyo moral que me brindaron en todo momento.

A mí querida Hija DANIELA GERALDINE CHAVEZ DIAZ por ser mi motivación, alegría y vida por darme la dicha de ser madre.

LOS AMO FAMILIA..

ÍNDICE

	Paginas
I. INTRODUCCION.....	4
II. JUSTIFICACION.....	5
III. OBJETIVOS	
Objetivo General.....	6
Objetivo especifico.....	7
IV. MARCO TEORICO	
Conceptualización de Enfermería.....	8
Historia de la Enfermería.....	10
Metaparadigma.....	12
Teoría General de autocuidado.....	15
Anatomía y fisiología del riñón.....	20
Enfermedad Renal Crónica.....	23
V. METODOLOGIA.....	32
VI. PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA.....	34
VII. BIBLIOGRAFIA.....	63
VIII. GLOSARIO.....	65
IX. ANEXOS.....	68

I. INTRODUCCIÓN

Enfermería es una ciencia reconocida desde mediados del siglo pasado y posee un cuerpo teórico conceptual propio de actuación: el Proceso Atención de Enfermería que incluye técnicas y procedimientos particulares dirigidos al cuidado de las personas para la conservación de la salud, que sustenta sus principios y objetivos, se encuentra en constante renovación a través de la investigación científica; posee además un método científico.

Al aplicar el método científico de actuación (Proceso de Atención de Enfermería) el profesional debe reconocer a la persona, la familia o grupo social, en su contexto y características individuales para realizar una valoración holística adecuada que le permita identificar sus necesidades y problemas, para ello crea un plan de cuidados que ayuda a satisfacer esas necesidades y resolver los problemas. Este debe estar dirigido a mantener y preservar la integridad física, sus creencias y valores personales.

En los últimos años, la enfermería ha logrado un amplio desarrollo intelectual a través del empleo de teorías y modelos de enfermería en la educación, práctica e investigación, es por ello que este Proceso Atención de Enfermería está basado en la *Teoría del Autocuidado de Dorotea E. Orem*.

El Proceso Atención Enfermería se enfoca al cuidado de la paciente con Enfermedad Renal Crónica, problema de salud que cada día va en aumento a nivel Mundial, Nacional y Estatal.

Este trabajo aborda aspectos teórico-metodológicos encaminados a la identificación de necesidades y resolución de problemas, con la aplicación del Proceso Atención de Enfermería, el trabajo se presenta en tres capítulos, el primero está dirigido a los objetivos que sustentan el estudio, el segundo la metodología y el tercer capítulo aborda el marco teórico basado en el Proceso Atención de Enfermería.

II. JUSTIFICACIÓN

La salud en México, representa un reto para todos, siendo varios los problemas que la afectan, entre los que destacan: la crisis económica, política y social; la insuficiencia de las respuestas institucionales ante el crecimiento y evolución de los problemas que enfrenta sector salud y la falta de equidad, eficiencia y eficacia de las acciones de promoción que revelan la necesidad de nuevas orientaciones en la forma de entrega de servicios de salud.

Se Analizan las causas de morbimortalidad y se observa, que cada día adquieren mayor importancia las enfermedades crónico-degenerativas las cuales irán en aumento a medida que crece la población de riesgo, siendo una de estas las insuficiencia renal crónica.

La enfermedad renal crónica (ERC) se ha convertido en los últimos años en un problema de salud pública a nivel mundial. Se ha observado un incremento progresivo en su prevalencia en las últimas décadas, sobre todo en los países desarrollados, que ha obligado incluso a planes de intervención nacionales y estatales. La incidencia de nuevos pacientes con enfermedad renal crónica Terminal (ERCT) va en aumento en los últimos años. Más de 100 mil personas padecen insuficiencia renal crónica en México. La diabetes mellitus y la hipertensión arterial son las dos causas más frecuentes de insuficiencia renal. La estadística 2008 de muestra que hay en nuestro país 8.3 millones de personas con Insuficiencia Renal aguda y 102 mil personas con Insuficiencia Renal Crónica.

Por lo que es necesario que el profesional de enfermería de respuesta a las necesidades y problemas de salud que presenta el individuo, a través del proceso atención de enfermería, este demuestra que los cuidados de enfermería están basados en conocimientos científicos y que permiten dar atención oportuna personalizada, humanizada, continua y eficiente.

El proceso Atención de enfermería es un método de atención planificado, organizado, da atención de enfermería que asegura la calidad de los cuidados, cubriendo las necesidades y resolviendo los problemas de salud

El presente Proceso Atención de Enfermería se elaboro con la finalidad de que el agente de autocuidado con enfermedad renal crónica se desarrolle con una calidad de vida adecuada, se encuentre física, psicológica y emocionalmente estable, que el agente de cuidado terapéutico (profesional de enfermería) realice la planeación y organización de los cuidados para disminuir el déficit de autocuidado y desarrollar capacidades de autocuidado en el paciente.

III. OBJETIVO GENERAL

La paciente con Enfermedad renal crónica terminal, sometida a tratamiento de hemodiálisis lograra mantener mejores condiciones físicas, psicológicas y emocionales, a través de la atención y cuidado de enfermería desarrollando y mejorando las capacidades de autocuidado, alcanzando así una mayor calidad de vida.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. El agente de autocuidado lograra tener mejores condiciones de salud aplicando el Proceso Atención de Enfermería basada en la Teoría del Déficit de Autocuidado.
2. El agente de autocuidado participara activamente en su valoración para identificar necesidades y problemas.
3. El agente de autocuidado será capaz de desarrollar estrategias de soporte psicológico para elevar la autoestima y desarrollar capacidades de autocuidado.
4. El agente de cuidado terapéutico (profesional de enfermería) mejorara la calidad de atención en pacientes con enfermedad renal crónica que se someten a tratamiento de hemodiálisis con una mejor calidad de atención individualizada.

IV. MARCO TEORICO

CONCEPTUALIZACION DE ENFERMERÍA

La enfermería como actividad, ha existido desde el inicio de la humanidad. Dentro de la especie humana siempre hay personas incapaces de valerse por sí mismas y se ha visto la necesidad de cuidar de ellas.

En relación con la función profesional y cómo debe desarrollarse esta, surge a partir de los años 50, las teorías y modelos de enfermería son 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.

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.

Hildegarden Peplau. 1952 PSICODINÁMICA

Los cuidados en Enfermería psicodinámica exige ser capaz de comprender nuestra propia conducta para poder ayudar a otros a identificar las dificultades percibidas y aplicar principios de relaciones humanas a los problemas que surgen a todos los niveles de experiencia. La enfermería es un importante proceso interpersonal y terapéutico. Funciona en términos de cooperación con otros procesos humanos que hacen de la salud una posibilidad para los individuos en las comunidades.

Virginia Henderson. 1955 NECESIDADES BÁSICAS

La función única de enfermería es asistir al individuo sano o enfermo en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a la salud o recuperación (muerte tranquila) para que pueda ejecutarlas sin ayuda y si tiene la fortaleza, deseo y conocimiento para hacerlo de tal forma que le ayude a ganar independencia en su cuidado propio lo mas pronto posible.

Florence Nightingale. 1859 ENTORNO

La encargada de la salud personal de alguien, lo que la enfermería tiene que hacer es poner al cliente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre el, la que colabora para proporcionar aire fresco, calor, higiene, tranquilidad. La que facilita la reparación de una persona

Martha Rogers. 1964 SERES HUMANOS UNITARIOS

Una ciencia con un conocimiento organizado de conocimientos abstractos, a la que se ha llegado por la investigación científica y el análisis lógico, es un arte en el uso imaginativo y creativo del conjunto de conocimientos al servicio del ser humano

Dorothy Johnson. 1968 SISTEMA CONDUCTUAL

Una fuerza reguladora externa que actúa para conservar la organización e integración de la conducta del cliente a un nivel óptimo, en aquellas ocasiones en las que la conducta constituye una amenaza para la salud física o social, o en las que existe una enfermedad.

Betty Newman. 1972 SISTEMAS

Se ocupa de mantener estable el sistema del cliente mediante la precisión en la valoración de los efectos y de los posibles efectos de los factores de estrés ambientales, y de ayudar a los ajustes de clientes necesarios para un nivel óptimo de bienestar.

Imogene King. 1971 SISTEMAS DE INTERACCION

Un proceso de acción, reacción e interacción, por el cual cliente y profesional de enfermería comparten información sobre sus percepciones en la situación de enfermería; incluye la promoción de la salud, el mantenimiento y restablecimiento de la salud, el cuidado del enfermo y del lesionado y la atención al moribundo.

Dorothea Orem. 1971 AUTOCUIDADO

Una preocupación especial por las necesidades del individuo, para las actividades de autocuidado y su prestación y tratamiento de forma continuada, para mantener la vida y la salud, recuperarse de enfermedades o de lesiones y enfrentarse a sus efectos.

HISTORIA DE ENFERMERÍA

En siglos pasados a nivel mundial los cuidados de enfermería eran ofrecidos por voluntarios de escasa formación, generalmente mujeres religiosas, en ocasiones también órdenes militares ofrecían atención de enfermería. En Europa la enfermería fue considerada como ocupación de bajo estatus.

Florence Nightingale (1820-1910), a quien se le atribuye la profesionalización de la enfermería, habla ya de la vocación en la enfermería, nace la primera escuela de enfermería, además publica el libro *Notas de Enfermería*. Programa de estudios teóricos y prácticos durante tres años, escribe contenidos profesionales de enfermería, establece como y que debe hacer una enfermera, plantea que las enfermeras tienen un papel propio que cumplir.

El arte del cuidado es la utilización creadora y estética de la ciencia de enfermería. Se manifiesta en la relación interpersonal y en la utilización de diversas técnicas y procedimientos, donde se vinculan la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis, la aplicación del conocimiento, el juicio crítico y la intuición que permiten crear el cuidado.

La Enfermería como ciencia humana práctica, es un conjunto organizado de conocimientos abstractos, avalados por la investigación científica y el análisis lógico. Cuenta con teorías y modelos que le proporcionan el marco teórico necesario para perfeccionar su práctica diaria, a través de la descripción, predicción y control de los fenómenos.

El cuerpo de conocimiento de enfermería surge de teorías generales de aplicación de diversas ciencias, de fundamentos de otras disciplinas y de conceptos propios que le dan categoría de profesión independiente.

La ciencia de la enfermería se basa en un amplio sistema de teorías que se aplican a la práctica en el Proceso de Atención de Enfermería, al proporcionar el mecanismo a través del cual el profesional utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas humanas de la persona, la familia o la comunidad. *Roger* en 1967 planteó: "Sin la ciencia de la Enfermería no puede existir la práctica profesional".

La filosofía de Enfermería comprende el sistema de creencias y valores de la profesión, incluye también una búsqueda constante de conocimientos, y por tanto, determina la forma de pensar sobre los fenómenos y en gran medida, de su manera de actuar, lo que constituye un elemento de vital importancia para la práctica profesional.

La práctica de Enfermería puede ser concebida como un campo de experiencia, donde se incluyen las creencias y los valores arraigados en lo esencial de la disciplina, la aplicación de conocimientos, así como el ejercicio de un juicio clínico que lleva a una intervención reflexionada.

Desde los postulados de *Florence Nightingale* ha transcurrido más de un siglo, durante el cual varias enfermeras fueron esclareciendo la esencia y razón de la Enfermería, mediante la elaboración de un marco conceptual, una teoría y una filosofía del cuidado, intentando precisar su propia área de investigación y de la práctica.

Una práctica es científica cuando sus actuaciones se basan en teorías que han sido desarrolladas científicamente, y se aplican mediante un método sistemático para resolver los problemas de su área de competencia.

La práctica científica de la Enfermería requiere la adopción de una teoría que dé significado a la realidad donde se ejecutan los cuidados, y un método sistemático para determinar, organizar, realizar y evaluar las intervenciones de Enfermería.

Hoy día con el nivel de desarrollo de la disciplina, la práctica científica de la Enfermería adopta, como referencia teórica, un modelo de cuidados y como metodología, el Proceso de Atención de Enfermería. Ambos significan la epistemología de Enfermería, entendidos como sus fundamentos y su método del conocimiento.

Podemos plantear que es una ciencia que requiere destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas, que se aplican a través de un método científico de actuación, con carácter teórico-filosófico, que guía y respalda cada uno de sus componentes, sustentado por investigaciones que regulan la práctica profesional.

Aunque existen varias vías para enriquecer el cuerpo de conocimientos de la ciencia de enfermería, es la investigación el proceso principal, a través del cual se arriba a ella.

El cuidado sigue siendo la razón de ser de la profesión y constituye su objeto de estudio, por lo que se hace necesario convertirlo en el centro de interés de la investigación en la enfermería. Ello permitirá consolidar científicamente su cuerpo de conocimientos, así como los fundamentos y principios en los que se basan la educación, la gestión y la asistencia de enfermería.

METAPARADIGMA

TEORIA DEL AUTOCUIDADO

El paradigma es una declaración o un grupo de declaraciones que identifican los fenómenos relevantes para esa disciplina y las proposiciones generales que describen las relaciones entre ellos, es un elemento transitorio, y estratégico para la formación de la teoría, actúa como un marco de referencia, del cual se derivan estructuras específicas y restrictivas

Los 4 conceptos metaparadigmáticos 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.

A la manera particular con que las enfermeras abordan la relación entre el cuidado, la persona, la salud y el entorno, es que se clasifica el campo de la disciplina científica de la enfermería.

*** PERSONA:**

1. Orem define como el paciente (receptor del cuidado enfermero): un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas, sociales, y con potencial para aprender y desarrollarse.
2. Es un individuo sujeto a las fuerzas de la naturaleza, con capacidad para autoconocerse, que puede realizar una acción deliberada, interpretar experiencias y llevar a cabo acciones beneficiosas.
3. Es un individuo que puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; si por alguna razón la persona no puede aprender las medidas de autocuidado, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados

Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

*** SALUD:**

1. Orem la describe como un estado caracterizado por la firmeza o totalidad de la estructura y el funcionamiento corporal; la enfermedad es lo contrario.
2. Consta de aspectos físicos, psicológicos, interpersonales y sociales; según Orem, estos aspectos son inseparables.
3. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual. El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

*** ENFERMERÍA:**

1. Orem la considera como un servicio dirigido a la ayuda de uno mismo y de otros.
2. Se necesita de ella cuando la demanda de autocuidado terapéutico necesita para satisfacer los requisitos de autocuidado supera a la agencia de autocuidado.
3. Finalmente, promueve al paciente como agente de autocuidado.
4. Tiene varios componentes: arte enfermo, prudencia enfermera, servicio enfermero, teoría de rol y tecnologías especiales.
5. Considera el arte enfermero como la base teórica de la enfermería y de otras disciplinas, como las ciencias, las artes y las humanidades
6. Describe la prudencia enfermera como la cualidad que permite a la enfermera buscar consejo en situaciones nuevas o difíciles, para realizar juicios correctos, decidir actuar de un modo en particular.
7. Contempla el servicio enfermero como un servicio de ayuda; orem describe la capacidad de la enfermera como la AGENCIA DE ENFERMERIA.
8. Define la teoría del rol como las conductas esperadas de la enfermera y del paciente en una situación específica; los roles de la enfermera y del paciente son complementarios, trabajando juntos para alcanzar el autocuidado.
9. Utiliza tecnologías especiales, entre ellas tecnologías sociales e interpersonales (comunicación, coordinación de relaciones entre grupos, establecimiento y mantenimiento de relaciones terapéuticas, y prestación de asistencia) y tecnologías reguladoras (mantenimiento y promoción de los procesos de vida, regulación de las formas psicológicas de funcionamiento, y promoción del crecimiento y el desarrollo).
10. Utiliza uno o más de los sistemas de enfermería (totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio, de apoyo-educativo) designado por una enfermera en razón de las necesidades y las capacidades de autocuidado del paciente.

11. Puede utilizar métodos de ayuda en cada uno de los sistemas de enfermería (actuar por o hacer para otro, guiar, apoyar o enseñar a otro; y proporcionar entorno que fomente el desarrollo personal para satisfacer las demandas actuales o futuras).
12. Consta de tres pasos: determinar por que el paciente necesita cuidados; designar un sistema de enfermería y planificar la administración de los cuidados. El condicionar y controlas las acciones enfermeras.

Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por si mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

ENTORNO

1. Consta de factores ambientales (no definidos por OREM, pero interpretados por otros como externos a la persona), elementos ambientales. (alrededores psicosociales y físicos externos) y ambiente de desarrollo (promoción del desarrollo personal mediante la motivación para establece metas apropiadas y adaptar la conducta para la satisfacción de estas metas; incluyen la formación o el cambio de actitudes y valores, creatividad, autoconcepto y desarrollo físico)
2. puede afectar, de forma positiva o negativa, a las capacidades de una persona para promover su autocuidado.

TEORÍA GENERAL DEL AUTOCUIDADO

La Teoría del Autocuidado, tiene su origen en una de las más famosas teoristas norteamericana, **Dorotea Orem**, nacida en Baltimore, Estados Unidos. "El autocuidado es una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia si mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar. (Orem)

El concepto básico desarrollado por Orem: El autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma.

Uno de los supuestos que de aquí se desprenden es que todos tenemos la capacidad para cuidarnos y este autocuidado lo aprendemos a lo largo de nuestra vida; principalmente mediante las comunicaciones que ocurren en las relaciones interpersonales.

La Teoría General de Autocuidado, se constituye a su vez de 3 subteorías, estas son:

- a) Teoría del Autocuidado
- b) Teoría del Déficit de Autocuidado
- c) Teoría de los Sistemas de Enfermería (anexo no. 1 Y 2)

Teoría del Autocuidado

Esta teoría señala que los individuos realizan acciones aprendidas para si, es así como las personas desarrollan prácticas de autocuidado que se transforman en hábitos, que contribuyen a la salud y el bienestar. Todas estas actividades son medidas por la voluntad, son actos deliberados y racionales.

Factores Condicionantes Básicos

Se refieren a las características de todo individuo que incluyen propiedades específicas, las cuales son afectadas por factores ambientales y humanos.

- Edad
- Sexo
- Estado de desarrollo
- Estado de salud
- Orientación socio-cultural
- Factores del sistema de cuidados de salud
- Factores del sistema familiar
- Factores ambientales

- Disponibilidad y adecuación de recursos
- Patrón de vida

Para lograr el propósito de mantener nuestro bienestar, salud y desarrollo, todos los seres humanos tenemos requisitos que son básicos y comunes a todos, según esta autora existen tres grandes grupos de requisitos:

- Requisitos Universales
- Los Requisitos del Desarrollo
- Requisitos de Atención o Desviaciones de Salud

Requisitos Universales

Requisitos universales del autocuidado son comunes a todos los seres humanos e incluyen la conservación del aire, agua, alimentos, eliminación, la actividad y el descanso, soledad e interacción social, la prevención de riesgos y promoción de la actividad humana.

Estos ocho requisitos representan los tipos de acciones humanas que proporcionan las condiciones internas y externas para mantener la estructura y la actividad, que a su vez apoyan el desarrollo y la maduración humana. Cuando se proporciona de forma eficaz, el autocuidado o la asistencia dependiente organizada en torno a los requisitos universales, fomenta positivamente la salud y el bienestar.

Requisitos:

- Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire.
- Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.
- Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos
- Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal
- Equilibrio entre actividades y descanso.
- Equilibrio entre soledad y la comunicación social,
- Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y trato del logro de la Normalidad.

Los Requisitos del Desarrollo

Promueven procedimientos para la vida y para la maduración y previenen las circunstancias perjudiciales para esa maduración o mitigan sus efectos.

Son etapas específicas del desarrollo que representan soporte y promoción de procesos vitales, que pueden afectar el desarrollo humano, son los requisitos determinados por el ciclo vital. Estos requisitos de autocuidado son aquellos derivados del desarrollo, porque varían en períodos específicos del ciclo vital y pueden afectar positiva o negativamente.

Etapas del desarrollo donde se presentan cambios en los requisitos:

- Lactante
- Pre-escolar
- Escolar
- Adolescencia
- Adulto Joven
- Adulto Medio
- Adulto Mayor

Alteraciones o Desviaciones de Salud

La enfermedad o lesión no sólo afecta a las estructuras y/o mecanismos fisiológicos o psicológicos sino al funcionamiento humano integrado. Cuando éste está seriamente afectado la capacidad de acción desarrollada daña de forma permanente o temporal, también el malestar y la frustración que resultan de la asistencia médica originan desviación de la salud..

Teoría del Déficit de Autocuidado

La teoría del déficit de autocuidado desarrolla las razones por las cuales una persona puede beneficiarse de la agencia de enfermería, mientras sus

Acciones están limitadas por problemas de salud o de cuidados sanitarios, lo que les hace total o parcialmente incapaces de descubrir sus requisitos actuales y emergentes que han de satisfacer en el cuidado de sí mismos o de quienes están a su cargo. Déficit de autocuidado es por tanto la falta o una capacidad no adecuada del individuo para realizar todas las actividades necesarias que garanticen un funcionamiento (pro) saludable. Con el fin de ayudar a definir la magnitud de la responsabilidad de enfermería, las funciones y acciones de pacientes y enfermeros, Orem diseñó la teoría de los sistemas de enfermería, la más general de sus teorías, que incluyen todos los términos esenciales, manejados en la teoría del autocuidado y del déficit del autocuidado.

Teoría de los Sistemas de Enfermería

En esta teoría se marcan las pautas que implementan las formas de intervención, en tanto que refiere una serie continua de acciones cuando las enfermeras vinculan su ayuda a las capacidades de la persona para regular sus acciones de autocuidado, esta teoría se subdivide en tres sistemas:

Sistema totalmente compensatorio
Sistema parcialmente compensatorio
Sistema de apoyo educativo

Sistema Totalmente Compensatorio

- Realiza el Cuidado Terapéutico del paciente

- Compensa la incapacidad del paciente para realizar su Autocuidado
- Apoya y protege al Paciente.

Hace por el otro

Sistema Parcialmente Compensatorio

- Realiza algunas de las medidas de Autocuidado por el Paciente
- Compensa las limitaciones del Paciente para realizar su Autocuidado
- Ayuda al Paciente en lo que necesite.
- Regula la acción de Autocuidado.
- Realiza algunas de las medidas de Autocuidado.
- Acepta los cuidados y la asistencia de la enfermera

Hacer con el otro

Sistema de Apoyo Educativo

Este sistema está basado principalmente en procesos de educación, capacitación, práctica sobre el cuidado que requiere el paciente, es necesario evaluar las acciones aprendidas por el paciente para retroalimentarlas.

- Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
- Prevención o control de los procesos de Enfermedad o lesiones.
- Prevención de la incapacidad o su compensación.
- Promoción del bienestar.
- Apoyo de los procesos Físicos, Psicológicos y Sociales esenciales.
- Mantenimiento de la estructura y funcionamiento humano.
- Desarrollo pleno del potencial humano.
- Prevención de lesiones o enfermedades.
- Regular la enfermedad (con ayuda apropiada).
- Regula los efectos de la enfermedad (con ayuda apropiada).

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

- Valoración
- Paso I: Diagnosisticos y prescripción.
- Paso II: Diseño y plan
- Paso III: Regulación y control

VALORACIÓN: que se realiza al paciente se apoya en la entrevista, interrogatorio, exploración física, así permite identificar factores condicionantes básicos, requisitos universales, requisitos del desarrollo y alteraciones o desviaciones de Salud, se analizan los resultados, se identifican los déficit de autocuidado, capacidad de autocuidado de la persona, las prácticas de autocuidado que hace la persona, inferir entre las capacidades y las limitaciones de autocuidado ,determinar la relación entre la toma de decisión

del autocuidado y las acciones de autocuidado, determinar el conocimiento, capacidad y deseo de autocuidado, evaluar lo que la persona puede, no puede y debería hacer para satisfacer las necesidades de autocuidado.

PASO I: DIAGNOSTICO Y PRESCRIPCIÓN

Se valora la demanda terapéutica (identificación de necesidades y problemas), se elaboran los diagnósticos, se establecen objetivos, se analizan las intervenciones que puedan cubrir las necesidades y resolver los problemas.

PASO II: DISEÑO Y PLAN

Se diseñan las estrategias que permitan jerarquizar las intervenciones, se describen las acciones y se plantea que sistema de enfermería se utiliza para lograr los objetivos planeados y así cubrir las necesidades y resolver los problemas, identificando el déficit de autocuidado, utilizando los métodos de asistencia de enfermería que Orem propone y son:

- A) ayudar en lugar de la persona.
- B) ayudar u orientara la persona.
- C) apoyar física y psicológicamente a la persona.
- D) promover un entorno favorable al desarrollo personal.
- E) enseñar a la persona que se ayuda.

PASO III: REGULACIÓN Y CONTROL

El agente de cuidado terapéutico realiza acciones implementadas, apoyados en los sistemas de enfermería, para cubrir los déficit de autocuidado, evaluando los resultados con los objetivos planteados y valorando si se cubrieron las necesidades, se solucionaron los problemas y/o se programan nuevas intervenciones, evaluar si se recupera la capacidad de autocuidado y/o se desarrollan nuevas acciones de autocuidado.

Control: desarrollar criterios que permitan evaluar la efectividad del plan para avanzar hacia una disminución del déficit de autocuidado y un aumento en la agencia de autocuidado, aplicar estos criterios al evaluar los resultados de cuidados del paciente y familia en términos de los objetivos establecidos, usar los estándares profesionales de la enfermería como marco para evaluar el proceso de brindar cuidados de enfermería y con los resultados implementar nuevas intervenciones. Documentar las observaciones e intervenciones de enfermería realizadas.

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL RIÑÓN

El riñón mide aproximadamente 12 cm. de longitud, 6 cm. de ancho y 3 cm. de espesor. El riñón izquierdo es un poco mayor que el derecho. Los riñones se encuentran por detrás del peritoneo parietal, situados a cada lado de la columna y se extienden desde la última vértebra torácica hasta la tercera vértebra lumbar.

El riñón derecho esta mas abajo que el izquierdo porque el hígado ocupa parte del espacio que hay por encima del primero. En estado normal los riñones se mantienen en posición en virtud de una capsula o atmósfera adiposa abundante. La fascia renal formada de tejido conectivo, fija los riñones a las estructuras adyacentes y ayuda a que conserve su situación normal. (anexo 3)

La masa de la sustancia renal esta constituida por elementos microscópicos denominados **NEFRONA (unidad funcional del riñón)** y que suman 1. 200 000 por riñón.

La forma de la **NEFRONA** adquiere dos formas: cortical y yuxtaglomerular las nefronas corticales se ubican en la corteza y las yuxtaglomerulares junto a la medula . La componen: (anexo 4)

1. *ARTERIA AFERENTE*
2. *ARTERIA EFERENTE*
3. *GLOMERULO*
4. *CAPSULA DE BOWMAN*
5. *TUBULO CONTORNEADO PROXIMAL*
6. *ASA DE HENLE*
7. *TUBULO CONTORNEADO DISTAL*

FUNCIONES DE LOS RIÑONES:

Los riñones realizan funciones excretoras, reguladoras y secretoras:

1. Formación de orina
2. Excreción de productos de desecho
3. Regulación de los electrolitos
4. Regulación del equilibrio ácido básico
5. Control del equilibrio del agua
6. Control de la presión arterial
7. Eritropoyesis
8. Síntesis de vitamina D a su forma activa
9. Secreción de prostaglandinas.
10. Gluconeogenesis.

FORMACION DE ORINA

Las 2 partes principales de la nefrona, esto es la capsula de Bowman con su glomérulo invaginado y los tubulos renales., forman la orina por medio de 3 procesos: **FILTRACION, ABSORCION Y SECRECION.**

FILTRACIÓN GLOMERULAR: el flujo normal de sangre a través de los riñones es cercano a 125 ml/min de plasma. La filtración ocurre a medida que la sangre fluye en los glomérulos a partir de las arteriolas aferentes. El liquido filtrado, también conocido como filtrado o ultrafiltrado, entra en los tubulos renales. Bajo circunstancias normales, cerca del 20% de la sangre que pasa a través de los glomérulos es filtrada hacia las nefronas para sumar cerca de 180 L/ día de filtrado. Este filtrado por lo general consiste de agua, electrolitos y otras moléculas pequeñas debido a que estos elementos si pueden pasar; en tanto que las moléculas de mayor tamaño permanecen en el torrente sanguíneo.⁴

ABSORCIÓN DE EL ASA DE HENLE: Las asas de Henle se encuentran en la medula renal y son tubos largos, estrechos y en forma de U que funcionan como mecanismo a contracorriente. Básicamente ese mecanismo es un dispositivo para producir y conservar una concentración elevada de solutos (osmolaridad elevada) en el liquido intersticial de la medula renal. Lo hace mediante el transporte activo de cloruro de sodio hacia el liquido intersticial medula desde el liquido tubular del segmento grueso de la rama ascendente del asa de Henle.

ABSORCIÓN DESDE LOS TUBULOS DISTAL Y COLECTOR: Los tubulos distales, al igual que los tubulos proximales, absorben sodio pero en cantidades mucho menores.

EXCRECIÓN DE PRODUCTOS DE DESECHO: Los riñones funcionan como los principales organos excretores del cuerpo, pues eliminan los productos del metabolismo corporal. El principal de estos productos es la UREA, de la cual se producen y excretan unos 25 a 30 g al dia. Toda la urea debe excretarse en la orina, de lo contrario, se acumula en los tejidos corporales. También hay otros productos del metabolismo de las proteínas que deben excretarse, como creatinina, fósforo y sulfatos.

REGULACIÓN DE LA EXCRECIÓN DE ELECTROLITOS: Cuando los riñones tienen un funcionamiento normal, el volumen de electrolitos excretado cada día es exactamente igual al volumen ingerido.

SODIO: mas de 99% del agua y sodio filtrados en los glomérulos se reabsorbe hacia la sangre y no forma parte de la orina que sale del cuerpo. Los riñones, al regular la cantidad de sodio reabsorbido y por lo tanto de agua, pueden hacer lo propio con el volumen de líquidos corporales.

POTASIO: es el **Ion** intracelular más abundante, con cerca de 98% del potasio corporal total localizado en el interior de las células. Para mantener un equilibrio normal de potasio en el cuerpo, los riñones se encargan de excretar más del 90% del consumo diario total del potasio.

REGULACIÓN DE LA EXCRECIÓN DE AGUA: Una persona sana bebe cerca de 1 a 2 L diarios de agua, de los cuales normalmente se excretan en la orina unos 400 a 500 ml. El resto se pierde por la piel, los pulmones durante la respiración y en las heces.

OSMOLARIDAD: el grado de dilución o concentración de la orina puede medirse en terminos de su osmolaridad, o sea la cantidad de materiales de sólidos (electrolitos y otras moléculas) disueltos por kilogramo de orina. El filtrado de los capilares glomerulares normalmente tiene la misma osmolaridad que la sangre, es decir unos 300 mosm/L).

AUTORREGULACIÓN DEL LA PRESIÓN ARTERIAL: Es otra de las funciones del sistema renal. Cuando se reduce la presión arterial, la hormona conocida como renina es secretada por las células yuxtglomerulares especializadas cerca de la arteriola aferente, tubulo distal y arteriola eferente. Una enzima convierte la renina en angiotencina I, que a su vez se convierte en angiotensina II , el vasoconstrictor mas poderoso que se conoce.

ENFERMEDAD RENAL CRONICA

La ERC se define como la existencia de lesión renal o filtrado glomerular (FG) <60 ml/min/ $1,73$ m² durante un período 3 meses. En las guías clínicas publicadas por la National Kidney Foundation se establece el concepto de ERC, su estratificación según el filtrado glomerular, los factores de riesgo acompañantes y las actuaciones propuestas en cada fase. La distinción entre ERC e IRC pretende alertar del riesgo de progresión de la insuficiencia renal, cuando existe lesión renal crónica y factores predisponentes, aún con función renal normal. En sentido estricto, toda disminución del FG inferior a la normalidad podría considerarse como insuficiencia renal. Pero a efectos prácticos se entiende por insuficiencia renal un FG <60 ml/min/ $1,73$ m², que corresponde a las fases 3, 4 y 5.

Determinación del filtrado glomerular

1.- aclaración de creatinina endógena (con recolección de orina en 24 horas):
FG= Vol. orina (ml/min) x (creatinina orina / creatinina serica)
El resultado se debe estandarizar a la superficie corporal (SC), multiplicado por $1.73/SC$.

Estratificación de la enfermedad renal crónica NKF-K/DOQI

Fase	Descripción	FG (ml/min/ 1.73 m ²)	Actuación
1	Lesión renal con FG normal o aumentado	>90	Diagnostico y tratamiento Reducir el riesgo cardiovascular
2	Lesión renal con ↓ FG leve	60-89	Estimar la progresión
3	↓ FG moderada	30-59	Evaluar y tratar complicaciones
4	↓ FG severa	15-29	Preparación par el tratamiento sustitutivo
5	Insuficiencia o fallo renal	<15	Tratamiento sustitutivo(si uremia)

Fuente: Guías NKF-K/DOQI (2008)

ETIOLOGÍA:

AGENTES BIOLÓGICOS

- Glomerulonefritis.
- Pielonefritis crónica retractsil.
- Cuadros repetidos de amigdalitis por Estreptococo Beta H.

AGENTES FÍSICOS

- Nefritis por Radiacion.

AGENTES QUÍMICOS

- Nefropatía de la colagena.
- Lupus Eritematosa Sistemico.
- Poliartritis nodosa.
- Dermatomiosis.
- Esclerosis sistémica progresiva.
- Nefroangioesclerosis.
- Nefropatía diabética o túbulo intersticial.
- Anomalías congénitas: (riñón poliquisticos, hiperplasia renal, enfermedad quística medular, riñón alport).

EXÓGENOS:

- Nefropatías por analgésicos.
- Nefropatías por sustancias y medicamentos nefrotoxicos: Kanamicina, colistina, cefaloridina, neomicina.
- Consumo excesivo de medicamentos alcalinos.
- Consumo excesivo de productos lácteos (todos los derivados de la leche).

AGENTES MECÁNICOS:

- Traumatismos de diferentes formas.
- Quemaduras externas.

Progresión de la insuficiencia renal

La reducción de la masa nefrótica desencadena una serie de cambios adaptativos en las nefronas restantes. A nivel glomerular, se produce vasodilatación de la arteriola aferente, aumento de la presión intraglomerular y aumento de la fracción de filtración. Todo ello, aunque inicialmente es un mecanismo de compensación, va seguido de proteinuria, hipertensión e insuficiencia renal progresiva.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Los síntomas iniciales pueden ser los siguientes:

- Fatiga
- Hipo frecuente
- Sensación de malestar general
- Picazón generalizada (prurito)
- Dolor de cabeza
- Náuseas, vómitos
- Pérdida de peso involuntaria

Los síntomas tardíos pueden ser los siguientes:

- Sangre en el vómito o en las heces .
- Disminución de la lucidez mental, incluyendo somnolencia, confusión, delirio o coma.
- Disminución de la sensibilidad en las manos, los pies u otras áreas.
- Tendencia a la formación de hematomas o sangrado.
- Aumento o disminución del gasto urinario .
- Calambres o fasciculaciones musculares.
- Convulsiones.
- Cristales blancos en y sobre la piel (escarcha urémica).

Otros síntomas que también pueden estar asociados con esta enfermedad son:

- Piel anormalmente oscura o clara
- Agitación
- Aliento fuerte
- Nicturia
- Sed excesiva
- Hipertensión arterial
- Pérdida del apetito
- Palidez

DIAGNOSTICO:

ANÁLISIS DE ORINA: Un **análisis de orina** puede revelar **proteína** u otras anomalías. Un análisis de orina puede mostrar resultados anormales desde 6 meses hasta 10 años o más antes de que aparezcan los síntomas.

- Niveles de creatinina que aumentan de manera progresiva
- BUN que aumenta de forma progresiva
- Capacidad de eliminación de la creatinina que disminuye de manera progresiva
- Examen de potasio que puede mostrar niveles elevados
- Gasometría arterial y análisis bioquímico de la sangre que pueden revelar acidosis metabólica

PRUEBAS DE FUNCION RENAL: eficacia de la función excretora normal.

Prueba de concentración renal:

Osmolariada urinaria: 300 a 900 mosm/kg/24h.

Prueba de orina en 24 hras. **DEPURACION DE CREATININA:** se mide en ml/min/ 1.73 m².

Pruebas sericas: niveles de creatinina 0.6 a 1.2 mg/dl

Nitrogeno ureico (nitrogeno ureico en sangre) 7 a 18 mg/dl.

BIOPSIA: se utiliza para diagnosticar y valorar la extensión de una enfermedad renal. Las indicaciones para la biopsia incluyen insuficiencia renal aguda inexplicable, proteinuria o hematuria persistentes, rechazo de transplante y glomerulopatias.

RADIOGRAFIA: Radiografía de abdomen o del conjunto de riñones, uréteres y vejiga para delimitar tamaño, forma y posición de los riñones y revelar cualquier anomalía.

ULTRASONOGRAFIA: Para detectar anomalías en los tejidos y órganos internos las estructuras del sistema urinario. Identifica anomalías, como acumulación de líquido, masas, malformaciones congénitas, cambios en el tamaño de los órganos u obstrucciones.

ULTRASONOGRAFIA VESICAL: Método incruento para medir el volumen de orina en la vejiga. Esta indicada para las siguientes situaciones: polaquiuria, incapacidad para orinar después de retirar un catéter urinario a permanencia, medición del volumen residual de orina después de la micción,

TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA E IMAGEN POR RESONANCIA MAGNETICA: Técnicas incruentas que proporcionan excelentes imágenes de cortes transversales del riñón y el tracto urinario. Se utilizan para valorar masas genitourinarias, infecciones renales crónica. Traumatismos renales o del tracto urinario, enfermedad metastasica y anomalías de tejidos blandos.

ANGIOGRAFIA RENAL: El objetivo es observar el riego de la arteria renal. Se utiliza para valorar el flujo de sangre si se sospecha traumatismo renal.

TRATAMIENTO:

Depuración extrarrenal: En la IRC terminal o fase de uremia avanzada el único tratamiento posible es la hemodiálisis o diálisis Peritoneal-o el trasplante renal (donante vivo o cadáver).

DEPURACIÓN EXTRARRENAL

DIÁLISIS PERITONEAL

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

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

Las sustancias de peso molecular elevado no consiguen atravesar el peritoneo.

Utilizando estos principios fisiológicos, la diálisis lo que hace es infundir en la cavidad peritoneal un líquido dializante de composición similar al líquido extracelular, y dejándolo un tiempo en el interior del peritoneo. Siguiendo el gradiente osmótico, se producirá la difusión y osmosis de tóxicos y electrolitos desde la sangre al líquido introducido. (anexo no.5)

TIPOS DE DIÁLISIS

La diálisis peritoneal la podemos dividir en dos grandes grupos: diálisis peritoneal aguda, que se utiliza para solucionar situaciones de urgencia que en principio no tienen riesgo de cronificarse, y es en la que vamos a centrar el capítulo, y diálisis peritoneal crónica, que se utiliza en la insuficiencia renal crónica.

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

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

- Es realizada por una enfermera en una unidad de cuidados intensivos generalmente
- La duración óptima de este tratamiento es de 48-72 horas, ya que se debe usar en procesos agudos que esperamos solucionar con esta técnica
- Se individualizan los líquidos de diálisis y los tiempos de permanencia y drenado

- Se puede realizar de forma manual o con un aparato de ciclos. La máquina de ciclos controla de forma automática los tiempos de permanencia, y tiene una serie de alarmas
- B. Diálisis Peritoneal Crónica: puede realizarse en un centro de día hospitalario o en el domicilio.
 - Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua (DPAC)
 - Se utiliza con pacientes no hospitalizados
 - La puede realizar el propio paciente, y tiene una duración de 7 días, durante las 24 horas
 - Consiste en infundir líquido de 3-5 veces al día, y permanecerá en el interior de la cavidad peritoneal de 4 a 8 horas. Además, suele haber un pase nocturno de mayor duración que el resto. Se utilizan bolsas y tubos desechables en cada drenaje, y la infusión y drenado se realizan de forma manual, aprovechando la fuerza de la gravedad
 - Es más parecida a la función renal ya que es un proceso continuo
 - Diálisis Peritoneal en Ciclos Continuos o Automatizada (DPCC):
 - Utiliza un aparato de ciclos o cicladora (Foto 1:cicladora de diálisis peritoneal), que funciona abriendo y cerrando sistemas, y controla el volumen que se introduce y el tiempo
 - Se realiza generalmente mientras el paciente duerme, de modo que permite más tiempo libre durante el día
 - Existen varias modalidades de este tipo de diálisis: sesiones sólo 2-3 veces por semana en peritoneos de alta permeabilidad, sesiones en las que durante el día el peritoneo está vacío y en otras lleno, etc.
 - Este método requiere menos desconexiones del sistema y por tanto, disminuye el riesgo de infección

TRASPLANTE RENAL

El trasplante de riñón o trasplante renal es el **trasplante** de un **riñón** en un paciente con **enfermedad renal terminal**. Dependiendo de la fuente del órgano receptor, el trasplante de riñón es típicamente clasificado como de donante fallecido, o como trasplante de donante vivo. Los trasplantes renales de donantes vivos se caracterizan más a fondo como trasplante emparentado genéticamente (pariente-vivo) o trasplante no emparentado (no emparentado-vivo), dependiendo de si hay o no una relación biológica entre el donante y el receptor

HEMODIÁLISIS

La hemodiálisis es una técnica mas común en el tratamiento de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, consiste en poner en contacto, a treves de una membrana semipermeable la sangre del paciente con un liquido de diálisis mediante fenómenos de filtración y difusión se produce la depuración de la sangre y la perdida de agua.

PRINCIPIOS BASICO DE HEMODIALISIS

DIFUSION: es el proceso por el cual las partículas en una disolución se mueven de forma espontanea desde un area de concentración mas alta a una de concentración mas baja, es decir, define la tendencia que tienen las partículas a expandirse uniformemente pro una disolución, de forma que su concentracion sea la misma en cualquier area de la disolución.

La hemodiálisis confía en **transporte convectivo** y utiliza el **flujo de contracorriente** en donde, en el circuito **extracorpóreo**, el **dialisato** fluye en la dirección opuesta al **flujo sanguíneo**. Los intercambios de contracorriente mantienen en un máximo el gradiente de **concentración** a través de la membrana y aumentan la eficacia de la diálisis.

ULTRAFILTRACION: es alcanzada alterando la **presión hidrostática** del compartimiento del dialisato, haciendo que el agua en exceso se mueva a través de la membrana a lo largo de un gradiente de presión.

ACCESOS VASCULARES

En hemodiálisis hay tres modos primarios de acceso a la sangre:

- El catéter intravenoso
- La fístula arteriovenosa (FAVI)
- El injerto sintético

El acceso de catéter: llamado a veces un CVC (Central Venous Catheter) (**Catéter venoso central**), consiste en un catéter plástico con dos luces, u ocasionalmente dos catéteres separados, que es insertado en una vena grande (generalmente la **vena cava**, vía la **vena yugular interna** o la **vena femoral**), para permitir que se retiren por una luz grandes flujos de sangre. (anexo 6)

Las fístulas arteriovenosas: son reconocidas como el método de acceso más adecuado. Para crear una fistula se une una **arteria** y una **vena** a través de **anastomosis**. Puesto que esto puentea los **vasos capilares**, la sangre fluye en una tasa muy alta a través de la fístula. Esto se puede sentir colocando un dedo sobre una fístula madura, se percibirá como un "zumbido" o un "ronroneo". Esto es llamado el "trill" ("frémito"). (Anexo 7)

Un injerto arteriovenoso: En la mayoría de los aspectos, los injertos arteriovenosos son bastante parecidos a las fístulas, excepto que una se usa una vena artificial para juntar la arteria y la vena. Estas venas artificiales se hacen de material sintético. (Anexo 8)

MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS

El circuito de sangre consta de una bomba peristáltica que extrae sangre del paciente a través de una línea arterial, la lleva al filtro hemodializador, para luego retornarla al cuerpo humano a través de una línea venosa. El flujo de sangre se regula a través de la velocidad de giro de la bomba peristáltica, que debe controlarse de manera que el flujo corresponda al valor fijado por el médico. Asimismo, en el circuito sanguíneo se usan dos manómetros para medir la presión diferencial a la entrada y salida del filtro hemodializador.

Una de las funciones del riñón es la eliminación de agua del organismo. En la máquina de hemodiálisis esto se logra a través de un adecuado gradiente de presión entre la cámara sanguínea y la cámara de líquido dializante del filtro hemodializador. Este gradiente de presión se conoce como presión transmembrana PTM y puede controlarse a través de una microbomba colocada en la salida del filtro hemodializador, en el lado del circuito del líquido dializante.

Las máquinas de hemodiálisis más recientes del mercado están altamente computarizadas y monitorizan continuamente un conjunto de parámetros de seguridad críticos, incluyendo tasas de flujo de la sangre y la conductividad, la presión sanguínea, el ritmo cardíaco, la conductividad, presión arterial. (Anexo 9)

DIALIZADOR

El dializador, o el riñón artificial, es la pieza del equipo que filtra la sangre. Uno de los tipos más populares es el dializador hueco de fibra, en el cual la sangre corre a través de un paquete de tubos **capilares** muy finos, y el dialisato se bombea en un compartimiento que baña las fibras. El proceso mimetiza la **fisiología** del **glomérulo renal** y el resto de la **nefróna**. Los gradientes de presión son usados para remover líquido de la sangre. La membrana en sí misma a menudo es sintética, hecha de una mezcla de polímeros como polysulfona, o de celulosa.

Los dializadores vienen en muchos tamaños diferentes. Un dializador más grande generalmente se traducirá en un área incrementada de membrana, y por lo tanto en un aumento en la cantidad de solutos removidos de la sangre del paciente. Diferentes tipos de dializadores tienen diversos **aclaramientos**, para diferentes solutos. El dializador puede ser tanto desechado como reutilizado después de cada tratamiento. Hay un procedimiento extenso de **esterilización**. Cuando se reutilizan, los dializadores no son compartidos entre pacientes. ya que este puede transmitir algún tipo de infección que puede ser fatal para el paciente tratado.(anexo 10)

TRATADO DE AGUA (OSMOSIS INVERSA)

El proceso de la osmosis inversa utiliza una membrana semipermeable para separar y para quitar sólidos disueltos, los orgánicos, los pirógenos, la materia coloidal submicro organismos, virus, y bacterias del agua. El proceso se llama osmosis inversa cuando se requiere la presión para forzar el agua pura a través de una membrana, saliendo; las impurezas detrás. La osmosis inversa es capaz de quitar 95%-99% de los sólidos disueltos totales y el 99% de todas las bacterias, así proporcionando un agua segura y pura.

En proceso de la osmosis inversa el agua es forzada a cruzar una membrana dejando las impurezas detrás. La permeabilidad de la membrana puede ser tan pequeña, que prácticamente todas las impurezas, moléculas de la sal, bacterias y los virus son separados del agua.

V. METODOLOGIA

Este Proceso Atención de Enfermería esta basado en la Teoría General de Autocuidado, se realizo en la unidad de hemodiálisis **CENTRO INTEGRAL DE NEFROLOGIA** Boulevard San Javier No. 907 Col. Real del Valle, Pachuca Hgo. C.P. 42086

Se solicito a la Dirección de la unidad de hemodiálisis la autorización para proporcionar los cuidados y atención del paciente con insuficiencia renal crónica, basados en el proceso atención de enfermería.

Teniendo la autorización de la dirección se procede a elegir a una de las pacientes, se informa a ella y a sus familiares del objetivo general de este trabajo, la participación que tendrá la paciente y sus familiares, después de aceptar, se explica en forma general que es el procesos atención de enfermería.

Se inicia con la aplicación de la valoración, utilizando un instrumento basado en la teoría del autocuidado, realizando una valoración completa y sistemática del paciente apoyados en la entrevista para conocer los factores condicionantes básicos, se continua con el interrogatorio valorando los requisitos universales, para evaluar el impacto de la condición del paciente sobre su estilo de vida, exploración física y revisión de estudios de laboratorio y por ultimo los requisitos del desarrollo que permiten identificar alteraciones y/o desviaciones de Salud.

Se identifican los déficit de autocuidado, capacidad de autocuidado de la persona, las prácticas de autocuidado que hace la persona, inferir entre las capacidades y las limitaciones de autocuidado, determinar la relación entre la toma de decisión del autocuidado y las acciones de autocuidado, determinar el conocimiento, capacidad y deseo de autocuidado, evaluar lo que la persona puede, no puede y debería hacer para satisfacer las necesidades de autocuidado.

Identificar las estrategias actuales utilizadas por el paciente para afrontar su situación, conocer el nivel de desarrollo del paciente y de su familia, identificar los sistemas de soporte disponibles para el paciente, identificar y analizar las necesidades de aprendizaje del paciente y de su familia.

Paso I: Diagnostico y Prescripción

Se procede a valorar la demanda terapéutica, elaboración de diagnósticos de enfermería y establecer los objetivos que sean coherentes con las necesidades que se han identificado.

Paso II: Diseño y plan

Se diseña el plan de cuidados, basado en el diagnóstico, objetivos planteados y déficit de autocuidado, se establecen las intervenciones, se describen las acciones y se plantea que el sistema de enfermería se encargara de ejecutarlas, apoyar la toma de decisiones del paciente en relación con sus cuidados.

Paso III: Regulación y control

El agente de cuidado terapéutico realiza acciones implementadas, apoyados en los sistemas de enfermería, para cubrir los déficit de autocuidado, evaluando los resultados con los objetivos planteados.

INSTRUMENTO DE VALORACION DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

OBJETIVO:

Valorar los factores condicionantes básicos, requisitos de autocuidado y requisitos de desviación de la salud para determinar las capacidades de autocuidado del paciente adulto.

I. FACTORES CONDICIONANTES BASICOS

A.- CARACTERISTICAS PERSONALES

Nombre: R. R. L Edad: 24 años Genero: femenino

Estado civil: Soltera

Lugar de residencia: Ixmiquilpan

Nivel educativo: secundaria concluida

Ocupación y horario: al hogar 12 horas

Dependencia económica: ¿de quien depende? hermana

¿Quien depende de usted? Nadie

¿Con quien vive? Hermana, cuñado y sobrinos

¿Edades de las personas con las que vive? 32, 39, 9, 16 años

Actividades recreativas: borda, cose, escribe algunas poesías.

Tienes alguna enfermedad crónica SI aguda no cual Enfermedad Renal Crónica Terminal tiempo de evolución 2 años.

B.- CARACTERISTICAS FAMILIARES

1.-Tipo de familia: Incompleta

2.- ¿Rol del usuario dentro de la familia hermana, hija, cuñada, tía.

3.- ¿Miembro de la familia(o amigos) que es el principal apoyo del usuario? Hermana

4.-¿Como describe la comunicación dentro de la familia? (buena, mala, superficie, conflictiva, regular). Buena

5.-¿En caso de problemas familiares, laborales, etc... a quien recurre? hermana como los afronta platicando, y siempre llegando a una solución principalmente sin angustiarnos.

6.-Dentro de la familia quien es la persona que cubre las siguientes necesidades:

Fisiológicas: paciente

De seguridad (protección): Hermana

De salud: Hermana

Materiales: Hermana.

SITEMA RESPIRATORIO

1.- ¿Presenta tos crónica? Si ___ No X cuales son las causas? _____
¿Cual es su tratamiento? _____
Otros _____

2.- ¿Producción de esputo? Si ___ No X características _____
Cuál es su tratamiento? _____
Otros _____

PIEL:

1.- ¿Cuántas veces se baña a la semana? 5 cambio de ropa a la semana? Diario
2.- ¿Ha presentado lesiones alérgicas? (especifique): NO
3.- ¿Como cuida su piel? Humecto diariamente

SISTEMA CARDIOVASCULAR:

1.- ¿Presenta alteraciones del ritmo cardiaco? Si ___ NO X cual _____
a que lo atribuye _____.

2.- ¿Cómo mejora? _____

3.- ¿Presenta alteraciones de su presión arterial? Si X
No ___ Cuales? hipertensión, y algunas veces hipotensión
¿Esta en tratamiento? NO

SISTEMA VASCULAR PERIFERICO:

1.- Presenta en miembros superiores e inferiores:

Dolor	S	<u>X</u>	No	___
Falta de movimiento	Si	<u>X</u>	No	___
Calambres:	Si	<u>X</u>	No	___
Edema	Si	<u>X</u>	No	___
Hormigueo	Si	___	No	<u>X</u>
Otros	_____			

B.- AGUA:

1.- ¿Cantidad y tipo de liquido que consume al día? De un litro y medio a dos litros diario tipo agua potable o purificada

2.- considera que el agua que consume es acorde a sus necesidades Si X
No ___ No se _____

3.- El agua que consume para beber proviene de: Llave publica ___ pipa X
Entubada ___ garrafón X

4.- ¿Que método utiliza para purificar el agua? Hervirla o clorarla

- 3.- ¿Requiere apoyo de sonda para orinar SI___ NO X
 Presenta dolor en el momento de orinar (disuria) SI___ NO X ¿Cual es la causa? _____
 Sangre en la orina(hematuria) SI___ NO X a que lo atribuye con la mejora _____
- 4.- ¿Cuántas veces evacua al día? 1 características de las heces Normales
 Presenta: diarrea no estreñimiento no hemorroides no

ACTIVIDAD Y REPOSO

- 1.-¿Necesita apoyo para movilizarse de un lugar a otro? SI___ NO X de que tipo _____ porque? _____
- 2.-¿Lleva a cabo algunas rutinas de ejercicio? Solo por las mañanas salgo a trotar alrededor de la casa
- 3.-considera que tiene la energía suficiente para:
- | | | |
|-------------------|-------------|--------|
| Alimentarse | SI <u>X</u> | NO ___ |
| Arreglarse | SI <u>X</u> | NO ___ |
| Cuidar su higiene | SI <u>X</u> | NO ___ |
| Cocinar | SI <u>X</u> | NO ___ |
| Arreglar su casa | SI <u>X</u> | NO ___ |
| Trabajar | SI <u>X</u> | NO ___ |
- 4.-¿Acostumbra a descansar durante el día? SI X NO___
- 5.-¿Cuántas horas acostumbra dormir en la noche? 11 horas tiene alguna rutina andes de dormir si, escribo poesías, Leo, coso algún tipo de tejido y bordo,
- 6.-¿presenta insomnio? SI X NO___ toma algún medicamento para dormir? flucetina

SISTEMA MUSCULO-ESQUELETICO

- 1.- Presenta o ha presentado en músculos y articulaciones:
 Dolor SI X NO___ Rigidez: SI X NO___ Inflamación SI X NO___
 especifique en donde miembros superiores tratamiento ninguno

SITEMA NEUROLOGICO

- 1.- Estado de conciencia bueno orientación en tiempo SI lugar SI y persona SI
- 2.- ¿Presenta adormecimientos en algunas partes de su cuerpo? SI___ NO X
 A veces _____ en donde? _____
- 3.- ¿Hormigueo en algunas partes de su cuerpo? SI___ NO X A veces _____ en donde? _____
- 4.-¿ Intolerancia al calor? SI___ NO X Intolerancia al frío SI___ NO___
- 5.- ¿Ha percibido cambios en su memoria? SI___ NO X
- 6.- Se observa al usuario:
 Nervioso si asertivo si ausente si relajado si pasivo si triste si deprimido si agresivo no otros _____
- 7.- Las actitudes del usuario problemas para aprender SI___ NO X

¿Explique porque? Porque se le explico cómo se la va a realizar su tratamiento y se le preguntaron algunas cosa y contesto asertivamente.

8.-¿ Presenta el usuario problemas para aprender? SI ___ NO X

Explique por que? _____

F.- SOCIEDAD INTERACCION SOCIAL

1.-¿Se considera una persona sociable? SI ___ NO X

2.-¿Tiene problemas para entablar comunicación con los demás? SI X NO

Cuál es la causa: La gente no me quiere porque estoy enferma y piensan que solo quiero su compasión y algunas personas dicen que tengo algo contagioso y por eso no se acercan a mí.

SISTEMA AUDITIVO Y OCULAR

1.- ¿Presenta problemas para escuchar? SI ___ NO X cual es la causa _____

2.- ¿Necesita apoya para escuchar? SI ___ NO X

3.- ¿Presenta zumbido de oídos? (acufenos) SI ___ NO ___ A VECES X

4.- ¿Presenta problemas para ver? SI ___ NO X Cual es la causa _____

5.- ¿Usa lentes SI ___ NO X

6.- ¿Otros problemas de oídos u ojos? ¿cuales? ninguno

SISTEMA REPRODUCTOR:

1.- ¿Ha recibido educación sexual? SI ___ NO X FORMAL ___ INFORMAL ___

2.- ¿Inicia vida sexual activa? SI

3.- ¿Utiliza algún método de planificación familiar? SI ___ NO X CUAL _____

4.-Numero de embarazos 1 número de hijos vivos ninguno

5.- ¿Numero de parejas sexuales? 3

6.- ¿Tiene problemas de infertilidad? SI X NO ___ cual es la causa? Por el problema crónico Terminal en el se encuentra actualmente a causa de niveles bajos de hemoglobina no tiene algunas veces su menstruación.

Esta en tratamiento? NO

7.-¿Presenta alguna enfermedad de transmisión sexual? SI ___ NO X CUAL? ___ esta en tratamiento _____ en que consiste _____

8.-¿Cirugías realizadas en el aparato reproductor? SI ___ NO X Cual fue la causa _____

MUJER

1.- ¿Edad de la menarca? 11 años numero de días del ciclo menstrual ahora no menstruo.

2.- ¿Presenta algún problema durante sus menstruación? SI ___ NO X

Que molestias presenta

3.- ¿Numero de embarazos? 1 partos 0 cesáreas 0 nacidos muertos 0 nacidos prematuros 0

4.- ¿Frecuencia de examen mamario? Cada año

5.- ¿Frecuencia de citología vaginal? Nunca se ha realizado el estudio

G.- PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA:

- 1.- ¿Consideras que las adicciones son nocivas para la salud? SI X NO ___
Habitualmente fumas SI ___ NO X Cuanto cigarros fuma al día ___
Habitualmente consume bebidas alcohólicas? SI ___ NO X frecuencia ___
¿Consumes algún tipo de drogas? SI ___ NO X frecuencia ___
2.- ¿Cuáles son las prácticas personales de seguridad que realiza cotidianamente? observo al caminar para no caerme, me agarro de los barandales de las escaleras.
3.- ¿Qué acciones de seguridad realiza para el cuidado de su familia? no

H.- NORMALIDAD, FUNCIONAMIENTO. DESARROLLO DENTRO DE GRUPOS SOCIALES, LIMITACIONES.

- 1.- ¿Se acepta en su aspecto?

Físico	NO
Emocional	NO
Familiar	NO
Profesional	NO
Social	NO

- 2.- ¿Acepta cambios provocados por estado actual de salud? No pero me tengo que aguantar si no voy a morir muy pronto.

3.- ¿Qué opinión tiene de su vida? mi vida está muy mal por esta enfermedad y por las complicaciones que tengo cuando entro y salgo del tratamiento de hemodiálisis.

- 4.- ¿Satisface sus necesidades? NO

III. REQUISITOS DE ALTERACIÓN Y DESVIACIÓN DE LA SALUD

Insuficiencia Renal Crónica Terminal.

VI PROCESO DE ENFERMERIA

FASE1. DIAGNOSTICO Y PRESCRIPCION FACTORES CONDICIONANTES BASICOS

EDAD	GENERO	ESTADO DE DESARROLLO	ORIGEN SOCIOCULTURAL	SISTEMA DE SALUD	SISTEMA FAMILIAR	PATRON DE VIDA	ENTORNO AMBIENTE	SITUACION DE SALUD	RECURSOS DIPONIBLES
24 años	femenino	Adulto Joven	Familia rural, Católica, la madre fallecida por Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial a la edad de 47 años. El padre vive en Sinaloa es discapacitado esta perdiendo la vista. Ella Vive con su hermana mayor su cuñado y 3 de sus sobrinos.	Dispone de servicios En el Instituto Mexicano del Seguro social (seguro facultativo) que se encuentra a 15 km. De distancia tiene que caminar hasta la carretera para subir a una combi que la lleva a la clínica del IMSS ubicada en el centro de ixmiquilpan	Familia incompleta	Todas las actividades higiénicas, alimenticias las puede realizar ella misma se levanta a las 8 am desayuna a las 9am realiza sus labores domesticas, tiende su cama lava la ropa. Realiza el aseo de su casa la comida es a las 4 pm	Vive en ixmiquilpan en una casa con 3 habitaciones, baño dentro de la vivienda ventilación adecuada, piso de cemento, cuenta con agua potable, drenaje, luz eléctrica está rodeada su casa de arboles y mucha vegetación	Enfermedad renal crónica Terminal. Se encuentra en tratamiento modalidad hemodiálisis con acceso vascular Fístula Arteriovenosa Interna, sesiones 3 veces por semana duración de 3 horas a 4, Se encuentra en lista de espera (protocolo de trasplante cadavérico) desde hace 1	Recursos económicos limitados solo cuenta con su hermana mayor.

						<p>toma sus medicamentos a las 5pm enseguida ordena su vivienda y lava los trastos se acuesta a dormir una hora y se levanta a escribir o ver tele, a veces borda carpetas o cojines realiza el baño 9pm se duerme a las 10 pm.</p>	<p>así como de un manantial tiene 4 perros como mascotas. No cuenta con transporte Caminan hasta la carretera que se encuentra a 30 min de su casa</p>	<p>año.</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--	-------------	--

FASE 1 DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICA

DEMANDA TERAPEUTICA	DIAGNOSTICO	OBJETIVOS
<p>REQUISITOS UNIVERSALES</p> <p>1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.</p> <p>2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.</p> <p>3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento.</p>	<p>1. Fatiga relacionado con oxigenación insuficiente secundaria anemia, manifestado por dificultad respiratoria y disnea.</p> <p>2. Exceso de volumen de líquidos relacionado con, anuria y anemia manifestada por edema, aumento de peso corporal, hipertensión arterial.</p> <p>3. Alteración de la nutrición por defecto relacionado con anorexia, náuseas vómito.</p>	<p>1. El agente de Autocuidado no presentará fatiga durante sus actividades, con la corrección de la anemia: aplicación de hierro, eritropoyetina y alimentación rica en hierro y fósforo</p> <p>2. El agente de Autocuidado logrará eliminar los líquidos retenidos por medio de la hemodiálisis en un tiempo de 3 a 4 horas y el manejo adecuado de la anemia.</p> <p>3. El agente de Autocuidado se alimentará adecuadamente después de eliminar las toxinas como urea y creatinina post hemodiálisis.</p>

<p>REQUISITOS DEL DESARROLLO</p> <p>1. adulto joven perdida de la salud</p> <p>2. Adulto joven Cambio en las condiciones de vida.</p> <p>3. Adulto joven Mala salud</p>	<p>1. Temor relacionado con incertidumbre del desenlace de su problema de salud, manifestado por tristeza, inquietud y llanto.</p> <p>2. Alteración en el desempeño del rol relacionado con al programa de tratamiento sustitutivo hemodiálisis, manifestado por la interrupción de las responsabilidades del desempeño de rol.</p> <p>3. Alto riesgo de manejo inefectivo del régimen terapéutico relacionado con conocimientos insuficientes , manifestado de forma verbal, temor y angustia</p>	<p>1. El agente de Autocuidado disminuirá el temor al conocer la evolución de enfermedad, el tratamiento y participando en sus cuidados.</p> <p>2. El agente de Autocuidado y la familia lograra aceptar los cambios de actividades en un corto tiempo y asumir su rol dentro de la familia.</p> <p>3. El agente de Autocuidado lograra realizar su autocuidado y manejo de su tratamiento con apoyo del sistema de enfermería parcialmente compensatorio y apoyo educativo.</p>
--	--	--

FASE 1 DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICA

DEMANDA TERAPEUTICA	DIAGNOSTICO	OBJETIVOS
REQUISITOS DE LA DESVIACIÓN DE LA SALUD	<p>1. Alto riesgo de infección relacionado con los procedimientos invasivos.</p> <p>2. Alto riesgo de lesión a la zona de acceso (vascular) en relación con la vulnerabilidad.</p> <p>3.- Alto riesgo de transmisión de las infecciones hepatitis B o C, relacionado con transfusiones frecuentes.</p>	<p>1. El agente de Autocuidado lograra evitar procesos infecciosos con el manejo adecuado de medidas preventivas de higiene, asepsia y antisepsia, que mantendrá la paciente y el agente de cuidado terapéutico.</p> <p>2. El agente de Autocuidado cuidara su acceso vascular fístula arteriovenosa interna (FAVI), con los siguientes cuidados: no cargar más de un kilo en la mano izquierda, no usé ropa apretada o vendajes apretados, evitar golpes.</p> <p>3. El agente de Autocuidado lograra evitar la presencia de infecciones de hepatitis B o C, se realizaran medidas preventivas para evitar las transfusiones sanguíneas.</p>

FASE 2 DISEÑO Y PLAN

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: 1. Fatiga relacionado con oxigenación insuficiente secundaria anemia, manifestado por dificultad respiratoria y disnea.

OBJETIVO 1. El agente de Autocuidado no presentara fatiga durante sus actividades, con la corrección de la anemia: aplicación de hierro, eritropoyetina y alimentación rica en hierro.

SISTEMA DE ENFERMERIA	INTERVENCION	FUNDAMENTACION
APOYO EDUCATIVO PARCIALMENTE COMPENSATORIO SISTEMA TOTALMENTE COMPENSATORIO	<p>1.El agente de cuidado terapéutico solicitará a la nutrióloga, eduque a la paciente en varias sesiones programadas y elabore la dieta adecuada a los requerimientos y necesidades de la paciente considerando los antecedentes alimenticios y alimentos preferidos</p> <p>1.1 El agente de cuidado terapéutico valorará el estado nutricional y modificaciones de peso en el agente de autocuidado.</p> <p>1.2 El agente de cuidado terapéutico Fomentará el consumo de alimentos ricos en proteínas de alto valor biológico: huevos, productos lácteos y carnes.</p> <p>1.3 El agente de cuidado terapéutico Fomentará el consumo de refrigerios entre comidas ricos en calorías y bajos en proteínas sodio y potasio.</p> <p>1.4 El agente de cuidado terapéutico Explicará la razón de las restricciones en la dieta y su</p>	<p>1. El mantener informada a la paciente y familiares sobre la importancia y cuidado en la alimentación reduce factores de riesgo de presentar anemia, pérdida de peso, retención de líquidos.</p> <p>Los suplementos controlan los niveles de fósforo sérico y contribuyen a mantener el nivel nutritivo.</p> <p>La cantidad adecuada de proteínas es necesaria para prevenir el catabolismo proteico y la atrofia muscular.</p>

<p>APOYO EDUCATIVO</p> <p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p> <p>SISTEMA TOTALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>relación con las enfermedades renales y el incremento en los niveles de urea y creatinina.</p> <p>1.5 El agente de cuidado terapéutico Proporcionara listas de los alimentos permitidos y sugerencias para mejorar su sabor sin utilizar sodio, potasio y fósforo.</p> <p>1.6 Con apoyo educativo a los familiares mantener un ambiente agradable a la hora de las comidas.</p> <p>1.7 El agente de cuidado terapéutico Hablara de opciones más que de restricciones en la dieta.</p> <p>1.8 El agente de cuidado terapéutico Animara al paciente a que exprese sentimientos y frustraciones los cambios de la dieta.</p> <p>1.9 El agente de cuidado terapéutico Explicara al paciente la necesidad de consumir la máxima cantidad de proteínas permitida en la dieta</p> <p>2. El agente de cuidado terapéutico valorara los resultados de laboratorio relacionados con hemoglobina, albúmina y hematocrito procede a reforzar la información sobre alimentación rica en proteínas y vitamina.</p>	<p>1.5 El potasio y fosforo son moléculas de mayor tamaño que difícilmente el filtro de hemodiálisis elimina.</p> <p>2. El conocer y valorar los resultados de los estudios de laboratorio permite tomar medidas preventivas, para evitar complicaciones que pongan en peligro la vida de la paciente.</p>
---	---	--

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: 2. Exceso de volumen de líquidos relacionado con, anuria y anemia, manifestada por edema, aumento de peso corporal, hipertensión arterial.

OBJETIVO: 2. La paciente lograra eliminar los líquidos retenidos por medio de la hemodiálisis efectiva y el manejo adecuado de la anemia.

SISTEMA DE ENFERMERIA	INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE ENFERMERIA
<p>SISTEMA DE APOYO EDUCATIVO</p> <p>SISTEMA TOTALMENTE COMPENSATORIO</p> <p>SISTEMA PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>1. El agente de cuidado terapéutico valora en cada sesión a la paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peso corporal diario. • Balance de líquidos • Turgencia cutánea y presencia de edema • Distensión de las venas del cuello • Presión arterial • frecuencia cardiaca. • Frecuencia respiratoria • esfuerzo respiratorios <p>1.2 El agente de autocuidado limitara el consumo de líquidos al límite prescrito.</p> <p>1.3 Identificar las fuentes potenciales de ingreso de liquido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Líquidos utilizados para administrar medicamentos orales • Alimentos. 	<p>1.La valoración es un instrumento que proporciona datos verídicos, oportunos y un punto de referencia para evaluar los cambios que presenta el paciente durante y después de las intervenciones</p> <p>Conocer los ingresos y egreso de líquidos del paciente oportunamente me permite implementar acciones para evitar Edema agudo de pulmón, pericarditis, insuficiencia cardiaca congestiva complicaciones transhemodialisis.</p> <p>La información oportuna y adecuada fomenta la cooperación del paciente y sus familiares en cuanto a la restricción de líquidos.</p>

<p>SISTEMA DE APOYO EDUCATIVO</p> <p>SISTEMA PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>1.4 Explicar al paciente y a sus familiares el porque de las restricciones las restricciones en el consumo de líquidos.</p> <p>1.5 Ayudar al paciente a aceptar la restricción de líquido</p>	
---	--	--

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: 3. Alteración de la nutrición por defecto relacionado con anorexia, nauseas, vomito.

OBJETIVO: 3 El agente de Autocuidado se alimentara adecuadamente después eliminar los azoados post hemodiálisis.

SISTEMA DE ENFERMERIA	INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE ENFERMERIA
<p>SISTEMA DE APOYO EDUCATIVO</p> <p>SISTEMA TOTALMENTE COMPENSATORIO</p> <p>SISTEMA PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>1. El agente de cuidado terapéutico, educara a la paciente sobre el tipo de alimentos permitidos para no elevar los azoados.</p> <p>1.1 El agente de cuidado terapéutico deberá de realizar la hemodiálisis en un tiempo de tres horas y media a cuatro horas con un flujo de sangre de 350ml. a 400ml. /hr. y con un flujo de diálisis de 800ml. /hr. y utilizando un dializador de alto flujo (HIPS 18).</p> <p>1.2 Se acordara los métodos para reducir la ingesta de potasio</p> <p>1.3 Se recomendará al agente de autocuidado ingerir frutas en conserva escurridas</p> <p>1.4 El agente de cuidado comerá verduras cocidas y Pondrá a remojar la verdura fresca y pescado antes de cocinarla</p>	<p>1. El conocimiento adquirido por la paciente en relación a su alimentación disminuye el riesgo de que se alteren las toxinas ocasionando problemas en la ingesta de la alimentación y como resultado alteración en la nutrición.</p> <p>La hemodiálisis se realizar en un tiempo de 3 a 4 horas, con un mayor flujo de sangre y con un dializador de alto flujo ya que aumenta la efectividad del tratamiento y se remueven mayor cantidad de azoados.</p> <p>Al escurrir las frutas en conserva se elimina mayor cantidad de potasio.</p> <p>Al poner la verdura y el pescado a remojo se elimina el 50% de potasio, ya que la ingesta es de 0.8gr. /kg /día.</p>

REQUISITOS DEL DESARROLLO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: 1. Temor relacionado con la incertidumbre del desenlace de su problema de salud, manifestado por tristeza, inquietud y llanto.

OBJETIVO: 1. El agente de Autocuidado disminuirá el temor al conocer la evolución de enfermedad, el tratamiento y participando en sus cuidados.

SISTEMA DE ENFERMERIA	INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE ENFERMERIA
SISTEMA TOTALMENTE COMPENSATORIO SISTEMA DE APOYO EDUCATIVO	1.El agente de cuidado terapéutico informa a la paciente sobre la enfermedad renal crónica, su tratamiento, evolución y complicación. 2.-El agente de cuidado terapéutico solicitara el apoyo del profesional de psicología para implementar terapias de autoestima, aceptación y apoyo emocional. 3.-El agente de cuidado terapéutico realizara un programa en el que ayude a la paciente a comunicar sus temores, angustia y miedo.	1.El conocimiento de la enfermedad, y la realidad del estado de salud de la paciente permite disminuir el temor, la angustia y miedo 2.- El apoyo de profesional de psicología permite que la paciente acepte su enfermedad.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: 2. alteración en el desempeño del rol relacionado con al programa de tratamiento sustitutivo hemodiálisis, manifestado por la interrupción de las responsabilidades del rol.

OBJETIVO: 2. El agente de Autocuidado y la familia lograra aceptar los cambios de actividades en un corto tiempo y asumir su rol dentro de la familia.

SISTEMA DE ENFERMERIA	INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
<p>SISTEMA DE APOYO EDUCATIVO</p> <p>SISTEMA TOTALMENTE COMPENSATORIO</p> <p>SISTEMA PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>1.- Observar los efectos de la enfermedad en los siguientes ámbitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tiempo libre y actividades recreativas. • Responsabilidades de rol • Relaciones • Economía <p>2.- El agente de cuidado terapéutico animara al paciente a que exprese sus temores a los cambios que puedan haber en su aspecto físico, estilo de vida, relaciones cercanas, expectativas de rol y objetivos vitales.</p> <p>3.- El agente de cuidado terapéutico ayudara al paciente a determinar cuales son sus virtudes o características positivas predominantes.</p>	<p>1.- La enfermedad puede afectar de forma negativa el concepto que el paciente tiene de si mismo y su capacidad para la consecución de objetivos. Concretamente en la enfermedad renal crónica, el cansancio puede interferir en la capacidad del paciente para trabajar y actuar.</p> <p>2.- Los pacientes con enfermedad renal crónica sufren la perdida formal de su identidad. El aspecto físico que tenían empeora debido a un estilo de vida restringido, al aislamiento social, a las expectativas insatisfechas y a la dependencia que tienen de los demás.</p> <p>3.-Las personas que sufren enfermedades crónica necesitan ayuda para no verse a si mismas como victimas desamparadas. Los enfermos con sentido de la esperanza, autocontrol, orientación, determinación y sentido de la identidad</p>

<p>SISTEMA DE APOYO EDUCATIVO</p> <p>SISTEMA TOTALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>4.- El agente de cuidado terapéutico ayudara al paciente a identificar sus patrones de actividad y a programar actividades en torno a estos patrones.</p> <p>5.-El agente de cuidado terapéutico Conversara sobre la necesidad de aceptar ayuda de los demás, así como de delegar algunas tareas.</p> <p>6.-El agente de cuidado terapéutico Desarrollara con el paciente un plan de cuidados que refuerce los mecanismos positivos de manejo que desarrolle las habilidades personales y que atienda a sus limitaciones.</p> <p>7.-El agente de cuidado terapéutico Facilitara una información adecuada acerca de las múltiples facetas de la enfermedad y las opciones terapéuticas.</p>	<p>pueden afrontar mejor los problemas de su enfermedad.</p> <p>4.- La revisión de la programación diaria de un paciente ayuda tanto al profesional de enfermería como al paciente a planear actividades que aumentan la autoestima y la dignidad. También permite programar los periodos de descanso para prevenir el agotamiento.</p> <p>5.- El recibir ayuda de otras personas aumenta la seguridad en sí misma.</p> <p>6.-Según se ha demostrado, los pacientes que ajustan sus expectativas a las nuevas circunstancias logran una mejor calidad de vida.</p> <p>7.- De este modo se aumenta la participación activa en el plan de cuidados.</p>
---	---	---

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: 3. Alto riesgo de manejo inefectivo del régimen terapéutico relacionado con conocimiento insuficiente, manifestado de forma verbal, temor y angustia.

OBJETIVO: 3. El agente de Autocuidado lograra realizar su autocuidado y manejo de su tratamiento con apoyo del sistema de enfermería parcialmente compensatorio y apoyo educativo.

SISTEMA DE ENFERMERIA	INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE ENFERMERIA
<p>SISTEMA DE APOYO EDUCATIVO</p> <p>SISTEMA TOTALMENTE COMPENSATORIO</p> <p>SISTEMA PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>1.-el agente de cuidado terapeutico llevara a cabo el proceso de educación sanitaria incluyendo la función renal, y no limitándose únicamente a ella.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Función normal • Alteración en la función: evolución de la enfermedad, causas, respuesta psicológica y emocional a la uremia. <p>2.-El agente de cuidado terapeutico Animara al paciente a que exprese su ansiedad temores y dudas.</p> <p>3.-El agente de cuidado terapeutico Determinara los factores que puedan sugerir el incumplimiento del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento • Incumplimiento • Fracaso para entender la gravedad 	<p>1.- Lo que el agente de autocuidado aprenda en términos de cantidad y calidad dependerá de su predisposición actual para aprender.</p> <p>2.- El echo de que el agente de autocuidado reconozca su temor fracasar en el aprendizaje es vital para que este proceso tenga éxito.</p> <p>3.- Para minimizar o eliminar las barreras existentes en el cumplimiento del plan es necesario dirigirse directamente a ellas.</p>

<p>SISTEMA DE APOYO EDUCATIVO</p> <p>SISTEMA PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>de la enfermedad o su calidad de vida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idea de que la enfermedad desaparecerá por si sola • Idea de que la enfermedad es incurable <p>4.-Comunicar al agente de autocuidado que es el responsable último de obedecer o no el régimen terapéutico.</p> <p>5.-El agente de cuidado terapéutico Ayudara al agente de autocuidado a determinar su peso seco ideal.</p> <p>6.-Instruira al paciente para que controle diariamente su peso.</p> <p>7.-El agente de cuidado terapeutico Explicara al paciente los signos y síntomas del desequilibrio hidroelectrolitico y la necesidad de controlarlo y comunicarlo.</p> <p>8.-El agente de cuidado terapeutico Animara al paciente a expresar sus sentimientos y frustraciones. Proporcionar una respuesta favorable par lograr que el paciente cumpla con la restricción de líquidos.</p>	<p>4.- El paciente debe entender que es el quien decide y que estas decisiones pueden mejorar o empeorar su salud.</p> <p>5.- la fijación de un objetivo alcanzable puede contribuir a mejorar el seguimiento del régimen terapéutico.</p> <p>6.- El control diario de peso y gasto urinario permite conocer su equilibrio hídrico y limitar la ingesta de líquidos según proceda.</p> <p>7.- La detección temprana de un desequilibrio hidroelectrolitico permite un intervención a tiempo para prevenir complicaciones graves.</p> <p>8.- La restricción de líquidos y alimentos puede ser realmente frustrante. Una respuesta positiva y unas palabras tranquilizadoras pueden contribuir al seguimiento continuado del paciente</p>
---	--	---

<p>SISTEMA DE APOYO EDUCATIVO</p> <p>SISTEMA PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>9.- El agente de cuidado terapéutico Explicara la importancia del tratamiento con EPO alfa y los reconstituidores de hierro para alcanzar un hematocrito de 33% a 36%.</p> <p>10.- El agente de cuidado terapéutico Animara al agente de autocuidado a mantener su ritmo de actividad física y a continuar con las actividades de la vida diaria en la medida que sea posible.</p> <p>11.- El agente de cuidado terapéutico Instruirá al agente de autocuidado para controlar e informar sobre los siguientes parámetros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de peso superior a 1kg aproximadamente o perdida de peso. • Diarrea • Aumento del cansancio y la debilidad. • Confusión, cambio en los procesos mentales. • Palpitaciones. 	<p>9.- Cuando el hematocrito se mantiene entre el 33% y el 36% aumentan las mejoras en la supervivencia en la hipertrofia del ventrículo izquierdo, en la capacidad para realizar ejercicio físico, en la función cognitiva, en la alteración del sueño y en definitiva, en la calidad de vida.</p> <p>10.- El ejercicio físico regular ayuda a mantener la fuerza y la resistencia y, sobre todo, aumentar la sensación de bienestar.</p> <p>11.- la comunicación a tiempo permite una pronta intervención en complicación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un aumento de peso superior a 1kg aproximadamente indica retención de líquidos. Una pérdida de peso puede significar que la ingesta es insuficiente. • La disnea puede ser un signo precoz de edema pulmonar. • El aumento del cansancio o debilidad puede indicar un aumento del nivel de uremia. • El estado de confusión o cualquier
---	---	---

<p>SISTEMA DE APOYO EDUCATIVO</p> <p>SISTEMA PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aparición desproporcionada de hematomas; hemorragias excesivas en encías, nariz o contusiones, sangre en la orina, en las heces o en el vomito. • Aumento del dolor o las lesiones bucales. <p>12.- El agente de cuidado terapéutico Tratar con el agente de autocuidado y los familiares cualquier factor estresante previo de la enfermedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problemas económicos • Inversiones de las responsabilidades de rol • Dependencia. 	<p>cambio en los procesos mentales puede ser signo de acidosis o de desequilibrio hidroelectrolítico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las palpitaciones pueden señalar desequilibrio de electrolitos (k, Ca) • La aparición desproporcionada de hematomas, menorragias y hemorragias anormales puede indicar una disminución de protrombina, de los factores de coagulación III y VIII y también de trombocitos. • Tanto e dolor como las lesiones bucales pueden ser el resultado del exceso de urea salival que, en la boca, se transforma en amoniaco e irrita la mucosa bucal. <p>12.-El tratamiento de los efectos no físicos de la enfermedad renal crónica es dinámicas familiares puede ayudad al paciente y su familia a encontrar estrategias efectivas de manejo.</p>
---	---	---

REQUISITOS DE LA DESVIACIÓN DE LA SALUD

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: 1. Alto riesgo de infección relacionado con los procedimientos invasivos.

OBJETIVO: 1. El agente de Autocuidado lograra evitar procesos infecciosos con el manejo adecuado de medidas preventivas de higiene, asepsia y antisepsia, que mantendrá la paciente y el agente de cuidado terapéutico.

SISTEMA DE ENFERMERIA	INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE ENFERMERIA
SISTEMA DE APOYO EDUCATIVO SISTEMA TOTALMENTE COMPENSATORIO SISTEMA PARCIALMENTE COMPENSATORIO	<p>1.- El agente de autocuidado se lavara el brazo donde esta ubicado su acceso venoso antes de entrar a su sesión de hemodiálisis.</p> <p>2.- El agente de auto cuidado terapéutico realizara asepsia en zona del acceso con los principios de esta. Para una menor contaminación en el momento de puncionar las agujas al torrente sanguíneo.</p> <p>3.- El agente de autocuidado deberá tener una buena higiene corporal,</p> <p>4.-El agente de autocuidado se Cambiara de ropa (pijama) antes de entrar a la unidad de hemodiálisis.</p> <p>5.- El agente de autocuidado mantendrá uñas cortas, así como un lavado con cepillo antes de entrar a la sesión de hemodiálisis.</p>	<p>1.- La higiene es importante para prevenir el riesgo de contaminación de las líneas del equipo extracorpóreo.</p> <p>2.- El manejo de los principios de asepsia disminuye el riesgo de contaminación de agujas estériles.</p> <p>3.- El baño diario facilita la eliminación de células muertas y sudoración.</p> <p>4.- El cambio de ropa evitara que haya contaminación del inmobiliario ya que así se evita la propagación de microorganismos.</p> <p>5.- las uñas limpias y cortas evita que se contamine con la presencia de microorganismos el acceso venoso en el momento de la hemostasia.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: 2. Alto riesgo de lesión a la zona de acceso (vascular) en relación con la vulnerabilidad.

OBJETIVO: 2. El agente de Autocuidado cuidara su acceso vascular fístula arteriovenosa interna (FAVI), con los siguientes cuidados: no cargar mas de un kilo, no usé ropa o vendajes apretados, evitar golpes.

SISTEMA DE ENFERMERÍA	INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE ENFERMERIA
<p>SISTEMA DE APOYO EDUCATIVO</p> <p>SISTEMA TOTALMENTE COMPENSATORIO</p> <p>SISTEMA PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>1.-El agente de cuidado terapéutico orientara a la paciente sobre el manejo del acceso vascular evitando complicaciones de pérdida o uso.</p> <p>2.- El agente de autocuidado evitara cargar objetos que pesen más de 1kg, reciba golpes en la extremidad portadora de la FAVI.</p> <p>3.- El agente de autocuidado evitara ropas apretadas, vendajes ajustados, relojes, pulseras.</p> <p>4.- El agente de cuidado terapéutico educara al agente de autocuidado que no duerma del lado del brazo donde tiene su acceso venoso.</p> <p>5.- El agente de autocuidado terapéutico realizara punciones con la técnica del botón, así como también cambiar los sitios de punción.</p>	<p>1.-Un manejo eficaz sobre el cuidado de una Fístula Arteriovenosa (FAVI) aumenta la eficacia de la hemodiálisis una mejor calidad de vida.</p> <p>2.- Se previene complicaciones como edema del brazo (Estenosis).</p> <p>3.- La compresión o el roce podría dañar la FAVI.</p> <p>4.-Esta posición puede comprometer el funcionamiento de la FAVI.</p> <p>5.- Con estas técnicas se evitaran complicaciones como, pseudoaneurismas, aneurismas y hemorragias.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: 3.- Alto riesgo de transmisión de hepatitis B o C, relacionado con transfusiones frecuentes.

OBJETIVO: 3. El agente de Autocuidado lograra evitar la presencia de hepatitis B o C, se utilizaran medidas preventivas para evitar las transfusiones sanguíneas.

SISTEMA DE ENFERMERIA	INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE ENFERMERIA
<p>SISTEMA DE APOYO EDUCATIVO</p> <p>SISTEMA TOTALMENTE COMPENSATORIO</p> <p>SISTEMA PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>1.- El agente de autocuidado llevara acabo el régimen alimenticio adecuadamente para así evitar que la hemoglobina y el hematocrito disminuya y tenga que ser transfundida.</p> <p>2.- El agente de autocuidado acudirá a la aplicación de la vacuna de hepatitis y completara el esquema.</p> <p>3.-El agente de cuidado terapéutico evitara complicaciones en el momento de la hemodiálisis relacionado con el equipo extracorpóreo (filtro, líneas).</p> <p>4.-Administración oportuna de ERITROPOYETINA e HIERRO.</p>	<p>1.-El llevar un régimen alimenticio adecuado provoca que la hemoglobina y el hematocrito no disminuyan y evita la transfusión.</p> <p>2.- El esquema completo de anti hepatitis disminuye el riesgo que la paciente contraiga el virus de hepatitis B.</p> <p>3.-El manejo efectivo de la heparinizacion evita la perdida sanguínea por medio de la coagulación.</p> <p>4.- La eritropoyetina evita la anemia y por lo consiguiente una serie de complicaciones en la paciente</p>

FASE 3. REGULACION Y CONTROL

REGULACION

Se inicia las intervenciones de enfermería impartiendo sesiones educativas para información de la enfermedad renal crónica en lo que incluyo que el usuario tuviera conocimiento de el grado de su enfermedad, la función renal y las causas de la insuficiencia renal crónica, se reforzaron las acciones de autocuidado como higiene, cuidado de la piel, alimentación, comunicación, convivencia y manejo de su tratamiento intradomiciliario, tuvo sesiones con la nutrióloga y enfermera para información del tipo de dieta apropiada que asegure su buena nutrición y diversidad de alimentos que sean de su agrado y pueda tomarlos como parte de su dieta, también participo la psicóloga de la unidad para apoyar en la aceptación de su enfermedad y las actividades que puede realizar para relajarse, el agente de cuidado terapéutico realiza las intervenciones planeadas con apoyo del paciente y de su familiar, actualmente la paciente se somete al tratamiento 3 veces a la semana con duración de 3 horas maneja un filtro de polysulfona (HIPS 18), con un flujo de sangre de 350 mililitros por minuto y un flujo de diálisis de 500ml por minuto con un acceso vascular Fístula Arteriovenosa Interna.

CONTROL

Después de implementar el proceso atención de enfermería por un tiempo de 12 semanas, el agente de cuidado terapéutico utilizó la teoría de sistemas de la Teoría del Autocuidado de Dorothea E. Orem. Para la atención y cuidado del agente de autocuidado.

- El agente del autocuidado, un adulto joven de 24 años de edad con antecedente de IRA de 1 año sometido a diálisis peritoneal durante ese tiempo. Actualmente se somete a tratamiento sustitutivo de hemodiálisis. 1 año y medio con Insuficiencia Renal Crónica
- Tiene un peso seco de 54kg teniendo una ganancia interdialítica de 2.5% siendo el valor normal menor del 5% entre cada sesión de hemodiálisis. Su peso aumento 9 kilos en masa muscular, realiza 45 minutos de bicicleta transhemodialisis con esto ayuda a que aumente masa muscular y depure mas urea.
- Su hemoglobina 11mg/dl y hematocrito 34% se han mantenido en niveles normales aceptables en hemodiálisis.
- Lleva acabo una buena restricción de líquidos pues no presenta edema ni problemas respiratorios su presión arterial esta en los parámetro normales.
- Lleva acabo un régimen alimenticio adecuado con alimentos variados peros siempre restringiendo aquellos alimentos que contienen Fósforo, Potasio así como también sodio y proteínas estos alimentos suele comerlos no continuamente.
- El agente de autocuidado ha tenido muchos avances, es mucho mas consiente de su enfermedad y tratamiento, esta solucionando sus demandas de autocuidado, del desarrollo y de desviación de la salud, siempre a sido difícil valorar su auto imagen, por lo que continua asistiendo con la psicóloga de la unidad.
- La implicación de la familia ha sido un poco difícil pues solo vive con su hermana y su cuñado, ya que su padre vive en otro estado.
- El tiempo dedicado para desarrollar capacidades de autocuidado en la paciente son notables en la conducta, en su estado general y emocional sonrío casi siempre además de ser más sociable con sus compañeros de hemodiálisis.
- El agente de autocuidado actualmente conoce la enfermedad que cursa, las complicaciones y la gravedad de la misma, realiza su autocuidado en la vida cotidiana; tiene el conocimiento y esta consiente que su enfermedad es terminal y que el tratamiento alternativo es la hemodiálisis o el trasplante renal.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANDREU L.P. FORCE E.S. 500 Cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal. ED. Masson, s.a., Barcelona:349pp

BRUNER Y SUDDART. Enfermería Medico Quirúrgica. 9ª ed.vol.II, Ed. McGraw Hill, Cd México, Enero 2002:2313pp

CARPENITO L.J.- MOYET Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería. 4ªed. ED. McGRAW-HILL. interamericana, quebeco world bogota, 2005:1101pp.

C.P. ANTHONY, G.A. THIBODEAU Anatomía y fisiología. 10ªed. Ed. mcgraw-hill interamericana, noviembre, 2003: 724pp.

CARPENITO L.J Diagnósticos de enfermería 5ª ed. Mc GRAW-HILL INTERAMERICANA, España, 638pp

DOROTHEA E. OREM Modero de Orem conceptos de enfermería en la practica. 4ª ed. ED. MASSON- SALVAT enfermería, 1993:423pp

GRIFFTH J Proceso de atencion de enfermeria 3ª ed. ED. Manual moderno, Mexico, 1993: 345pp

IYER P. W Proceso de enfermería y Diagnostico de enfermería. 3ª ed. ED. MC. Graw- Hill-Interamericana, México, 1997:354pp.

KOZIER B. Fundamentos de enfermería. 7ªed. Vol I. ED. Mc Graw Hill, interamericana, México, 2005:1022pp.

L. HERNANDO, P. ALJAMA, M. ARIAS, C. CAMELO, J. EGODO, S. LAMAS. Nefrología clínica. 2ªed, Ed. medica panamericana Madrid España julio 2004:954pp

LEDYY S. Bases conceptuales de enfermería. Profesional" 1ª ed. ED. O.P.S, Estados Unidos Americanos, 1989:235pp

RUBY L. WESLEY, RN, PhD, Teorías y Modelos de enfermería. 2ª ed. ED. Mc Graw Hill, interamericana, Mexico 1995:179pp.

R. JOFRE, J.M. LOPEZ GOMEZ, J. LUÑO, R. PEREZ GARCIA, P. RODRIGUEZ BENITEZ

Tratado de hemodiálisis. 2ªed. actualizada, Ed. medica jims, Madrid España. Abril 2006:870pp

RIBES E.A. Anales de Cirugía Cardíaca y Vascolar Barcelona 2004;76pp

SILES J. historia de la enfermería. ED. Aguaclara 1999:375pp.

OREM D.E. Teoría del enfermería del déficit del autocuidado conceptos y aplicaciones. México, 287pp

OSTINGUI, M. R teoria general del déficit de autocuidado guia básica ilustrada. Ed. Manuel Moreno, México 2001:25-31pp

VIII. GLOSARIO DE TERMINOS

AUTOCUIDADO: La práctica de actividades que las personas maduras y en proceso de maduración inician y realizan, dentro de un marco temporal concreto, en su propio beneficio para lograr el mantenimiento de la vida, unas funciones saludables, el continuo desarrollo persona y su bienestar.

ANURIA: Gasto urinario menor de 50ml. En 24 horas.

ALBUMINURIA: se refiere específicamente al aumento de la excreción urinaria de albúmina.

CREATININA: producto de desecho endógeno del metabolismo de la energía muscular.

ANEURISMA: Saco formado por dilatación de la pared de una arteria o de una vena y lleno de sangre.

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: Relación entre las propiedades humanas de la demanda de autocuidados terapéuticos y la agencia de autocuidados terapéuticos, en la que los elementos de las capacidades de autocuidados desarrolladas dentro de la agencia de autocuidados no son operativas o adecuadas para conocer y satisfacer algunos o todos los componentes de la demanda, existente o prevista, de autocuidados terapéuticos.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Proceso intencionado en el que las enfermeras en situaciones de la practica de la enfermería examinan y analizan cuidadosamente los hechos y juicios sobre las personas a las que atienden, y sobre las propiedades y actividades de estas personas, para explicar y establecer la naturaleza y causad de sus demandas de autocuidado terapéuticos, el estado de desarrollo, la operatividad y la adecuación de su agencia de autocuidados, y la presencia y extensión de los déficit de autocuidado existentes o esperados.

DEPURACIÓN: volumen de plasma del que puede depurarse un soluto específico por los riñones expresada en mililitros por minuto.

DISURIA: micción dolorosa o difícil.

ERITROPOYETINA: Es una glicoproteína sintetizada por el riñón que estimula la producción y la maduración de los hematíes.

ESTENOSIS: estrechamiento o contricción de un conducto o canal.

EDEMA: Presencia de volumen anormalmente grande de líquido en los espacios intersticiales corporales.

FAVI: Fístula Arteriovenosa Interna.

FILTRACIÓN: paso de líquidos y solutos a través de una membrana semipermeable bajo presión.

GLOMERULO: conjunto de capilares que forman parte de la neurona a través de la cual ocurre filtración.

HEMODIALISIS: procedimiento de depuración extracorpórea que separa la sangre de desechos tóxicos por difusión a través de una membrana semipermeable.

HEMOGLOBINA: pigmento rojo portador de oxígeno de las células sanguíneas rojas.

HEMATURIA: sangre en orina.

HEMORRAGIA: Escape abundante de sangre, sangrado

IRCT: Insuficiencia Renal Crónica Terminal.

NEFRONA: unidad funcional del riñón.

NITRÓGENO UREICO: producto final nitrogenado del metabolismo de proteína.

MICCIÓN: acción de orinar

OLIGURIA: gasto urinario total menor de 400 ml. En 24 horas.

OSMOLARIDAD: número de partículas disueltas por kilogramo de orina; expresión del grado de concentración de la orina.

PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA: Es el sistema de la práctica de la 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.

PROTEINURIA: se refiere a la excreción urinaria aumentada de albúmina. Otras proteínas específicas, o proteína total.

POLAQUIURIA: micción a una frecuencia mayor de cada 3 horas.

PIURIA: Leucocitos en la orina.

POLIFAGIA: Necesidad excesiva de comer y ausencia de la sensación de saciedad.

PESO SECO: es el estado de adecuado de hidratación por arriba de este presencia de hipertensión, edema, fatiga y por abajo calambres, hipotensión.

TASA DE FILTRADO GLOMERULAR: volumen de plasma filtrado en el glomérulo en el interior de los túbulos renales cada minutó; expresada en mililitros por minuto; lo normal es aproximadamente 120 ml/ min.

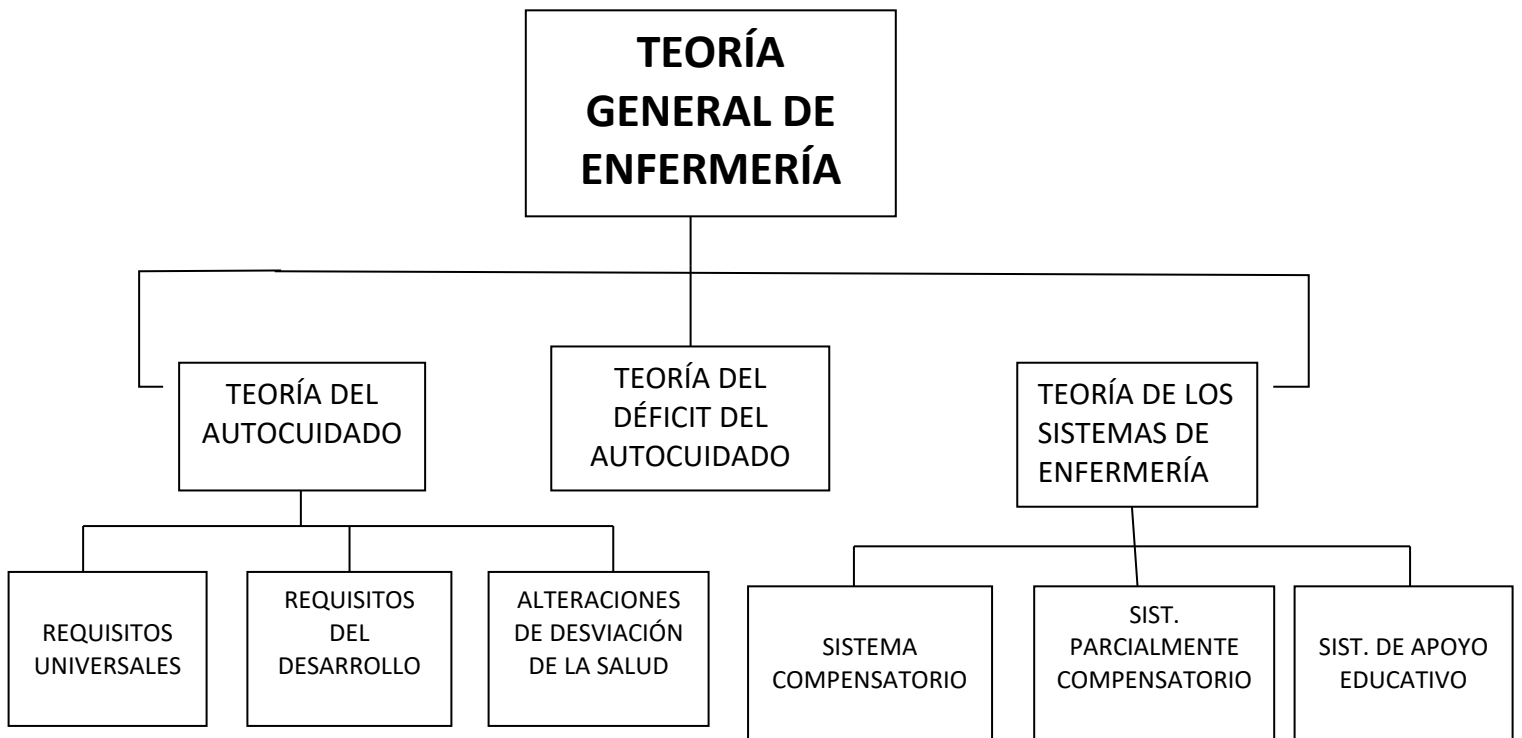
UREA: principal constituyente nitrogenado de la orina, producido en hígado, a partir del amoniaco (obtenido casi en su totalidad por desaminacion de aminoácidos) y bióxido de carbono.

UREMIA: presencia de urea en la sangre.

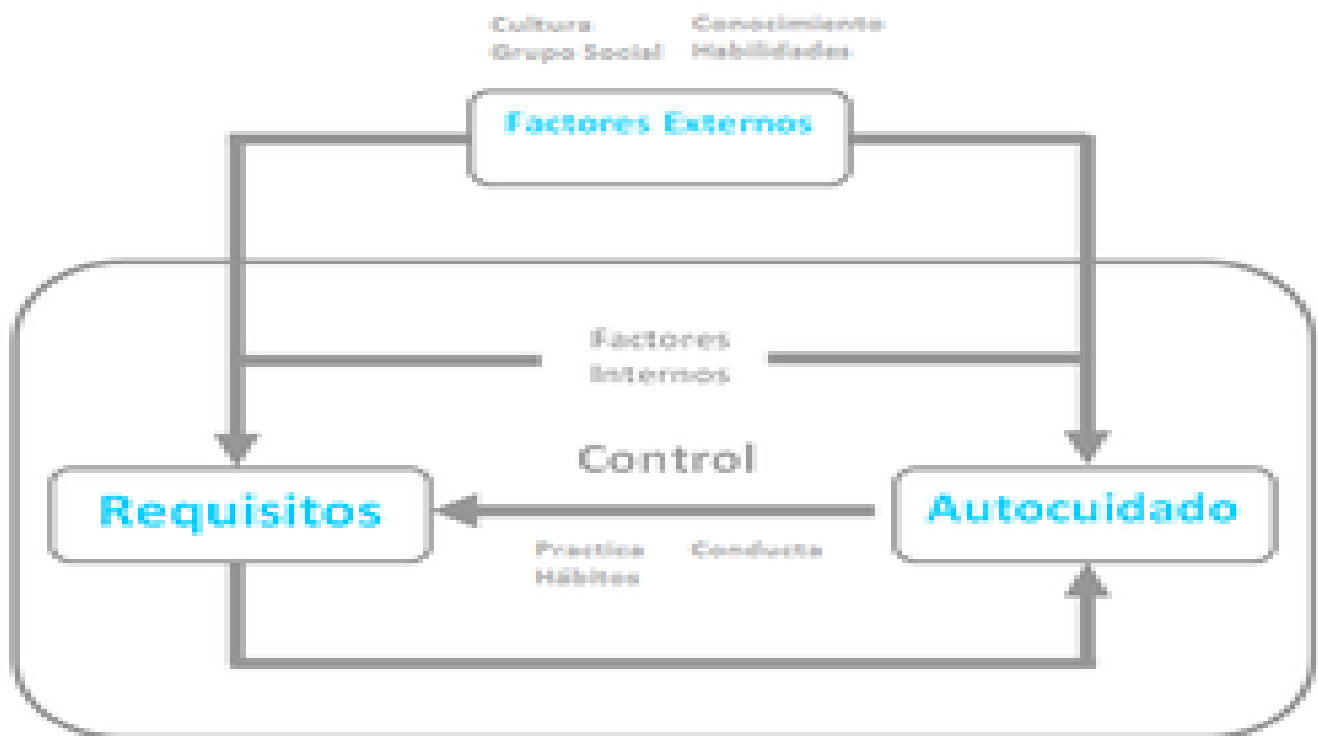
IX. ANEXOS

ANEXO NO. 1

Organigrama de La Teoría General de Enfermería Según OREM

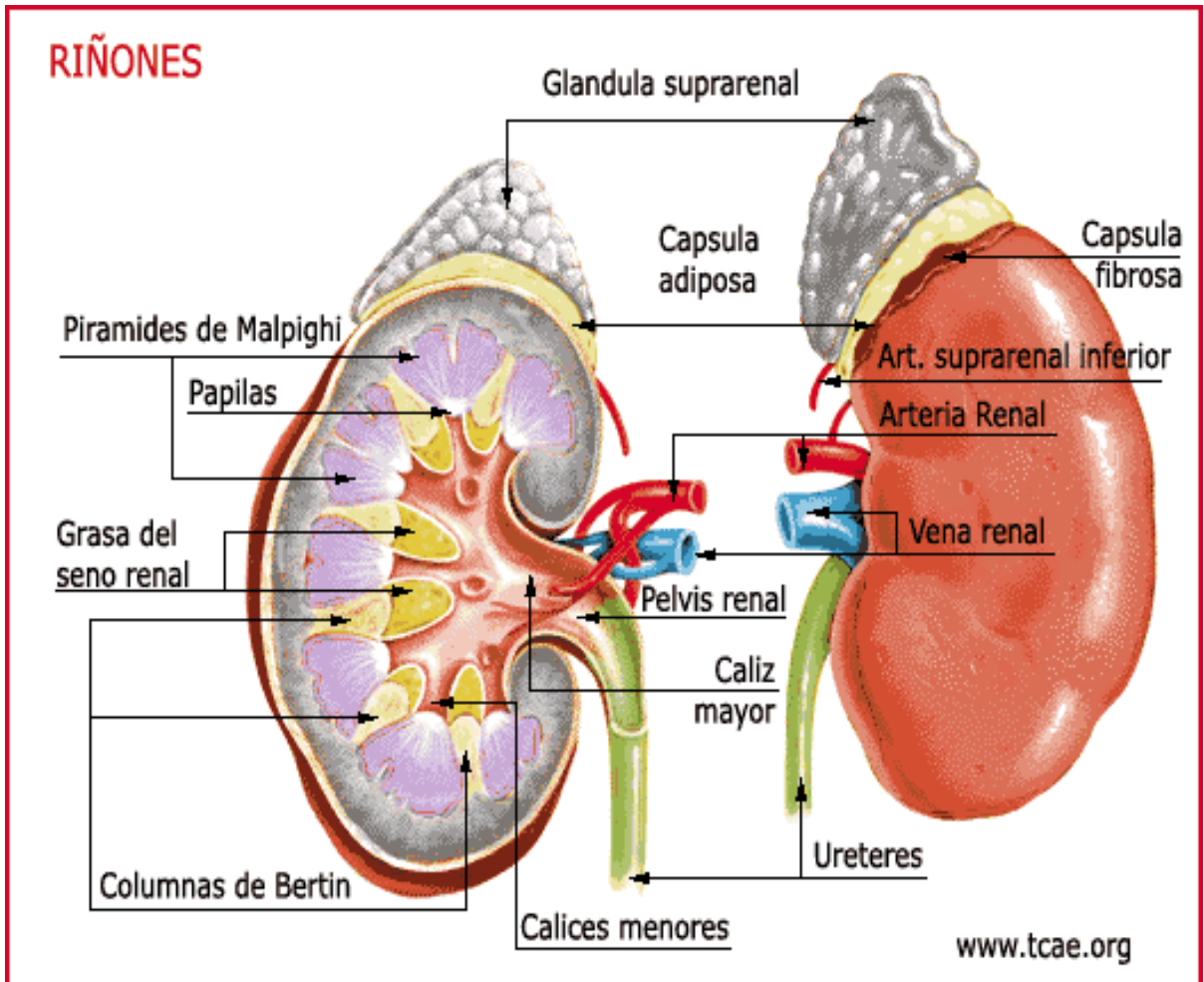


ANEXO NO. 2



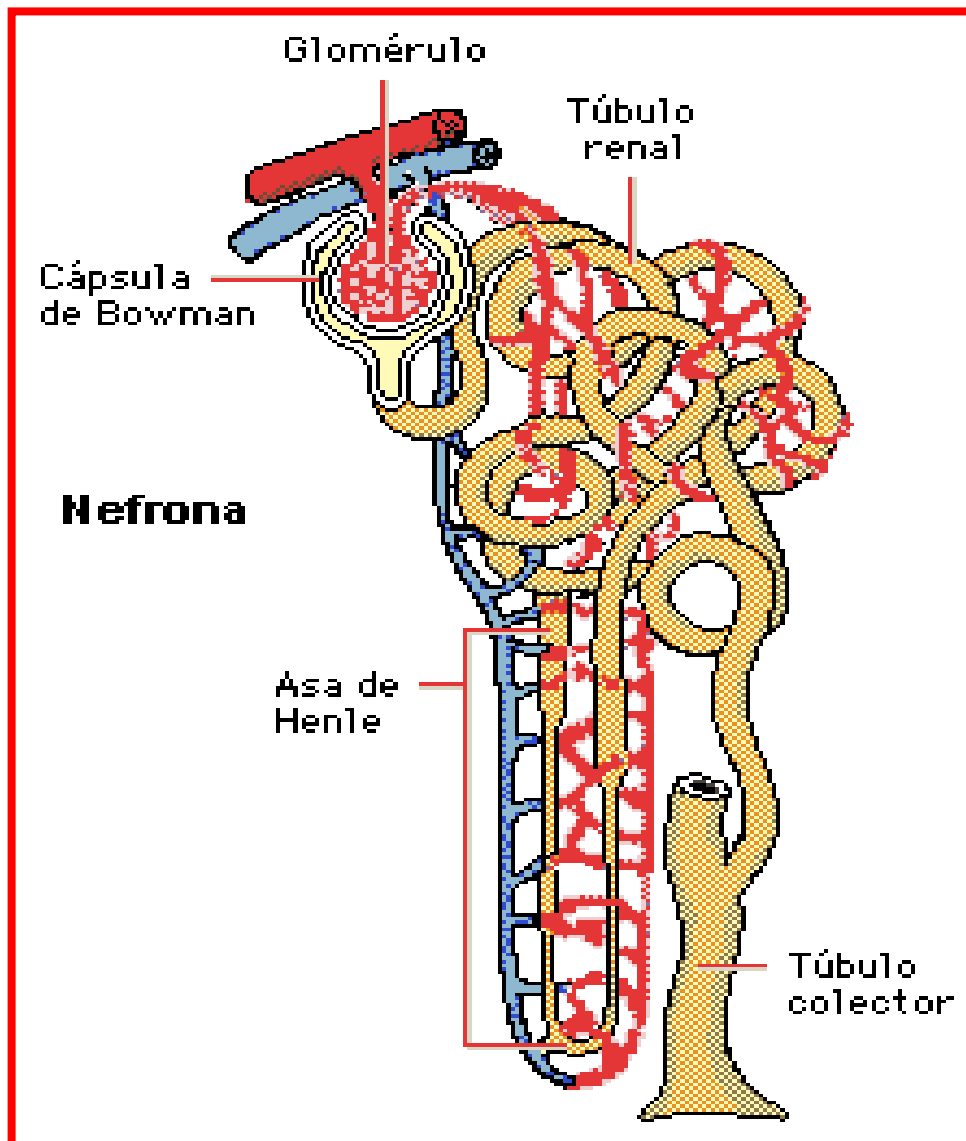
ANEXO NO. 3

ANATOMIA DEL RIÑÓN



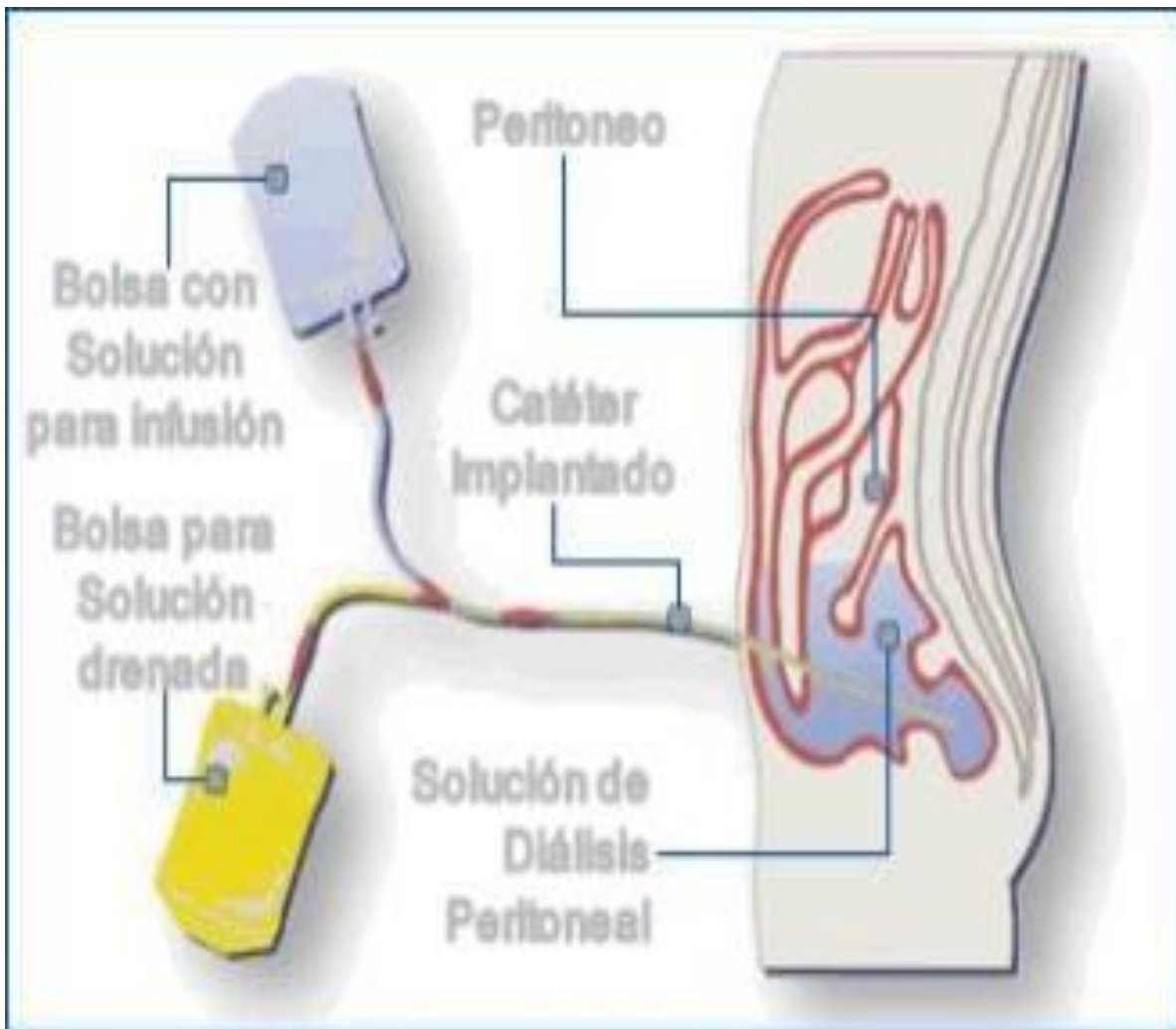
ANEXO NO. 4

NEFRONA



ANEXO NO. 5

DIALISIS PERITONEAL



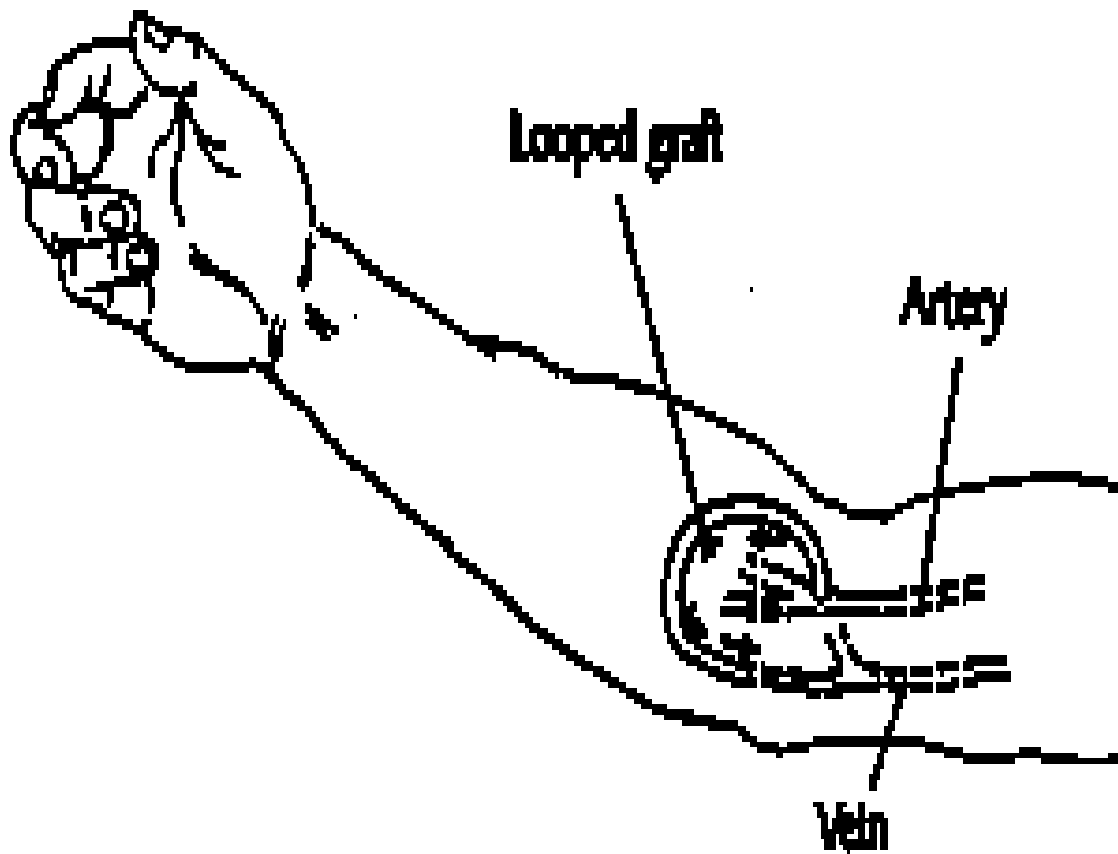
ANEXO NO.6

CATETER VENOSO CENTRAL



ANEXO NO. 7

FISTULA ARTERIOVENOSA



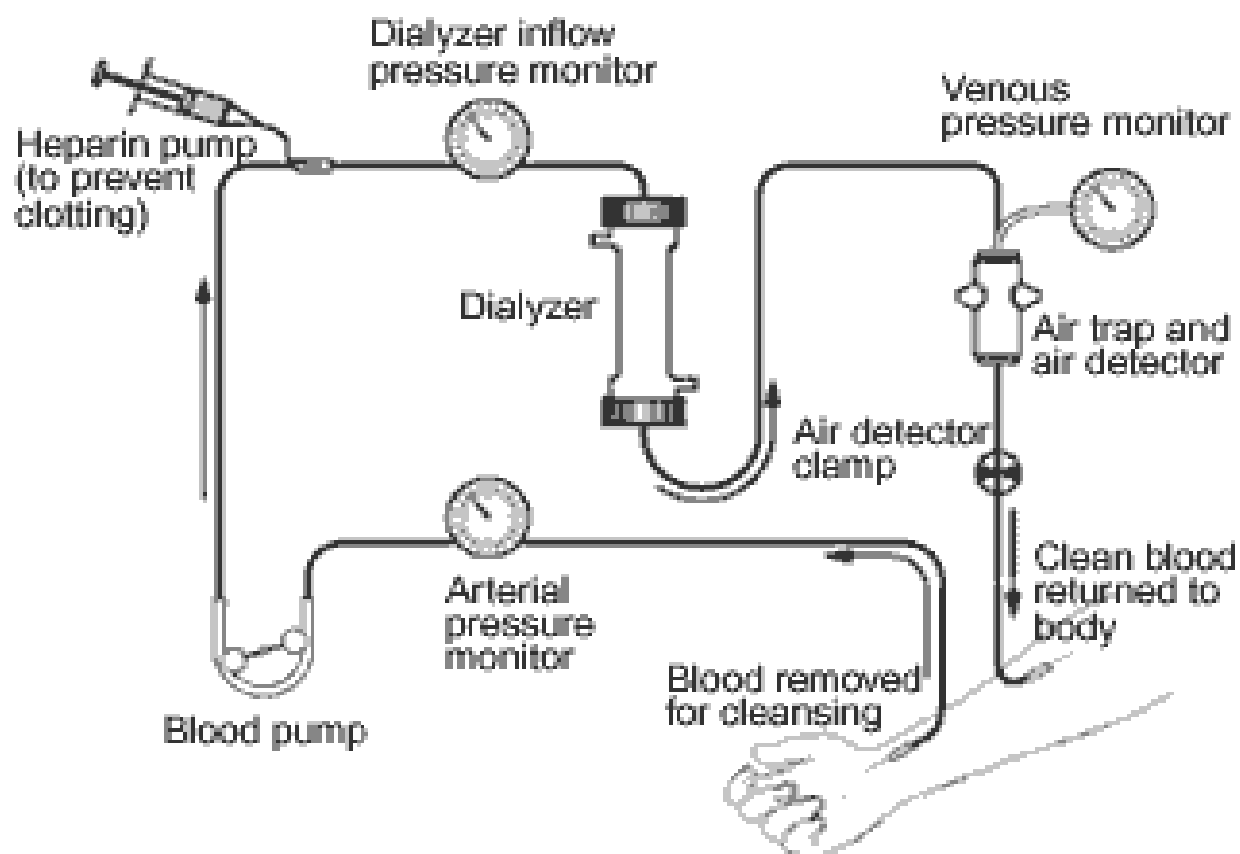
ANEXO NO. 8

PUNCION DE FISTULA ATERIOVENOSA INTERNA



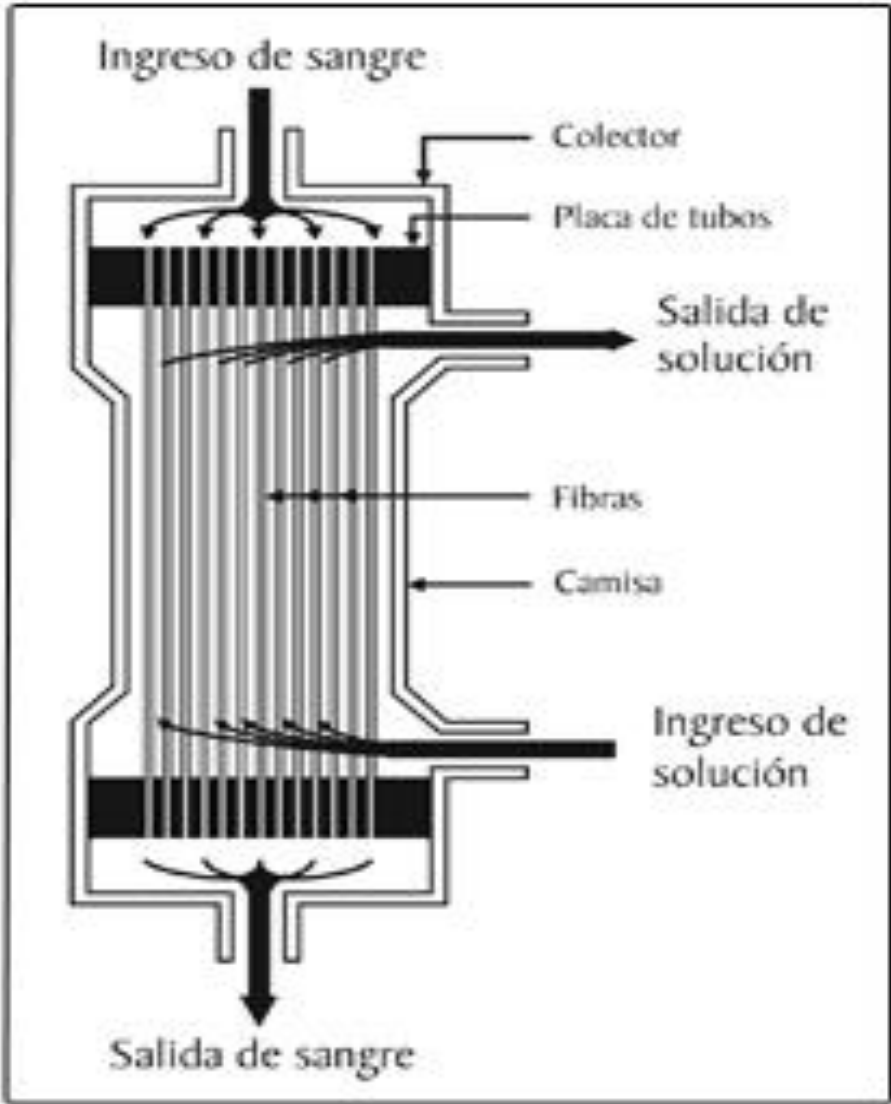
ANEXO N0. 9

SISTEMA EXTRACORPÓREO (HEMODIALISIS)



ANEXO NO. 10

DIALIZADOR



**PROCESO ATENCION ENFERMERIA EN PACIENTE CON
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SOMETIDO A
TRATAMIENTO SUBSTITUTIVO EN HEMODIÁLISIS.**

APROVADO POR:

M.C.E. EVILA GAYOSO ISLAS.

PRESIDENTE

LIC. ENF. ALICIA ANGELES MARTINEZ.

SECRETARIO

LIC. ENF. LILIA DE LA CRUZ GOMEZ.
VOCAL 1

LIC. ENF. MARIA DE LOS ANGELES GARCIA NUÑEZ.
VOCAL 2

. LIC. ENF. GWENDOLINE SAMPERIO PELCASTRE.
VOCAL 3

LIC. ENF. ROSA MARIA BALTAZAR TELLEZ.
SUPLENTE 1

M.C.E MARIA LUISA SANCHEZ PADILLA.
SUPLENTE 2

P.L.E. DIAZ RODRIGUEZ ANGELICA YASMIN

IX. ANEXOS

VI. PROCESO ATENCION ENFERMERIA