



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

“CUIDADOS A UN ADULTO MAYOR CON ALTERACIÓN EN  
LA NECESIDAD DE ELIMINACIÓN URINARIA”

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LIC. EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

AIDA ELIZABETH TREJO FLORES

No. de cuenta: 401119228

DIRECTORA DEL TRABAJO

LIC. MARGARITA CÁRDENAS JIMÉNEZ

México D. F. 2006



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## *DEDICATORIA*

*A mi Directora del trabajo de la ENEO la Lic. Margarita Cárdenas Jiménez, por su dedicación, entrega, paciencia y conocimientos transmitidos a lo largo de este Proceso Atención de Enfermería, que hoy se termina satisfactoriamente y por su ejemplar generosidad y apoyo espontáneo.*

*Con cariño y amor a mi Papá Aniceto Trejo Banda, por su apoyo que siempre me brindado, día a día y que me permito seguir a la culminación de mis estudios*

*Con amor, cariño y respeto, mi familia (Mi Mamá, Jorge, Miguel, Hugo, Irma, Gabriel y Lupe). Por cada palabra de aliento que me dieron en esos momentos de fatiga, desesperación, paciencia, apoyo incondicional, que me brindaron día a día y que me permitieron lograr mi meta Profesional.*

*A la Lic. Cristina Balan, con cariño y respeto, por su, apoyo, confianza y motivación, que me brindo para continuar y culminar satisfactoriamente.*

*Con mucho amor, cariño, respeto a Male V. C., por ese gran apoyo incondicional que siempre me ha brindado, por cada palabra de aliento, que me dio en esos momentos de fatiga y de desesperación.*

*A Dios todo poderoso por la vida que me dio, el estar siempre con migo, para poder terminar mis metas, sueños, anhelados y por el don que me dio.*

*Con amor, cariño y respeto a Blanca Azucena y Agustín V., por haber los conocido y estar siempre con migo.*

*La DRA. Graciela López y La Dra. Lucila Rosales, por su gran apoyo y ayuda que me brindaron para la culminación de mi meta.*

## **TOTAL DEL CONTENIDO**

<b>I.-</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>I</b>
<b>II.-</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>01</b>
<b>III.-</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>02</b>
<b>IV.-</b>	<b>MARCO TEORICO</b>	<b>03</b>
	1.- Conceptualización de Enfermería	06
	2.- Teorías de Enfermería	11
	3.- Necesidades Fundamentales según el enfoque de Virginia Henderson	14
	4.- Proceso de Enfermería	23
<b>V.-</b>	<b>APLICACIÓN DEL PROCESO</b>	<b>41</b>
	1.-Valoración	42
	2.- Análisis e interpretación de datos	53
	3.- Diagnóstico	56
	4.- Planeación	59
	5.- Ejecución	69
	6.- Evaluación	71
	7.- Plan de Alta	75
<b>VI.-</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>79</b>
<b>VII.-</b>	<b>SUGERENCIAS</b>	<b>80</b>
<b>VIII.-</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>81</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>83</b>

## **I.- INTRODUCCION**

En la formación de la enfermera no basta la preparación teórica, que se adquiere en el aula, sino la integración de los conocimientos a la práctica que se puede orientar hacia un individuo, familia y comunidad. En su Profesión, la Enfermera tiene una disciplina con una historia propia y con una práctica que la identifique como única e implique su que hacer. Donde hoy en día es necesaria la concientización del personal de Enfermería para conocer de cerca su profesión y poder aplicar el Proceso Enfermero a la persona sana o enferma, en base a sus conocimientos teóricos y práctico.

Para la realización de este Proceso y con los datos aportados se desarrolló de la siguiente forma:

En primer lugar se analizaron sus propósitos, metodología, marco teórico y la descripción de cada una de sus etapas del proceso elaborado. Durante la etapa de valoración se plantea la recolección de datos y organización del mismo.

En segundo lugar se abarcó la etapa diagnóstica y la taxonomía diagnóstica de la NANDA.

En la tercera parte se trataron aspectos de jerarquización de los problemas, la planeación y su determinación de objetivos, la intervención de la Enfermera, la observación y la ejecución del desarrollo del plan.

Y por último se realizó la evaluación y el plan de alta del Sr. ATB., para el cual se eligió el modelo de Virginia Henderson, el cual esta sustentado en bases científicas.

## **II.- OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL.**

Establecer el cuidado que requiere una persona con alteración en la necesidad de eliminación urinaria a través del Proceso Atención Enfermero.

### **OBJETIVO ESPECIFICO.**

Valorar las necesidades o problemas que presenta el Sr. ATB.

Planteamiento de los cuidados de enfermería de acuerdo al diagnóstico de enfermería, de sus necesidades detectadas y la aplicación del Proceso de Atención Enfermero, en todas sus etapas.

### **III. METODOLOGÍA**

Este Proceso de Atención de Enfermería se realizó a un adulto mayor con alteración en la necesidad de eliminación urinaria, se llevó a cabo en el domicilio del Sr. ATB de 70 años de edad con domicilio en Retorno Tlahuac # 20 Fraccionamiento Izcalli Nezahualcóyotl, Manzana 2, Lote 3. , Estado de México y se trabajó aplicando los conceptos de Virginia Henderson a través del Proceso de Atención Enfermero.

Se realizaron las siguientes actividades, siguiendo las fases del Proceso Atención Enfermería.

Se realizaron entrevistas con el Sr. ATB, para recabar toda la información y datos de su tratamiento y cuidados.

Se le acompañarlo a sus consultas, estudios de laboratorio y de gabinete.

Se le oriento en cuanto a las dudas que tenia sobre su padecimiento, y tratamiento.

Se le sugirió que buscara ayuda profesional "Psicológica".

Se le oriento en cuanto la importancia de cambiar sus hábitos alimenticios.

# *IV. MARCO TEÓRICO*

## ANTECEDENTES DEL CUIDADO

Durante la Historia de la humanidad, la vida y la muerte representan dos pasajes importantes, ya que el ser humano nace, crece, se desarrolla y concluye con la muerte, “Es un movimiento permanente y continuo”.

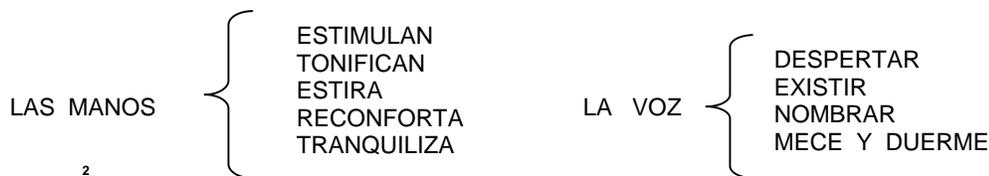
El cuidado alrededor del nacimiento tiene como finalidad el despertar y estimular al pequeño hacia el mundo externo y que desarrolló sus sentidos y reacciones.

Los cuidados representan estilos de vida de cada persona, ya que desde el nacimiento somos dependientes para poder sobrevivir, donde su objetivo es el desarrollar las capacidades adquiridas para ser independientes y poder cuidarnos por si mismo.

Los cuidados movilizan la capacidad de la vida para despertar, desarrollar, reforzar y compensar las capacidades que todavía no se encuentra desarrolladas, tanto física como afectiva y social, de acuerdo a su entorno de su vida y de su cultura.

Los cuidados al rededor de la muerte son derivados de la vida, son inversos de ellos ya que se tienen que compensar, mantener, reconfortar o estimular las capacidades alteradas, perdidas y disminuidas, con la finalidad de diferir su deterioro.<sup>1</sup>

A continuación se mencionan los vehínculo del cuidado.



<sup>1</sup> Colliere, F **Encontrar el Sentido Original del Cuidado**, ENEO-UNAM, 1998. p. 6

<sup>2</sup> Ibid. Pág 12.

Los cuidados se derivan del placer y la satisfacción, de un intercambio de reciprocidad y de enriquecimiento mutuo, los cuidados pueden ser mecánicos, físicos y químicos. Donde su propósito es obstaculizar la enfermedad, el detenerla, aniquilarla, el reducir al máximo sus efectos y el prevenirlas

**CUIDADOS SEGÚN  
SU FINALIDAD DE LA  
VIDA  
(NACIMIENTO)**

**ESTIMULACIÓN:** SE CENTRA EN EL DESPERTAR Y DESARROLLAR LAS CAPACIDADES FUNDAMENTALES, QUE SE ENCUENTRA EN LA BASE DE TODO LO ADQUIRIDO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR Y DEL PENSAMIENTO (ENTENDER, VER, SENTARSE, ETC).

**CONFORTACIÓN:** PERMITEN SEGURIDAD, ALIENTO, FIRMEZA, FAVORECIENDO LA RENOVACIÓN Y LA INTEGRACIÓN DE LA EXPERIENCIA EXTERIOR.

**COMPENSACIÓN:** ES LO QUE NO PUEDE HACER POR EL MISMO, EL CUAL DISMINUYE CON FORME ADQUIERA Y DESARROLLE SUS CAPACIDADES.

**MANTENIMIENTO Y CONSERVACIÓN:** DE LAS CAPACIDADES ADQUIRIDAS A FIN DE QUE NO SE PIERDAN, YA QUE UNA CARENCIA DE CUIDADOS PROVOCA UNA REGRESIÓN DE ESTAS CAPACIDADES.

**APARIENCIA:** SON LOS CUIDADOS DE LA CARA, DEL PEINADO, DE LA VESTIMENTA, YA QUE EL CUERPO ES EL PUNTO DE PARTIDA Y LA FUENTE DE LA COMUNICACIÓN, DEL DESARROLLO DE LA IDENTIDAD.

**RELAJACIÓN Y/O TRANQUILIDAD:** SE ORIENTAN HACÍA LA LIBERACIÓN DE LAS TENSIONES, LOS CUALES CONTRIBUYEN A DISMINUIR EL DOLOR.

**CUIDADOS SEGÚN  
SU FINALIDAD A  
LA MUERTE.**

3

**COMPENSACIÓN:** ES LO QUE LA PERSONA YA NO PUEDE HACER, TRATAN DE COMPENSAR LAS DISMINUCIONES SENSORIALES, TÁCTILES, VISUALES, AUDITICAS, ETC., LAS DISMINUCIONES MOTRICES QUE IMPIDEN LA POSIBILIDAD DE CAMINAR, LEVANTARSE, VESTIRSE, ETC.

**MANTENIMIENTO Y CONSERVACIÓN:** TRATAN DE MANTENER LO MÁS POSIBLE TODAS LAS CAPACIDADES EXISTENTES.

**TRANQUILIZAR:** REFUERZA EL SENTIMIENTO DE SEGURIDAD.

**RELAJACIÓN:** REFUERZAN EL SENTIMIENTO DE SEGURIDAD, CONTRIBUYEN A LA DISMINUCIÓN DEL DOLOR Y PUEDE SER UN ACOMPAÑAMIENTO HASTA LA MUERTE.

**ESTIMULACIÓN:** GUARDAN EL ESTADO DE VIGILIA LAS CAPACIDADES QUE SE ENCUENTRAN TODAVÍA YA SEAN FÍSICAS O PSICOLOGICAS.

<sup>3</sup> Ibid., Pág.13 y 14.

## DEFINICIÓN DEL CUIDADO

Es un acto natural de vida, profesional de suplencia, es una atención integral a la persona en todos sus aspectos, dirigido a la salud y a mantener la vida, ayuda a la satisfacción de necesidades básicas y de requerimientos indispensables para mantener la vida<sup>4</sup>

## EL CUIDADO EN CASA

Es un conjunto de acciones de corto plazo a largo plazo, acompañado de servicios de soporte social, que supla al cuidado institucional o de salud por otras personas de apoyo en sus distintas etapas "Incluyen enfermeras, trabajadoras sociales, de rehabilitación, etc.)<sup>5</sup>

Aquí encontramos pacientes en convalecencia, episodios agudos, crónicos y enfermedades terminales.

**Humphrey 1988.** Define el cuidado como: La provisión del cuidado en el hogar para una persona que esta enferma o discapacitada al alcance de él o de ella, que no es capaz de funcionar de alguna manera como una persona normalmente saludable en nuestra sociedad.<sup>6</sup>

## CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMERA

La Enfermería se concibe como una ciencia y arte del cuidado. Es una Profesión encaminada, al cuidado de la salud de la persona sana o enferma, en su dimensión integral con el propósito de que utilice sus capacidades y potencialidades para la vida, donde su campo de acción son todos los espacios donde la persona se desarrolla y en el que atiende su salud, la cual se sustenta en:

---

<sup>4</sup> **Diccionario de la Lengua Española.** 2005 Espasa Calpe S.A Madrid. Pág.1

<sup>5</sup> Grupo de Cuidado **Dimensiones del Cuidado.** Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Segunda Edición Bogotá Colombia, 2000. Pág. 362

<sup>6</sup> Ibid p 352.

**4 NUCLEOS  
IMPORTANTES Y  
BASICOS**

7

**SALUD:** Es un valor y experiencia vivida, según las perspectivas de cada persona, las creencias las formas de actuar, que son culturalmente conocidas y utilizadas con el fin de conservar el bienestar de cada persona o grupo y que que permite la relación de las actividades cotidianas, donde hacen referencia al bienestar. En donde los factores de vida son agentes causales de la salud y enfermedad.

La experiencia de la enfermedad forma parte de la experiencia de la salud, la cual esta determinada por el potencial, su estilo de vida, la calidad y el significado de la persona.<sup>1</sup>

**CUIDADO:** Significa brindar un servicio que da sentido a la práctica Profesional de Enfermería; el servicio al hombre como objeto y fin de cuidados. Respetando sus derechos y sentimientos.

Es una guía de comportamientos y actitudes que son el soporte de los cuidados de "Predicción, prevención, tratamiento de las respuestas humanas de la persona, familia y comunidad a procesos vitales / problemas de salud reales o potenciales, así como la colaboración de los de más integrantes del equipo de salud en la solución de respuestas fisiológicas.<sup>1</sup>

**PERSONA:** Es considerado sujeto de estudio, integral, único, particular, fisiológico, psicológico, sociocultural y espiritual consigo mismo y con el universo, que están en relación mutua y simultáneamente con su entorno, su estilo de vida que refleja valores, creencias y prácticas en torno a su salud que le han permitido su supervivencia.

\* **NOCIÓN DE PERSONA:** ES INDIVIDUO, FAMILIA Y COMUNIDAD.

**ENTORNO:** Es la experiencia de la vida de la persona, donde comprende dos medios:

- Medio Interno:(Genético, fisiológico, psicológico y espiritual).
- Medio Externo: El compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte (Físicos, ecológicos, sociales, culturales, políticos y económicos) y así como cualquier factor que tenga influencia sobre su estilo de vida de la persona.



<sup>7</sup> Cárdenas Jiménez Margarita, "Conceptualización de Enfermería", México, ENEO 1995, Mecnógrafa, Pág.1 y 2

El eje de la Enfermera es la interacción del cuidado de la persona con su entorno, experiencias de salud y enfermedad, mediante situaciones vividas en relación al crecimiento desarrollo y situaciones problemáticas de la persona.

Durante la realización del cuidado, puede requerir de la colaboración de familiares, amigos y otros profesionales de la salud.

## **CARACTERISTICAS DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA.**

La Práctica Profesional es mucho más que la realización de técnicas y procedimientos requiere de agudeza intelectual para elegir una acción pensada, reflexionada que responda a las necesidades particulares de la persona, lo que implica el dominio de conocimientos teóricos, metodológicos, de habilidades técnicas y actividades de compromiso hacia el sujeto de cuidado.

Aplicación de conocimientos, la reflexión, la integración de creencias y de valores el análisis crítico, el juicio clínico y la intuición que permite crear el cuidado hacia la persona.

La Enfermera en el cuidado innovador reúne la ciencia y el arte que se centra en la persona en una continua interacción con su entorno y experiencias de salud enfermedad.

La importancia entre la interacción entre la persona y la Enfermera es el sustentar en el respeto mutuo, en el reconocimiento de su esencia como ser humano y el compromiso que se manifiesta por el interés hacia sus opiniones, valores, particularidades reconociendo las diferencias en las formas de ser y percibir, incluyendo de igual forma a sus familiares, amigos y comunidades.

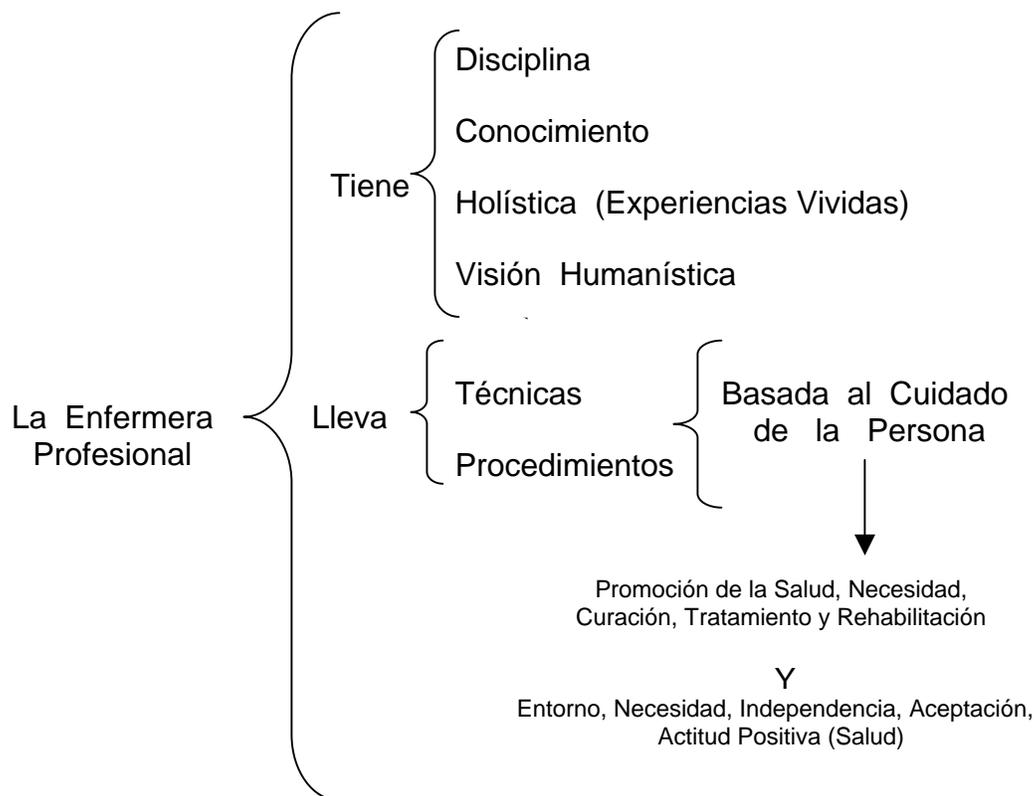
Permite aumentar sus conocimientos, agudizar su toma de conciencia y su voluntad de vivir una vida en salud, la cual se logra a través de una comunicación verdadera que permita comprender y compartir los valores, el afecto, la aceptación y sensibilidad de la persona los cuales son esenciales para favorecer el desarrollo potencial de la persona.

Basar los conocimientos en otros campos disciplinarios, apoyarse en una visión humanística y holística del ser humano, así como los conocimientos de diversas experiencias de salud vividas por la persona, familia o grupo.

Orientación a la persona para posibilitar la aceptación de una actitud tendiente a su salud por medio de la promoción de la salud y apoyo en su curación. Invitar o motivar a la persona a participar en el cuidado a su salud a llevar a cabo actividades que requieran del aprendizaje, del reforzamiento de sus capacidades, que le permitan recobrar una esperanza hacia su recuperación.

Para cuidar, es decir para conocer a la persona y su entorno la Enfermera requiere de tiempo y que sea orientado a la experiencia particular de su salud, que sea específico, individual y contextual; que sea adaptado a las necesidades y características de la persona.<sup>8</sup>

En el siguiente cuadro se describirá lo antes mencionado.



<sup>8</sup> Ibid., Pág. 2 y 3

## El Método:

Es el Proceso de Enfermería, que es entendido como el sistema de intervenciones propias de enfermería, implica la identificación de necesidades de salud o enfermedad, y la atención que puede ser independientes y exclusivas de la enfermera.

Valorar de una manera dinámica la información de la persona, sobre su experiencia de salud y su entorno, (análisis reflexivo y clarificador de la información y la elaboración conjunta de los objetivos de salud.)

Formulará un diagnóstico de Enfermería que resuma la respuesta de la persona o su experiencia de salud y sus causas.

La ejecución llevara acabo las intervenciones previstas en la etapa anterior, y los resultados obtenidos se podrán modificar o cambiar los objetivos del cuidado.

Evaluará la intervención en función de los objetivos propuestos en los cambios manifestados por la persona quien es parte activa en todo el proceso.<sup>9</sup>

**Ámbito donde ejerce su  
práctica profesional**

<sup>10</sup>

Escenarios de la vida cotidiana (Hogar, escuela y trabajo)  
Institucionales de salud  
Sectores productivos y servicios  
Centros de Atención Grupos Poblacionales (Asilos)  
Comunidades.

---

<sup>9</sup> Ibid.p.3

<sup>10</sup> Ibid 4

## **TEORIAS DE ENFERMERÍA.**

¿Qué es una Teoría?: conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistematizada de los fenómenos mediante el diseño de interrelación entre los conceptos de interrogación entre los conceptos con el fin de describir, explicar, predecir y controlar los hechos.<sup>11</sup>

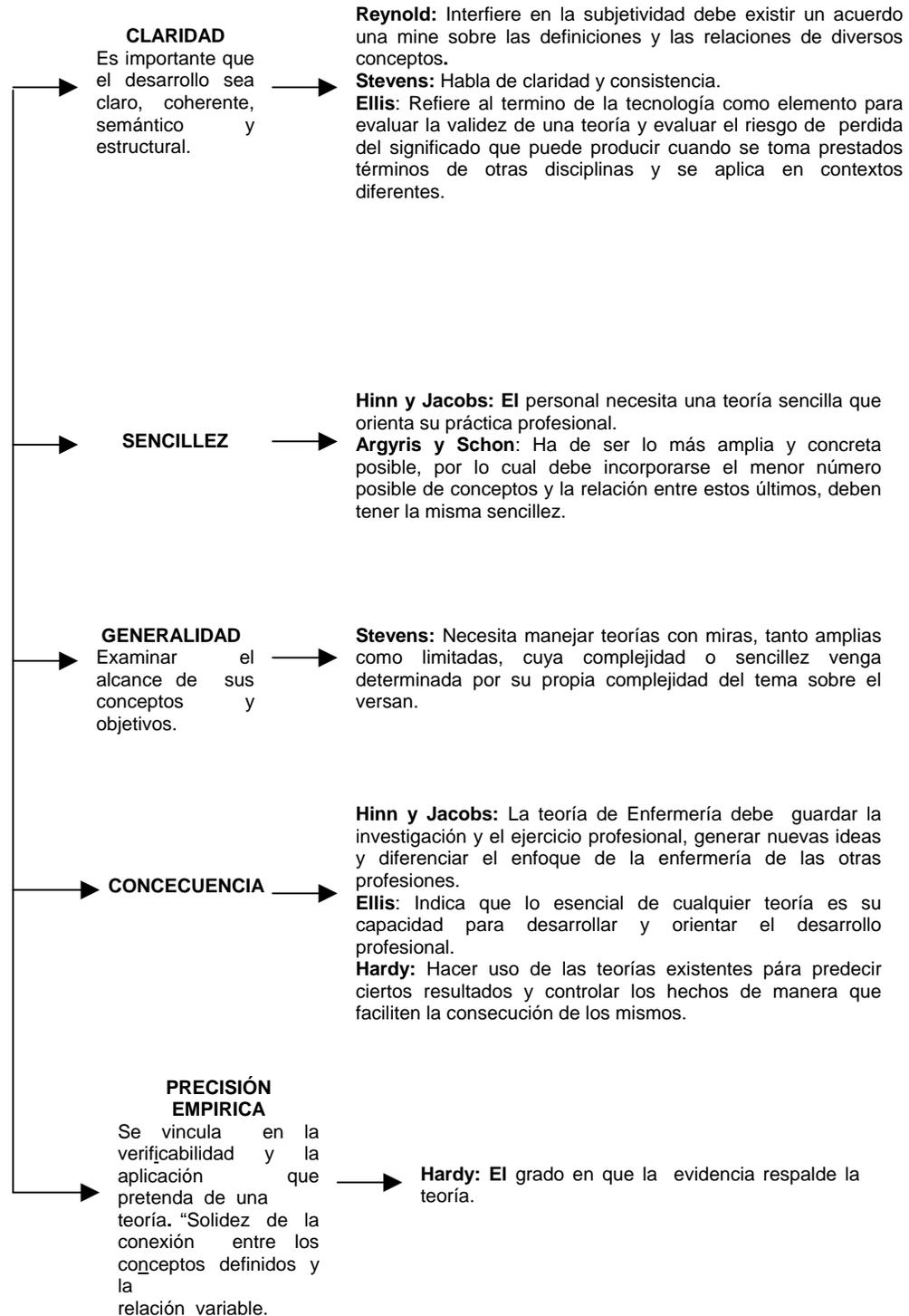
Donde la Enfermera está profundamente involucrada, en la identificación de la base del conocimiento, mediante el desarrollo y el reconocimiento de los conceptos y teorías específicas.

La calidad de la enfermera depende de la actitud, conocimientos y capacidades para un cuidado efectivo. La forma en que los utiliza y como los aplica la teoría, incluyendo una buena toma de decisiones.

---

<sup>11</sup> Ibid.p. 4

## 9.- CRITERIOS PARA EVALUAR LA TEORÍA.



<sup>12</sup> Marriner, T. Ann. "Introducción al análisis de las Teorías de Enfermería", en *Modelos y Teorías de Enfermería*, 4 Ed., Barcelona España, Mosby Doyma, 1998. p.14 y 15.

## TEORICAS DE ENFERMERÍA.

### FILOSOFICAS

1. Florencia Nightingale.
2. Ernestina Wiedenbach.
3. Virginia Henderson.
4. Faye Glenn Abdellah
5. Lydia E. Hall.
6. Jean Watson.
7. Patricia Benner.

### MODELOS CONCEPTUALES

1. Dorotea E. Orem.
2. Myra Estrin Iven.
3. Martha E. Roger.
4. Doroty E. Jonson.
5. Sor Callista Roy.
6. Betty Neuman.
7. Imogene King.
8. Nancy Roper.
9. Winifre W. Logan.
10. Alison J. Tierney

### TEORICAS

1. Hildegger E. Peplau.
2. Ida Jean Orlando.
3. Joyce Travelbee.
4. Joan Riehl-Sisca.
5. Helen Ericson.
6. Evelyn M. Tomlin.
7. Mary Ann P. Swain.
8. Ramona T. Mercer.
9. Kathryn E. Barbard.
10. Madeleine Leinniger.
11. Rosemarie Rizzo Parse.
12. Joyce Fitzpatrick.
13. Margaret Newman.
14. Evelyn Adam.
15. Nola J. Pender.

13

<sup>13</sup> Severino Rubio Domínguez, **Teorías y Modelos para la Atención de Enfermería**, Programa Guía ENEO. SUA, 2003, Páginas de la 15 a la 21.

## **LAS NECESIDADES FUNDAMENTALES SEGUN EL ENFOQUE DE VIRGINIA HENDERSON.**

### **Definiciones de los conceptos clave de este modelo.**

“Cuidados básicos y práctica independiente de Enfermería”. Ofrece una visión clara de los cuidados de Enfermería. Donde el rol de la Enfermera es de suplencia, consiste en ayudar al cliente a ser independiente y suplir en aquello que el no puede realizar por si mismo.

Virginia Henderson Nació en 1897 en Kansas (Missouri), Se especializó como enfermera docente, incorpora los principios fisiológicos y psicopatológicos en su concepto de enfermería.

Define a la enfermera en términos funcionales como “La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que este realiza sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario, y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”.<sup>14</sup>

Las 14 necesidades básicas y fundamentales que componen los seres humanos, que pueden no satisfacer por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital incidiendo factores físicos, psicológicos o sociales.

Las cuales están satisfechas por el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (Independiente). Pero cuando falla en la persona o no se satisface alguna necesidad surgen problemas de salud (Dependientes), es donde la enfermera ayuda o suple a la persona para que pueda cubrir sus necesidades y pueda aparecer por causas de tipo físico, psicológico, social o relacionado a una falta de conocimiento.

Parte del principio; todos los seres humanos tiene una serie de necesidades básicas que deben satisfacer o ser cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello. Según las Necesidades Básicas son las mismas para todos los seres humanos y existe independientemente de la situación que se encuentre cada ser humano y sin embargo se modifican en dos tipos de factores.

**PERMANENTES:** Edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.

---

<sup>14</sup> <http://www.teleline.terra.es/> “Enfermera Teóricas Virginia Henderson”. Abril 2006. P.1

**VARIABLES:** Estados Patológicos, donde tenemos, falta de oxígeno (Conmoción

“Colapso y hemorragias”), estado de inconciencia (Desmayos, coma, delirios, etc.), local, herida infección o ambas, enfermedades transmisibles, estado preoperatorio o pos operatorio, Inmovilización y/o enfermedad, dolores persistentes o que no admitan tratamiento.<sup>15</sup>

Las actividades que la enfermera realiza para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades son denominadas cuidados básicos de enfermería y se aplica a través de un plan de cuidados de enfermería en cuanto a la necesidades detectadas en el paciente.)Interrelación enfermera paciente, detectando tres niveles de intervención.

**1.- Como Sustituta:** Carencia del paciente debido a su falta de fortaleza, voluntad y conocimiento.

**2.- Como Ayuda:** auxiliar en convalecencia para que recupere su identidad.

**3.- Como Compañera;** Supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

Hace un estudio cuidadoso de las necesidades básicas del paciente e identifica 14 de ellas que constituyen los componentes de la asistencia de Enfermería, los cuales son:

- Respirar.
- Comer y beber.
- Eliminar Residuos corporales.
- Movimiento.
- Descanso y sueño.
- Elegir las prendas de vestir y desvestir.
- Mantener la temperatura corporal mediante la selección de las ropas y la modificación del entorno.

---

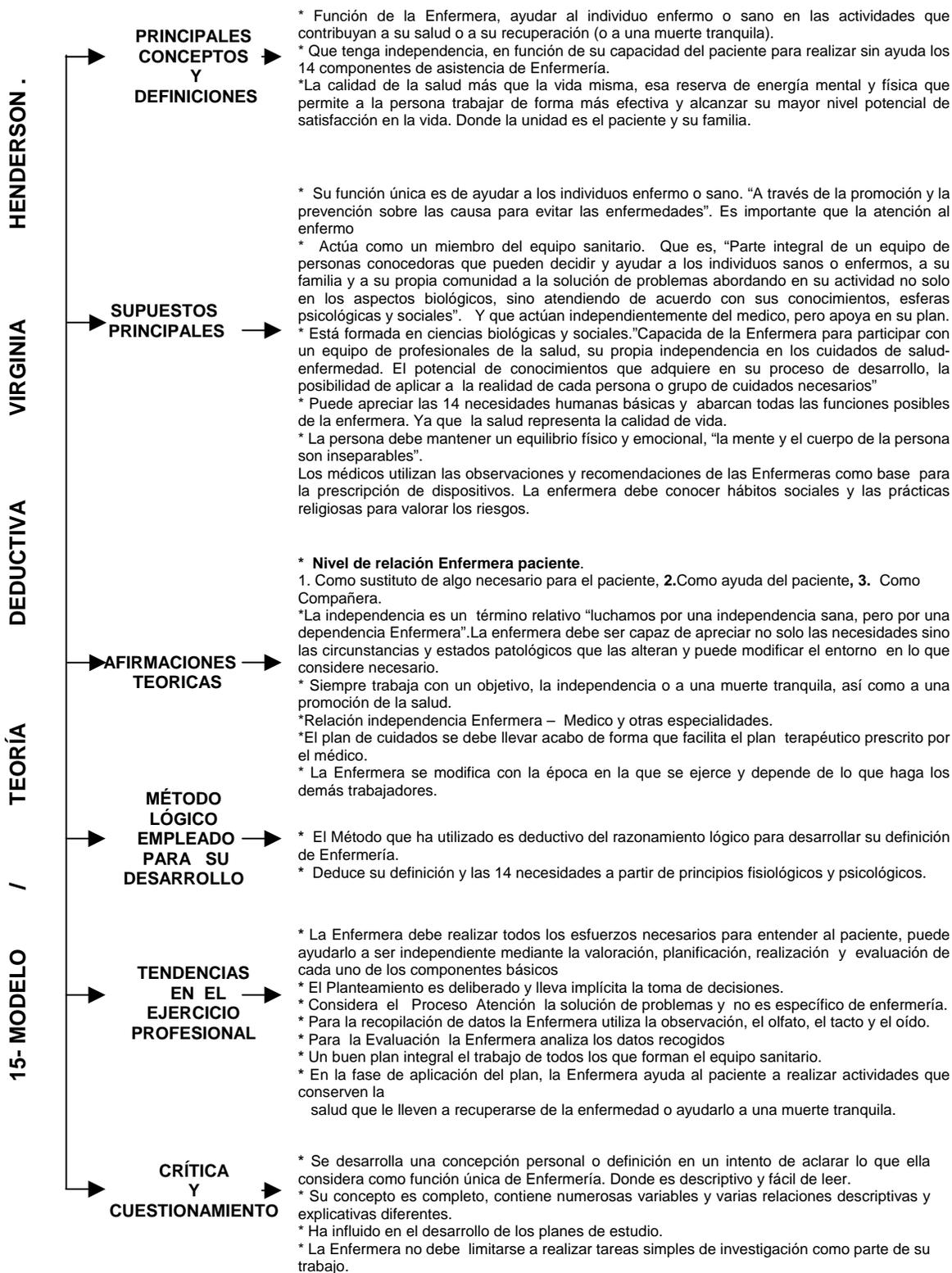
<sup>15</sup> Ibíd.2

- Mantener el cuerpo limpio y cuidado y los tegumentos protegidos.
- Evitar riesgos del entorno y evitar lesionar a otros.
- Comunicarse con los demás expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones.
- Realizar prácticas religiosas según la fe de cada uno.
- Trabajar en tal forma que sintamos satisfacción por ello.
- Participar en las actividades recreativas.
- Aprender, descubrir o satisfacer la manera que conduzca a un desarrollo y una salud normal y utilizar los recursos sanitarios disponibles.

En este grupo se observa la inclusión no solo de las necesidades básicas para conservar la vida como ser biológico sino que incursiona en la satisfacción de necesidades psíquicas y de la vida social del hombre, a partir de la definición de estas necesidades la enfermera determinará los cuidados que deben brindarse a la persona y a su entorno.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> Severino Rubio Domínguez. **Teorías y Modelos para la atención de Enfermería**, Programa Guía ENEO. UNAM. SUA, 2003. Pág. 55, 56 y 57



## 16.- VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES BASICAS FACTORES QUE INFLUYEN.

NECESIDAD	FACTORES			
	FISICOS	PSICOLOGICOS	SOCIOCULTURALES	ESPIRITUALES
<p><b>RESPIRAR</b></p> <p>* Aporte esencial de oxígeno.</p> <p>* Disminución de gases a nivel pulmonar.</p> <p>* Intercambio a nivel celular.</p> <p>* Expulsión de gas carbónico y de vapor de agua.</p>	<p>* Alteración orgánica.</p> <p>* Inmadurez o envejecimiento.</p> <p>* Fatiga.</p> <p>* Obstrucción Mecánica.</p> <p>* Fiebre.</p> <p>* Efectos secundarios de medicamentos.</p> <p>* Tabaquismo.</p> <p>* Intoxicación.</p> <p>* Humedad o sequedad del ambiente.</p> <p>* Enfermedades nerviosas, circulatorias o respiratorias.</p>	<p>* Emociones.</p> <p>* Ansiedad y estrés.</p>	<p><b>* ESTILO DE VIDA</b></p> <p>* Actividades físicas.</p> <p>* Deportes al aire libre.</p> <p>* Sedentarismo.</p> <p>* Tabaquismo.</p> <p><b>ENTORNO:</b></p> <p>* Punición.</p> <p>* Condiciones de trabajo inadecuadas.</p> <p>* Exposición a los contaminantes.</p>	<p>* Meditación.</p> <p>* Disciplina personal, de respiración, yoga, etc.</p>
<p><b>BEBER Y COMER</b></p> <p><b>(Necesidad del organismo de absorber los líquidos y nutrientes necesarios para el metabolismo.)</b></p> <p>* Ingestión, digestión y absorción del agua y de los nutrientes necesarios para la vida.</p>	<p>* Capacidad de masticar, de deglutir y de absorber los alimentos.</p> <p>* Calidad y cantidad de los alimentos y bebidas.</p> <p>* Equilibrio electrolitos hormonas y metabólico.</p> <p>* Alteración fisiológica u orgánica.</p> <p>* Disponibilidad de los alimentos</p> <p>* Modo de alimentación oral, parenteral.</p> <p>* Dolor en el aparato digestivo.</p>	<p>* Ansiedad, anorexia.</p> <p>* Utilización de mecanismos de defensa: compensación, sublimación.</p> <p>* Miedo.</p> <p>* Hábitos personales y gustos relacionados con la absorción de alimentos o bebidas.</p> <p>* Higiene corporal deseada.</p>	<p>* Hábitos culturales</p> <p>* Horarios de comidas.</p> <p>* Ambiente familiar en el momento de las comidas.</p> <p>* Limitaciones debidas al trabajo.</p> <p>* Situación económica.</p> <p>* Limitaciones relacionadas con la hospitalización.</p>	<p>* Prohibiciones o prescripciones religiosas. Ayunos, alimentos prohibidos.</p>

17

continúa

<sup>17</sup> R Alfaro, **Aplicación Proceso de Enfermería**, Guía Práctica, 2 Ed., Barcelona, Doyma, Enfermería 1992. p. 18 - 22

NECESIDAD	FACTORES			
	FISICOS	PSICOLOGICOS	SOCIOCULTURALES	ESPIRITUALES
<p><b>ELIMINAR</b></p> <p>(Necesidad del organismo de expulsar fuera del cuerpo las sustancias inútiles y nocivas, y los residuos producidos por el metabolismo. La necesidad de eliminar comprende la eliminación urinaria y fecal, el sudor, la menstruación y los loquios.)</p> <p>* Expulsión de las sustancias nocivas o inútiles producidas por el metabolismo o por ciertas funciones: eliminación urinaria e intestinal, sudor, lágrimas, menstruación y loquios.</p>	<p>* Alteración orgánica.</p> <p>* Inmadurez o envejecimiento.</p> <p>* Obstrucción.</p> <p>* Efectos secundarios de los medicamentos: dependencia física de los laxantes.</p> <p>* Alimentación: déficit en fibra.</p> <p>* Dolor en la defecación.</p> <p>*Sedentarismo.</p> <p>* Problemas hormonales.</p> <p>* Edad.</p>	<p>* Cambios psicológicos relacionados con el parto.</p> <p>* Desgano o indiferencia.</p> <p>* Ansiedad o estrés.</p> <p>* Hábitos de eliminación.</p> <p>* Intimidad.</p> <p>* Dependencia. Psicológica de los laxantes.</p> <p>* Actitud frente a la menstruación.</p>	<p>* Actividades físicas.</p> <p>* Limpieza de los lugares públicos.</p> <p>* Educación.</p> <p>* Valores relativos a la higiene</p> <p>* Organización y control sanitario.</p>	<p>* Valor que se concede a la higiene y a las abluciones.</p>
<p><b>MOVERSE Y MANTENERSE EN POSTURA ADECUADA.</b></p> <p>(Necesidad del organismo de ejercer el movimiento y la locomoción mediante la contracción de los músculos dirigidos por el sistema nervioso)</p> <p>* Impulsos dados a los músculos para permitir el cambio de posición del cuerpo y de los miembros.</p>	<p>* Alteración de las estructuras que permiten el movimiento.</p> <p>- Daño neurológico.</p> <p>-Rigidez, anquilosis de las articulaciones.</p>	<p>* Ansiedad, estrés.</p> <p>* Valor que se da al deporte y al ejercicio físico.</p>	<p>* Organización de los deportes y actividades.</p> <p>* Condiciones de trabajo inadecuadas: mala postura, gestos repetitivos.</p>	<p>* Gestos rituales.</p> <p>* Postura para la meditación o la oración.</p>
				<b>Continúa.</b>

NECESIDADES	FACTORES			
	FISICOS	PSICOLOGICOS	SOCIOECONOMICOS	ESPIRITUALES
<p>* Mantenimiento de una buena alineación de los segmentos corporales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Debilidad</li> <li>* Envejecimiento</li> <li>* Traumatismos</li> <li>* Amputaciones</li> <li>* Daño del sistema vestibular</li> <li>* Ejercicios</li> <li>* Arteriosclerosis</li> <li>* Lesiones tisulares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Hábito personal de comportamientos de sedentarismo o de actividades.</li> </ul>		
<p><b>DORMIR Y DESCANSAR</b> (Necesidad del organismo de suspender el estado de conciencia o de actividades para permitir la recuperación de las fuerzas físicas y psicológicas)</p> <p>* Suspensión de las actividades y del estado de conciencia que permite recuperar las fuerzas del organismo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Dolor</li> <li>* Falta de confort</li> <li>* Prurito</li> <li>* Confort de la cama y del lugar de descanso</li> <li>* Ritmos biológicos</li> <li>* Medicamentos, alcohol y estimulantes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Emociones, ansiedad, miedo y estrés</li> <li>* Falta de estimulación o hiperestimulación</li> <li>* Hábitos de sueño</li> <li>* Ritual que procede al acostarse</li> <li>* Dependencia farmacológica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Horarios de trabajo</li> <li>* Polución por ruidos</li> <li>* Intensidad del lugar de descanso</li> <li>* Cambios de rutina diaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Rutina de oración al acostarse.</li> </ul>
<p><b>VESTIR Y DESNUDARSE</b> (Necesidad de proteger el cuerpo en funciones del clima, de las normas sociales, del decoro y de los gustos personales)</p> <p>*Protección del cuerpo con vestido, calzado, etc., en función del clima, de las normas sociales y del propio pudor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Rigidez en las articulaciones.</li> <li>* Amputaciones</li> <li>* Debilidad</li> <li>* Daño Neurológico</li> <li>* Envejecimiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Alteración del estado de conciencia</li> <li>* Pérdida de autonomía en el plano cognitivo</li> <li>* Importancia que se concede al vestido y a la apariencia personal</li> <li>* Gusto personal</li> <li>* Estado depresivo</li> <li>* Desgasto, pudor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Modas, normas sociales</li> <li>* Situaciones socioeconómicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Prohibición de llevar ciertos vestidos considerados inaceptables</li> <li>* Obligación de llevar determinadas prendas de vestir (p. Ej., el chador.)</li> </ul> <p><b>Continúa.</b></p>

NECESIDAD	FACTORES			
	FISICOS	PSICOLOGICOS	SOCIOCULTURALES	ESPIRITUALES
<p><b>MANTENER LA TEMPERATURA COORPORAL DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES</b></p> <p>* Equilibrio entre la producción de calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie corporal</p>	<p>* Inmadurez * Envejecimiento * Inflamación. infección * Traumatismos, tumor cerebral. * Temperatura ambiental * Alcoholismo * Agitación * Deshidratación * Consumo de diuréticos</p>	<p>* Emociones intensas * Ansiedad y estrés * Confort. * Aislamiento. * Caldeamiento de la casa y de los lugares de trabajo y estudio</p>		
<p><b>ESTAR LIMPIO Y ASEADO Y PROTEGER LOS TEGUMENTOS</b></p> <p>* Aplicación de los cuidados de higiene esenciales para la salud, atención a la apariencia personal y preservación de los tejidos que recubren el cuerpo.</p>	<p>* Dolor * Rigidez en las articulaciones * Amputación * Debilidad * Daño Neurológico. * Déficit visual.</p>	<p>* Alteración del estado de conciencia. * Pérdida de autoría en el plano cognitivo * Importancia que se conoce a la higiene y a la apariencia personal * Propia imagen * Estado depresivo.</p>	<p>* Normas sociales. * Situaciones socioeconómicas * Estado del medio en que se vive y se trabaja. * Instalaciones sanitarias * Abluciones relacionadas con ciertos ritos.</p>	
<p><b>EVITAR EL PELIGRO</b></p> <p>* Protección contra las amenazas, las agresiones negligencias a fin de mantener la integridad física y psicológica.</p>	<p>* Alteración de los mecanismos inmunitarios. * Limitaciones sensoriales, vista, oído, percepción táctil. * Inflamación, infección. * Ideas auto depresivas, suicidas. * Modificación del esquema corporal. * Dolores. * Consumo de medicamentos</p>	<p>* Propia imagen. * Ansiedad y estrés. * No aceptación o incumplimiento del tratamiento * Dependencia de las drogas, del alcohol</p>	<p>* Medidas de seguridad en el trabajo. * Seguridad en la casa. * Contagio. * Prevención comunitaria del suicidio * Mantenimiento de la red de apoyo.</p>	<p>* Valoración del estoicismo. * Valoración relacionada con la enfermedad el sufrimiento y la muerte.</p>
<p><b>COMUNICARSE CON LOS SEMEJANTES (Y ASUMIR LA PROPIA SEXUALIDAD)</b></p> <p>* Establecimiento de relaciones con los demás.</p>	<p>* Limitaciones de los órganos de los sentidos. * Desequilibrio hormonal. * Alteración de los órganos sexuales o de las funciones sexuales. * Daño neurológico</p>	<p>* Ansiedad, estrés. * Trastornos del pensamiento. * Utilización de mecanismos de defensa. * Inteligencia y personalidad.</p>	<p>* Red de parientes y amigos. * Control social y libertad sexual. * Status social.</p>	<p>* Valores relacionados con la sexualidad, la procreación y la regularización de la natalidad. * Valores espirituales relacionados con la apertura a los demás.</p>
				<b>Continúa.</b>

NECESIDADES	FACTORES			
	FÍSICOS	PSICOLÓGICOS	SOCIOECONÓMICOS	ESPIRITUALES
<b>ACTUACIÓN SEGÚN LAS PROPIAS CREENCIAS Y VALORES</b>  *Puestas en práctica de valores religiosos o de una filosofía de vida	*Inmadurez. *Sensibilidad. *Daño cerebral. *Dolor *Obligación del tratamiento. *Debilidad e inmovilidad	*Ansiedad y estrés. *Disminución del juicio. *Pérdida de la memoria, *Fase de adaptación a la enfermedad. *Trastornos del pensamiento *Perturbaciones de la autoestima. *Concepción de la vida y del más allá	*Libertad o control ejercido por el entorno. *Alejamiento del lugar de culto. *Influencia de la cultura. *Prejuicios.	*Valoración de estoicismo. *Valores relacionados con la enfermedad, el sufrimiento, la muerte, los rituales y los objetos de culto. *Pertenencia a una religión, adhesión a una filosofía de vida, a un tipo de alimentación.
<b>PREOCUPARSE DE LA PROPIA REALIZACIÓN</b>  *Empleo del tiempo de la forma eficaz y enriquecedora.  *Desarrollo personal. *Capacidad de autoestima.	*Debilidad. *Daño neurológico. *Amputación. Rigidez en las articulaciones. *Dolor. *Inmovilidad. *Envejecimiento.	*Propia imagen. *Voluntad de autonomía. *Deseo de realizarse. *Trastornos del pensamiento. *Depresión	*Educación. *Limitaciones socioeconómicas, *Desempleo. *Rol del enfermo, rol profesional y parental, *Jubilación	*Filosofía de la persona respeto al trabajo a la propia realización
<b>DISTRAERSE</b>  *Práctica de una forma de esparcimiento	*Debilidad. *Dolores. *Amputación. *Rigidez en las articulaciones. *Envejecimiento. *Daño Neurológico,	*Sedentarismo. *Estado depresivo, *Duelo.	*Pertenencia a un grupo para ocupar el tiempo libre. *Soledad.	*Filosofía personal frente al placer, al juego al deporte.
<b>APRENDER</b>  * Adquisición de conocimientos.	*Daño cerebral.	*Problemas de atención. *Pérdida de la memoria. *Falta de Motivación. *Inteligencia.	* Presencia de un grupo para ocupar el tiempo libre. * Soledad.	*Filosofía de la persona respeto al conocimiento.
				<b>FIN.</b>

## PROCESO DE ENFERMERÍA

Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos, de forma eficiente.<sup>18</sup>

Es un método científico, conocido como Proceso de Atención de Enfermería. El cual permite prestar cuidados de una forma racional lógica y sistemática.

Su origen fue, cuando por primera vez fue considerado como un Proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (Valoración, planeación, y ejecución); Yura y Walsh (19679), establecieron cuatro (Valoración, planeación, realización y evaluación); (1974), Roy (1975), Aspilla (1976) y algunos autores establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.<sup>19</sup>

El Proceso Atención Enfermería; implica una atención constante y a todos los niveles para poder determinar y cubrir los requerimientos del paciente, y no desde una dimensión física o biológica, sino desde la perspectiva, psicológicas, sociológicas, culturales y espirituales.

### FINALIDAD DEL PROCESO

20

1. Proporcionar un marco para la planificación de los cuidados de enfermería.
2. Personalizar los cuidados a fin de responder mejor a las necesidades de la persona.
3. Descubrir y maximizar los recursos de la persona, tanto los personales como los externos.
4. Planificar intervenciones que permiten mantener a la persona en óptimo bienestar e independencia.
5. Coordinar el trabajo de equipo indicado lo que hay que hacer y quien lo debe de hacer.

<sup>18</sup> Rodríguez Sánchez Bertha Alicia. **Proceso Enfermero**, México, Ediciones Cuellar, 2000. P 20

<sup>19</sup> Rubio Domínguez, Severino. Op cit. P.55 y 56

<sup>20</sup> Rodríguez Sánchez Bertha Alicia, **Proceso Enfermero**, México, Ediciones Cuellar, 2000, Pág.25

**CARACTERÍSTICAS**

21

**Método:** Serie de pasos mentales a seguir que le permite organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los que posibilitan la continuidad, en el otorgamiento de los cuidados.

**Sistemático:** Parte de un planteamiento para alcanzar su objetivo.

**Humanista:** Por considerar al hombre como un ser holístico (Total e integrado).

**Interactivo:** Basado en las relaciones reciprocas que se establece entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud, (Humano-Humano), para acordar y lograr objetivos comunes.

**Dinámico:** Responde a un cambio continuo

**Flexible:** Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área.

En las características; es impersonal, cíclico, universal, se basa en la metodología científica, es planificado, dirigido hacia metas y permite la creatividad de la enfermera.



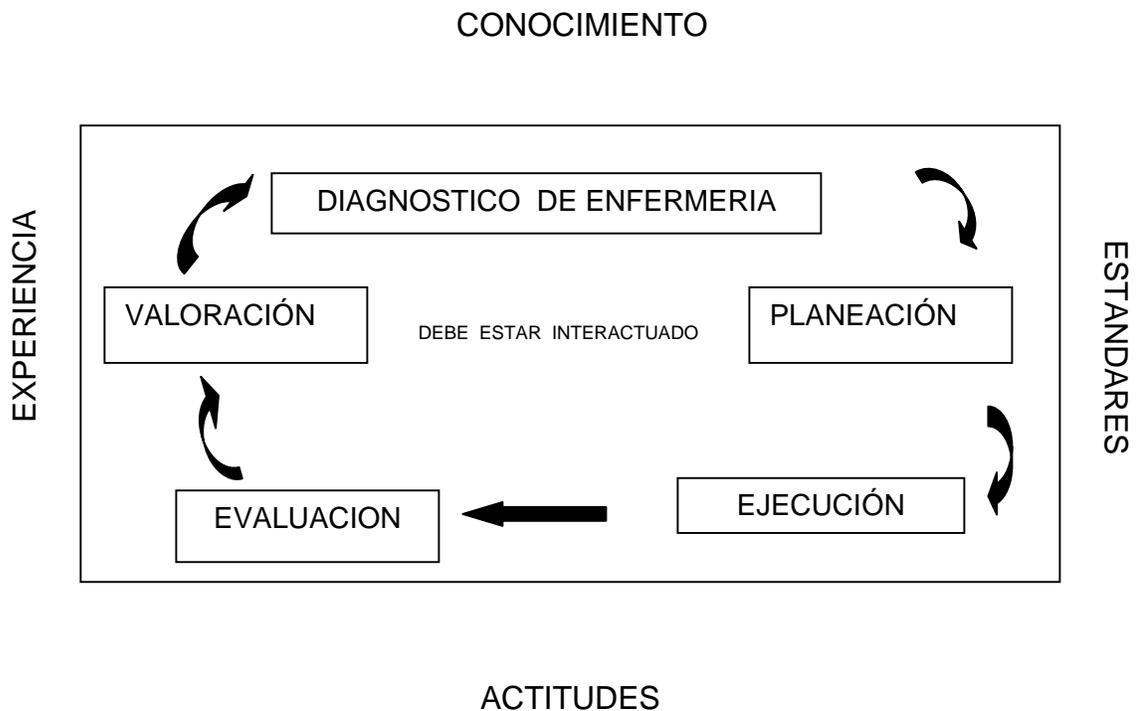
22

<sup>21</sup> Ibid. Pág. 23

<sup>22</sup> Ibid. Pág. 25

Este proceso, continuo esta integrado por diferentes etapas o fases, que responden a reglas lógicas comunes que se utilizan para planificar y ejecutar cuidados personalizados dirigidos al mejor bienestar de la persona cuidada

## ETAPAS DEL PROCESO

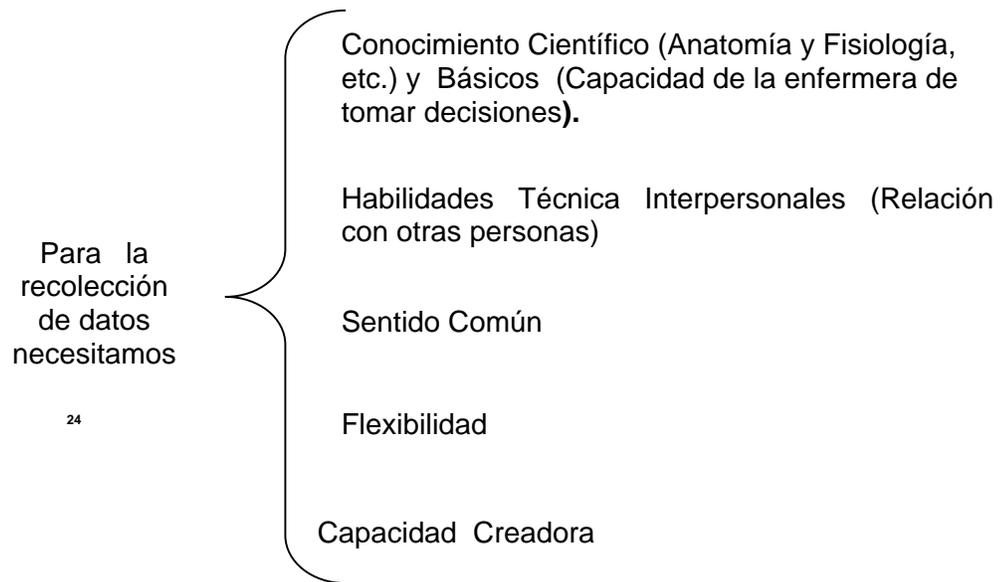


### VALORACIÓN

Es la primera parte del proceso de Enfermería que consiste en la recolección y organización, de los datos que conciernen a la persona, familia y entornos son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.<sup>23</sup>

<sup>23</sup> Citada por Rodríguez, op cit p. 23

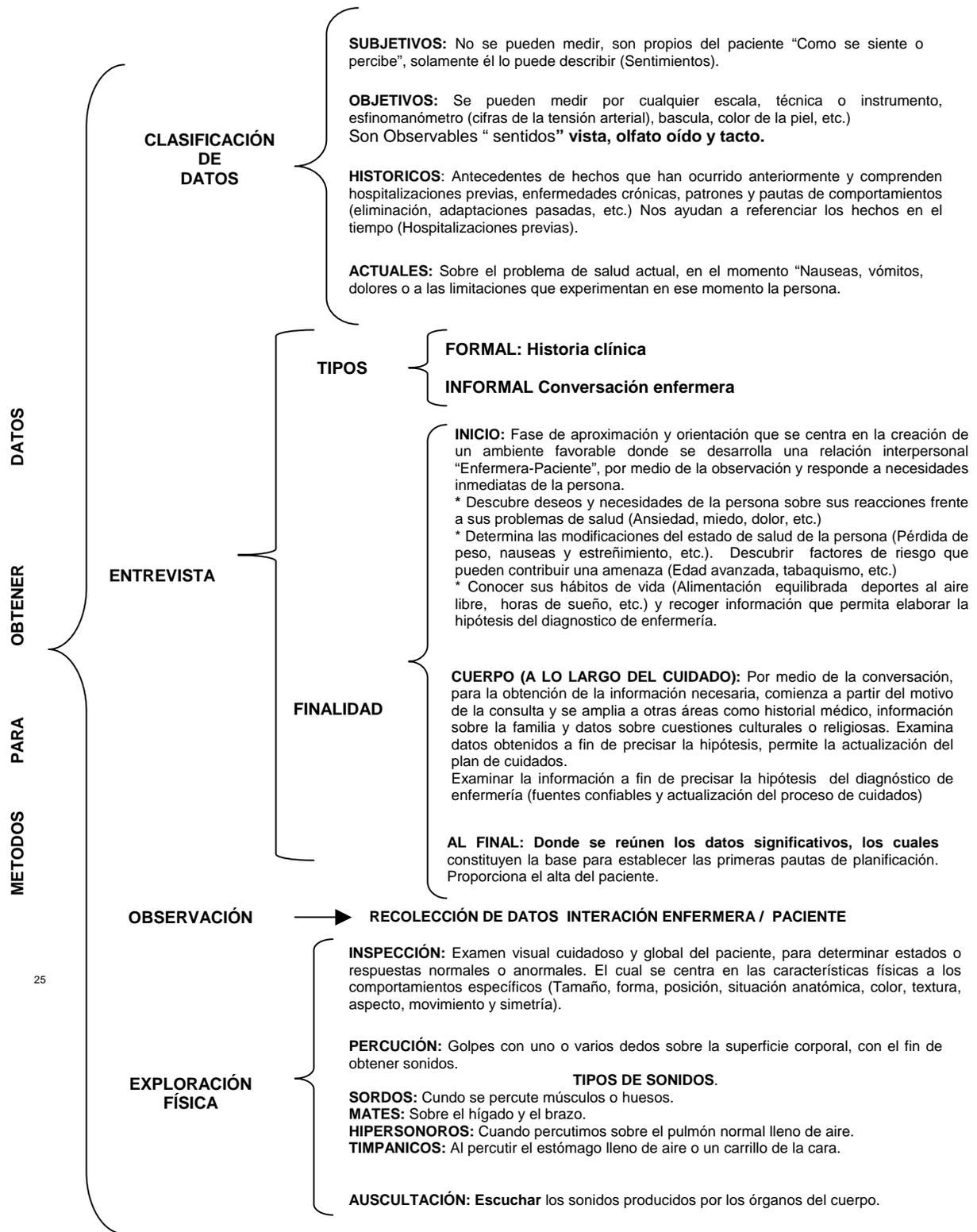
Que tienen como finalidad el desarrollar el grado de satisfacción de las diferentes necesidades de la persona, la identificación de sus problemas, el conocer sus recursos personales y planificar las intervenciones que puedan ayudarla.



24

---

<sup>24</sup> Ibid. Pág. 29



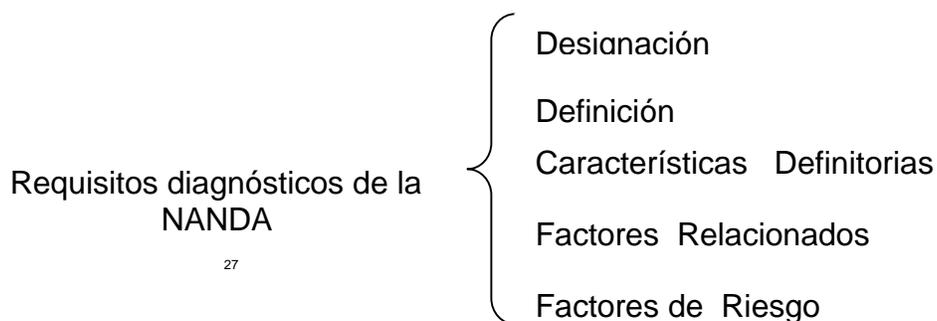
<sup>25</sup> Cárdenas Jiménez Margarita, **Conceptualización de Enfermería**, México, ENEO, UNAM, 1995, Mecanograma, Paginas 6 y 7.

## DIAGNÓSTICO

Es la segunda etapa del proceso y es un juicio clínico acerca del problema de un paciente, al que se llega mediante procesos deductivos a partir de los datos recogidos sobre la persona, familia y comunidad.

Los diagnósticos enfermeros sirven de base para él elegir las intervenciones de cuidados encaminadas a la consecución de los resultados que son responsabilidad de la enfermera.<sup>26</sup>

El diagnóstico propuesto debe ser compatible con la definición de la NANDA de un diagnóstico de enfermería, esto es, debe cumplir los siguientes requisitos:



¿Qué es un problema interdependiente?: Un problema de salud real o potencial (Complicaciones) que se centran en la respuesta fisiopatológica del cuerpo (a un traumatismo enfermedad, estudio diagnóstico o modalidades terapéuticas) y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar en colaboración con el médico.

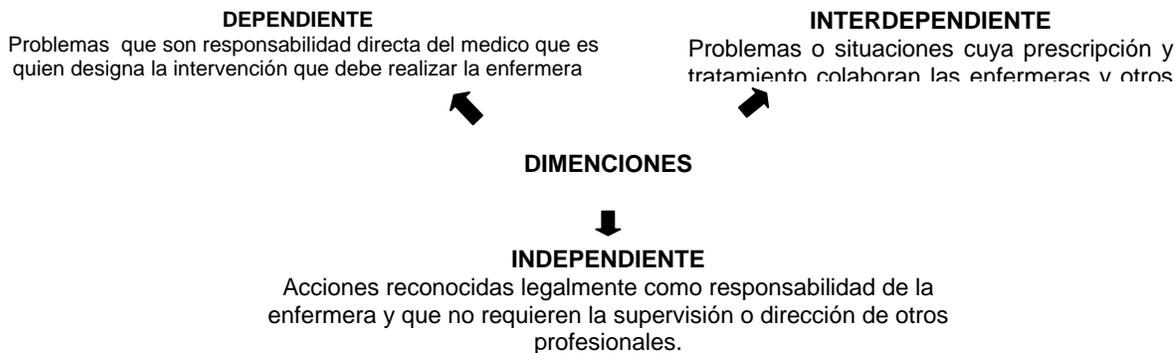
<sup>26</sup> Ibid. p.132

<sup>27</sup> Citada por Rodríguez, op cit p. 47

**FASES DE DIAGNOSTICO**  
Establece un problema clínico  
y formularlo para posterior  
Tratamiento

**REAL:** Una situación que existe en el momento actual

**POTENCIAL:** Una situación que puede ocasionar dificultades en el futuro.



28

## COMPONENTES DE LAS CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS ACEPTADAS POR LA NANDA

La importancia de los beneficios de una taxonomía diagnóstica.

La investigación: sobre problemas de salud, en donde los profesionales de enfermería están capacitados para tratarlos, los cuales deben estar bien definidos y universalizados a fin de que los resultados puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros, donde debe llevar un lenguaje común que aúne los criterios y facilite la comunidad e interpretación de datos. En este momento el diagnóstico de enfermero puede contribuir a la consolidación de la disciplina en enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales. Validar en ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los diagnósticos de enfermería aceptadas.

<sup>28</sup> Citada por Cárdenas, op cit paginas, 10 y 11.

Comparar la eficacia de las intervenciones propuestas ante el mismo diagnóstico.

Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presentan una población determinada.

Identificar nuevas áreas de competencia en enfermería, o completar las ya identificadas, mediante el desarrollo y la validación de nuevos diagnósticos.

Docencia: La inclusión de los diagnósticos de Enfermería en el currículum. Permiten Organizar de manera lógica, coherente y ordenada los conocimientos de Enfermería que deberían poseer los alumnos.

Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales (Enfermeros docentes y alumnos), lo cual facilitan la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados asistenciales: Favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir identificar las respuestas de las personas, ante distintas acciones de salud.

Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia. Aumentar la afectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de Enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.

Organizar, definir y desarrolla la dimensión propia del ejercicio profesional. Determinar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.

Diferenciar la aportación enfermera a los cuidados de salud de las hechas por otros profesionales.

Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia.

Mejorar y facilitar la comunicación Inter., e intradisciplinar.

Gestión: Son la ayuda a determinar los tiempos medios requeridos, y por tanto la carga de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.

Permitir una mejor distribución de los recursos humanos y materiales. Favorece la definición de los puestos de trabajo, ya que incluirían la habilidad para identificar y tratar los diagnósticos de enfermería que se dan con mayor frecuencia.

Posibilitar la determinación de los costos reales de los servicios de enfermería y consecuentemente los costos reales de los cuidados brindados al usuario.

Facilita el establecimiento de criterios de evaluación de calidad de los servicios de enfermería brindados en centros o institución, identifica las necesidades de formación.

Las categorías diagnósticas aceptadas por la NANDA para formulación descripción diagnóstica, en 1990, novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas donde cada categoría contiene 4 componentes.

Etiquetas descriptivas o título, donde ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial) es una fase o término que representa un patrón. Definición expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.

Las características definitorias: cada diagnóstico contiene un título y una definición específica, es la que da el significado propiamente del diagnóstico, define los diagnósticos reales son los signos y síntomas.

Factores etiológicos contribuyentes o factores de riesgo, se organizan en torno a los factores fisiológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema.

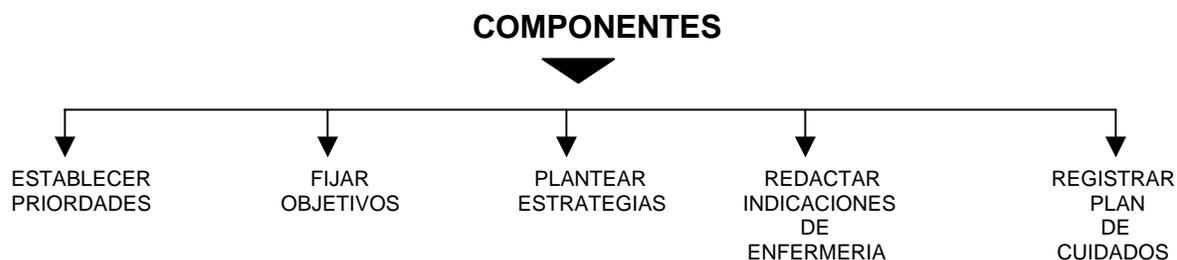
## PLANEACION

Es la tercera etapa del proceso enfermero que inicia después de haber formulado los diagnósticos y problemas interdependientes y que consiste en “la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo.”<sup>29</sup>

Consiste en establecer un plan de acción, en prever las etapas de su realización, las acciones que se han de llevar a cabo, los medios que hay que emplear y las precauciones que hay que adoptar, en pocas palabras, en pensar y organizar una estrategias de cuidados bien definidas.

Es el proceso de diseñar las acciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas de salud que se han identificado.

En esta fase se establece y se lleva acabo un cuidado de enfermería que conduzcan a la persona a prevenir o eliminar los problemas detectados.



En esta fase se establece y se lleva acabo unos cuidados de enfermería que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados, la cual es redactada en forma lógica y coherente, las acciones que realiza la enfermera al paciente, de acuerdo a sus necesidades individuales y tomando en cuenta su opinión.

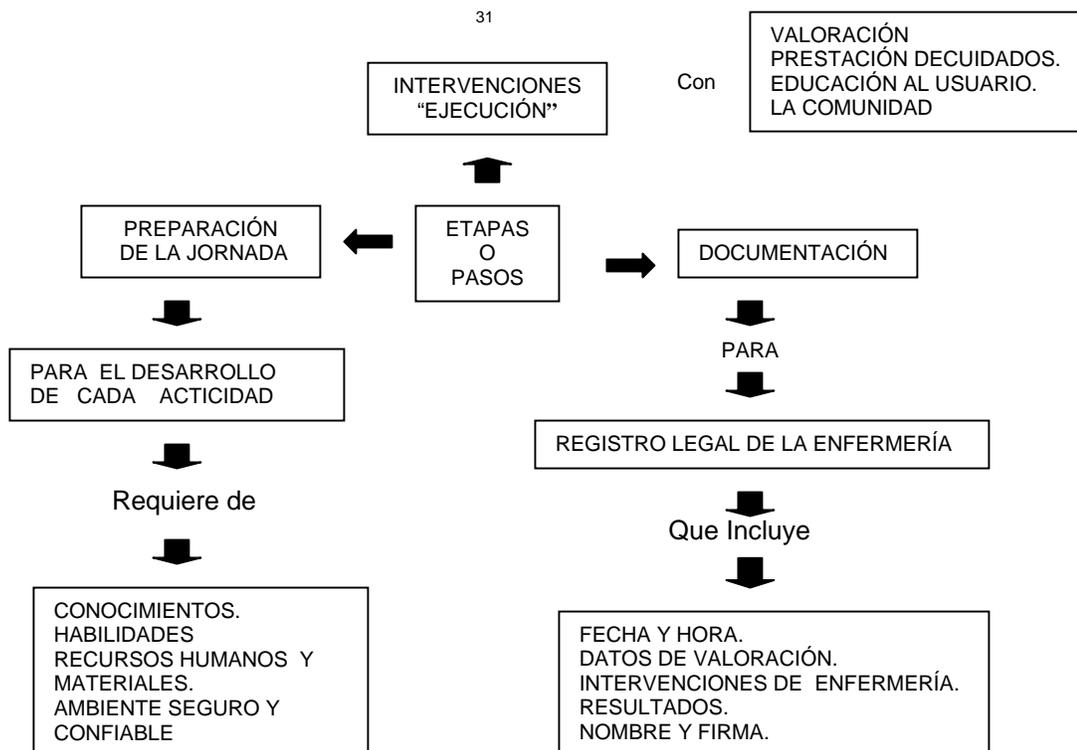
---

<sup>29</sup> Citada por Rodríguez, op cit p 65

## EJECUCIÓN

Es la cuarta etapa del proceso de cuidados en el cual se inician las investigaciones previstas en el plan de cuidados para que la persona pueda alcanzar los objetivos establecidos.<sup>30</sup>

Es la puesta en marcha del plan de cuidados de enfermería, la comunicación con el equipo multidisciplinario es de vital importancia, las investigaciones se basa en principios científicas, en el modelo elegido y en la documentación aceptada.



<sup>30</sup> Citada por Rodríguez, op cit p. 216

<sup>31</sup> Ibid. p. 86

## INTERVENCIÓN

Van dirigidas a la resolución de problemas (Diagnósticos enfermeros y problemas independientes e interdependientes), y las necesidades asistenciales de cada persona tratada, familia o comunidad. Es fundamental considerar las capacidades físicas, psicológicas y personales del usuario durante su ejecución de las acciones de enfermería para lograr su participación e independencia.

Usted es tan responsable de los resultados emocionales (...) como los resultados físicos “por lo que es necesario actuar siempre con pleno conocimiento de los principios y razones (...) Observando atentamente la respuesta de usuario y familia.”<sup>32</sup>

## EVALUACIÓN

Es la última etapa del proceso enfermero y a la vez una exigencia en toda práctica de enfermería, es continua y formal por lo que esta presente en enfermería, es continua y formal por lo que esta presente en la valoración, diagnóstico, planeación y ejecución.<sup>33</sup>

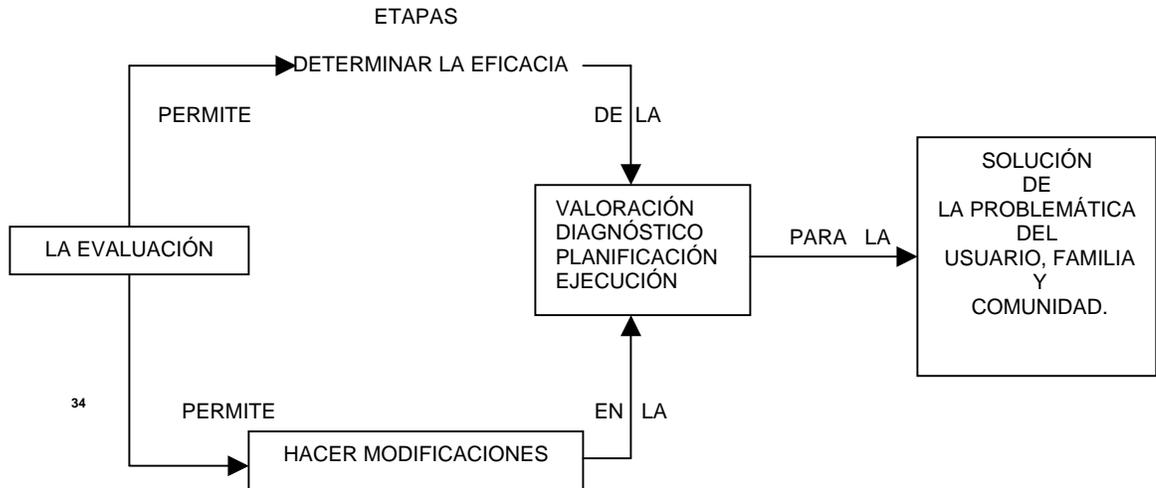
Este proceso afecta a todas las etapas, garantiza la calidad de la atención, orienta las cuestiones éticas y legales del proceso de atención de enfermería, nos ayuda a mejorar los cuidados que otorgamos, sobre todo a efectuar un trabajo de calidad y nos conduce a ser mejores cada día.

Es un juicio comparativo sistemático sobre el estado de la persona, emitido en el incremento de finalizar el plazo fijado en los objetivos. Al medir el progreso realizado, la enfermera puede darse cuenta de los resultados obtenidos y de la eficacia de sus acciones.

---

<sup>32</sup> Ibid. p. 85

<sup>33</sup> Ibid. p. 89



Es un proceso que afecta a todas las etapas, garantiza la calidad de la atención, orienta las cuestiones éticas y legales del proceso de atención de enfermería.

¿Si se lograron los objetivos de la persona y de la Enfermera?

## PROCESO DE ENFERMERÍA BASADO EN LAS NECESIDADES FUNDAMENTALES

En el marco conceptual de Virginia Henderson, denomina y fundamenta necesidades básicas en la presencia de un ser humano con ciertas exigencias fisiológicas y aspiraciones en determinadas etapas del ciclo vital.

<sup>34</sup> Ibid. p. 30

## NECESIDADES FUNDAMENTALES Y COMPONENTES BIO-PSICO-SOCIALES CULTURALES Y ESPIRITUALES

El modelo conceptual de Virginia Henderson define las 14 necesidades básicas:

- Respirar.
- Alimentación e Hidratación.
- Eliminación.
- Moverse, conservar una buena postura (mantener una circulación adecuada).
- Dormir y reposar (y conservar un estado de bienestar aceptable).
- Vestir y desnudarse.
- Mantener la temperatura corporal en los límites normales.
- Estar limpio aseado y proteger los tegumentos.
- Evitar los peligros (y mantener la integridad física y mental).
- Comunicar con sus semejantes (desarrollar como ser humano y asumir su sexualidad).
- Actuar de acuerdo con sus creencias y valores.
- Preocuparse de su propia realización (y en conservar propia estima).
- Recrear.
- Aprender.<sup>35</sup>

Donde están relacionadas con distintas dimensiones del ser humano “Biológica, psicológica, Sociológica, cultural y espiritual”.

---

<sup>35</sup> <http://www.teleline.terra.es/> “Enfermera Teóricas Virginia Henderson”. abril. p.3

## PIELONEFRITIS

### DEFINICIONES

Inflamación conjunta del riñón y de la pelvis renal.<sup>36</sup>

Inflamación bacteriana de la pelvis renal.<sup>37</sup>

Infección del riñón y de los conductos que extraen la orina del riñón (uréteres).<sup>38</sup>

Infección bacteriana del riñón, porque la infección se puede transmitir al flujo sanguíneo.

### ETIOLOGÍA

Infección del flujo urinario, reflujo de orina ocasional o persistente de la vejiga hacia los uréteres o pelvis renal (reflujo vesicoureteral)

#### CLASIFICACIÓN

<sup>39</sup>

**AGUDA:** No complicada (Desarrollo súbito de inflamación del riñón)

**CRONICA:** (Inflamación prolongada que no se resuelve).

**NEFROPATIA POR REFLUJO:** (Infección que se presenta e presencia de una obstrucción<sup>1</sup>)

<sup>36</sup> [www.sanytel.com/diccionario/p.htm](http://www.sanytel.com/diccionario/p.htm).

<sup>37</sup> [www.colfarbequi.com.ar/fitoterapia/glosario de términos](http://www.colfarbequi.com.ar/fitoterapia/glosario_de_términos).

<sup>38</sup> <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/200522.htm>.

<sup>39</sup> Ibid. p. 1

## **SIGNOS Y SINTOMAS**

- Dolor en el costado o en la espalda.
- Dolor abdominal severo.
- Fiebre 102 °F “38,9°C”, que persiste por dos días.
- Escalofríos y temblor.
- Piel caliente y colorada o enrojecida.
- Piel húmeda (diaforesis) sudor.
- Vómitos, náuseas.
- Fatiga.
- Malestar General.
- Micción dolorosa.
- Incremento en la frecuencia/ urgencia urinaria.
- Necesidad de orinar en la noche (Nicturia).
- Color de orina anormal o turbia.
- Sangre en la orina (Hematuria)
- Cambios mentales o confusión.
- Pérdida del apetito.
- Puede existir síntomas de cistitis (Trastornos de la micción, molestias y necesidad de orinar con frecuencia.<sup>40</sup>

## **FRECUENCIA**

En mujeres (Embarazadas, niñas y pacientes diabéticos), que en hombres antes de los 40 a 50 años de edad.

## **COMO SE DIAGNOSTICA**

Con la historia clínica (El ver si tuvo o tiene infecciones de vías urinarias inferiores).

Examen físico (Ver si tiene dolor en la zona del riñón).

---

<sup>40</sup> Ibid. p 2.

## COMO OCURRE

Las bacterias se desplazan de la zona vaginal o rectal (el ano) a la uretra y la vejiga. La uretra es un tubo que transporta hacia fuera la orina de la vejiga. En la mujer mide 2 pulgadas de longitud, “4 centímetros” se encuentra arriba de la vejiga por la cual tiene más predisposición a la infección de la vejiga. En el hombre mide 22 centímetros, pasa a través de la próstata se extiende a lo largo de todo el pene,. Las infecciones de próstata pueden causar infecciones en vías urinarias inferiores.

Se pueden transmitir a los riñones, causando píelo nefritis (Cuando hay infección en vejiga, les cuesta más evitar el flujo de orina hacia atrás, en dirección a los riñones.

Si existe un bloqueo o una piedra en el riñón, el riesgo es mayor de contraer píelo nefritis.<sup>41</sup>

## TRATAMIENTO

- Reposo en cama.
- Cultivo de orina, para identificar la bacteria.
- Se seleccionan los antibióticos para tratar la enfermedad.
- Antibiótico por 7 días entre 10 -14 días.
- En la píelo nefritis crónica un plazo largo.
- Ampicilina.
- Cefalosporinas.
- Levofloxacin y Ciprofloxacina.

## COMPLICACIONES

- Recurrencia de la píelo nefritis.
- Absceso periné frico (Infección a nivel del riñón).
- Insuficiencia renal aguda.
- Septicemia.<sup>42</sup>

---

<sup>41</sup> Copyright, t 2005, McKesson Corporation and/or one of its subsidiaries. All Rights Reserved. p. 3

<sup>42</sup> Ibid. P. 3

## **SIGNOS Y EXÁMENES**

- Palpación (presión del riñón).
- EGO Revela glóbulos blancos o glóbulos rojos.
- Cultivo de orina (limpia o cateterizada), revela bacterias en orina.
- Hemocultivo puede mostrar una infección.
- Píelo grama intravenoso (PIV) o una TC Abdominal, muestra riñones agrandados con un flujo).
- Problemas subyacentes de la píelo nefritis.
- Cistouretrograma de evacuación.
- Ultrasonido renal.
- Gamma grafía renal.
- Biopsia renal.<sup>43</sup>

## **MONITOREO**

Al termino de la terapia con antibióticos en pacientes diabéticos, mujeres embarazadas, en parálisis medular el seguimiento debe ser por un cultivo de orina para asegurarse de que no haya bacterias en orina.

---

<sup>43</sup> Ibid. p 3

# **V.- APLICACIÓN DEL PROCESO**

**1.- VALORACIÓN DIAGNOSTICA**

**DE ENFERMERÍA**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE NEFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**1.- VALORACIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA.**

**1.1.-PROBLEMA ACTUAL**

El señor ATB inicio de hace dos años, él cual fue operado de prostatectomía y cistolitotomía abierta, donde su estancia Hospitalaria no fue muy grata, la rehabilitación fue en su casa.

Después de un año 1/2 empieza a presentar molestia en el glande, manifestando una pequeña ulcera a nivel de su mucosa; acude al médico, donde inicia su tratamiento, cediendo su infección en 15 días.

En el Mes de Marzo del 2006, empieza nuevamente a presentar la úlcera en el glande, con dolor, irritación, enrojecimiento, se automedica siguiendo el mismo tratamiento, al ver que no sede busca ayuda profesional, él cual le manda a realizarse estudios de laboratorio para corroborar su diagnóstico, donde se le confirma que inicia con Diabetes.

En su casa se muestra triste, angustiado se le anima y se sugiere pedir una cuarta opinión con un especialista "Urólogo", el cual se niega consultar, decidirse ir de viaje con su hija y su nieto, a su regreso asiste a consultar con el urólogo manifestando que su molestia es que la infección que no quiere ceder, le muestra los litos que arrojó por la uretra y el tratamiento que le dieron, el médico le informa que su riñón izquierdo n tiene funcionalidad y que únicamente su tratamiento será por medio de una Nefrectomía o en su defecto por una diálisis, le manda a que se realice urgentemente una urografía excretora para ver el daño de su riñón obstruido y poderle salvar su otro riñón.

El señor ATB manifiesta su voluntad de no ser operado nuevamente al llegar a su casa les informa a su familia y pide que se respete su voluntad, el estudio realizado corrobora la información antes dicha por el médico, se deprime, + está pensativo, triste preocupado y angustiado; al paso de los días le comenta su situación a un conocido y le recomienda asista a consulta a la Universidad de Chapingo, con los médicos de herbolaria, en la consulta le confirman que sí tiene daño renal e inicios de diabetes, interrogarlo manifiesta la infección que tiene del glande y calambres en las manos, pies y parte dorsal, edema, resequedad de los talones y presenta a nivel de los párpados

inferiores coloración morada - según la Médica, es un síntoma del daño renal - sin embargo, asegura ésta, que con el tratamiento y alimentación que le dará notará al paso de los días una mejoría.

Al recibir esa noticia su rostro muestra alegría y cambia su estado de animo; al llegar a su casa empieza con su tratamiento

## **1.2.- VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES.**

Esta valoración se realizó tomando como base la historia clínica y la exploración física del adulto mayor.

### **1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN**

Adulto de 70 años de edad, conciente, orientado, con buena coloración de tegumentos mucosas orales hidratadas, con narinas permeables, cuello sin alteración, tórax simétrico alteraciones, tórax simétrico, campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire, ruidos cardiacos normales, con ritmo e intensidad, realiza diario ejercicios de 10 minutos diarios, le gusta caminar, andar en bicicleta y actividades cotidianas, con una respiración de 19 x minuto y frecuencia cardiaca de 66 X' Tensión Arterial de 122/77, Temperatura de 36.8° C. Tiene antecedentes de haber sido operado de próstata y de vejiga hace 2 años.

### **2.- NECESIDAD DE COMER Y BEBER**

Su abdomen se encuentra blando con dos cicatrices presentadas en la región infra umbilical y a nivel de la fosa iliaca izquierda, (Del Penrose), debido a la cirugía de hace 2 años. Presenta una disminución del apetito, comía de una a dos veces al día, hasta hace dos meses.

Cambia sus hábitos alimentarios y come de 3 a 4 veces al día, comida vegetariana sin azúcares, poca sal por su problema del riñón, su talla es de 1.65 CC. y peso actual de 61 Kg., anteriormente su peso era de 68 Kg., por lo general come con su familia en su hogar, durante la comida, da las gracias a Dios por un día más de vida y platica con su familia, en su alimentación tiene prohibido comer.

papa, arroz, melón, mango, (son ricas en hidratos de carbono), y carnes rojas, de pollo ( ya a juicio de la médica, son inyectados con Esteroides (Tenbuterol) que ayuda acelerar el crecimiento y desarrollo de los animales y esta comprobado que altera al organismo de las personas a nivel hormonal. Los embutidos (causan cáncer), y lácteos (ocasionan descalcificación en los huesos y dientes).

Su ingesta de líquidos es de 1 litro 11/2 de agua, durante las 24 horas y debido a que presenta obstrucción en su riñón izquierdo.

Hasta el momento se encuentra feliz y contento con el cambio de sus hábitos alimenticios ya que no ha presentado malestar o alteraciones en su aparato digestivo y urinario como eran pirosis, regurgitaciones, distensión abdominal, falta de apetito, irritabilidad, dolor e infección a nivel del glande, (por la presencia de bacterias rezagadas a nivel de vejiga ).

**La Química Sanguínea reporta lo siguiente: (de abril del 2006).**

Glucosa	160 mg/dl	70-110 mg/dl
Colesterol	222 mg/dl	M 35 - 135 mg/dl H 40 - 160 mg/dl

**3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN**

En sus hábitos intestinales evacua tres veces al día, sin presentar molestias de estreñimiento, de color café claro, de consistencia dura, de olor fétido, orina tres veces al día y una por la noche a las 4 de la mañana, y hay incontinencia al realizar esfuerzos pesados.

En relación a la incontinencia urinaria la controla, usando apósitos, y realiza su limpieza de enfrente así atrás.

Presenta obstrucción renal de lado izquierdo, una ulcera en la mucosa del glande, enrojecimiento, irritabilidad y malestar al momento de arrojar sus litos del tamaño de una lenteja y otros más grandes. Los exámenes de laboratorio reportan:

## Química Sanguínea (20/Abril/2006)

Urea	43.0 MG/DL.	17 - 55 MG/DL.
Creatinina	1.45 MG/DL.	0.5 - 1.2 MG/DL.
Ácido Úrico	5.9 MG/DL.	M 2.6 - 6.0 MG/DL. H 3,5 - 7.2 MG/DL

## Examen General de orina EGO (20/Abril/2006)

### CARACTERÍSTICAS FÍSICAS

Color Amarillo	Aspecto Liq. Turbio	Normal Amarillo – Naranja Claro – Liq. Turbio.
----------------	---------------------	--

### CARACTERÍSTICAS QUÍMICAS

Densidad	1.020	Normal 1.010 – 1.020
P.H	5.0	5.0 -7.0
Proteínas.	Neg.	Neg.
Glucosa	Neg.	Neg.
C. Ce tónicos	Neg.	Neg.
Bilirrubina	Neg.	Neg.
Urobilinogeno	Neg.	Neg.
Nitritos	Neg.	Neg.
Hemoglobina	50 MCRL	Neg.

### CARACTERÍSTICAS MICROSCÓPICAS

Leucocitos	1 - 4 / Campo	0 – 5 / Campo
Eritrocitos	2 – 4 /Campo	0 – 2 / Campo
Cel. Epiteliales	Escasas	
Bacterias	Moderado	
Sedimento	Moderado	
Observaciones	Escasa Mucina	

**DEPURACIÓN DE CREATININA**  
**Orina de 24 horas (24/Abril/2006)**

Creatinina Urinaria	64.0 MG/DL.
Creatinina Serica	1.39 MG/DL.
Vol. Total	1750 ML/24
VALORES DE REFERENCIA Depuración de la creatinina	95-131 ML/MM.

**EXAMENES DE GABINETE**  
**ANTIGENO PROSTATICO ESPECÍFICO**  
**CONTROL**  
**(10/Abril/2006)**

Ag. Prostático 0.33 Hasta 4.0 ng/ml

**ULTRASONIDO RENAL BILATERAL**  
**(24/Abril/2006)**

**RESULTADOS**

Ultrasonido convexo de 3.5 MHz en el cual se muestra:

**RIÑÓN DERECHO:** En sitio anatómico normal, de contornos regulares, definidos, con medidas de 18 X 60 X 62 mm En sus ejes longitudinales, anteriores y transversal respectivamente, con la relación córtico medular conservada, con seno renal de ecogenisidad normal, de contornos regulares, definidos, apariencia de doble sistema pielocalicial.

**RIÑÓN IZQUIERDO:**

En situación anatómica normal, con bordes regulares, definidos, con medidas de 11 X 61 X 61 mm, en sus ejes longitudinal, anterioposterior y transversal, respectivamentelacióncórtic medularpérdida, dilatación del sistema pielocalicial medio y superior, en el inferior se observa dos imágenes hiperecogénicas que proyectan sombra acústica posterior con medidas de 8 y 12 mm de diámetro.

Vejiga Urinaria vacía. Abundante gas intestinal en marco cólico.

Conclusión-Imágenes compatibles con PB doble sistema Pielocalicial derecho.

Hidronefrosis Izquierda. PB Secundario a Uropatía Obstructiva.

PB, Cálculos Renales Izquierdos.

## **UROGRAFIA ECRETORA**

(03/ Mayo/2006)

Realizan estudio contrastado bajo técnica convencional, con medio de contraste VI., en posiciones y tiempos, indicadas para el estudio sin incidentes o accidentes en el que se observa.

## **IMAGEN PRELIMINAR**

Tejidos blandos se encuentran sin presencia de sombras que sugieran patología.

Estructuras óseas, con una adecuada mineralización y densidad aparentes para su edad y sexo sin presencia de imagen que sugieran perdida de la solución de continuidad.

## **ÓRGANO INTRA ABDOMINAL**

Observan presentes, las sombras renales, hepáticas y esplénicas con una adecuada densidad, se encuentra con una adecuada distribución del gas intr. – luminal, llamando la atención a nivel de hueco pélvico imagen ovoidea bien delimitada que mide 30 X 20 mm, de baja densidad que podría corresponder a un probable Pólipo Vesical ya que en la placa pos miccional persistente se observa de mayor densidad VS.

Lesión ocupativa pélvica de etiología a determinar.

Posterior a la administración de medio de contraste por vía intravenosa se observa; Fase Nefrográfica con una adecuada captación concentración, Observándose ambos riñones dentro de su eje anatómico normal de forma conservada y tamaño normal, con bordes regulares con una densidad homogénea.

## **RIÑÓN DERECHO**

Presenta fase excretora observando los grupos calicilares de morfología normal, pelvis renal con variante anatómica normal con un llenado uniforme, el uretero de calibre y trayectoria normal.

## **RIÑÓN IZQUIERDO**

No se observa fase de excreción, eliminación, se toman placas tardías, observando solo la fase nefrográfica, grupos caliciliares, pelvis renal, ni uréter.

## **VEJIGA**

De situación normal, riñón derecho de características radiológicas normales.

## **CRITERIO RADIOLÓGICO**

En riñón izquierdo observan solo la fase nefrografica, sugieren descartar datos de pielonefritis, y que efectúen cuantificación de urea y creatinina o depuración de creatinina de 24 horas.

## **TERAPEUTICA EMPLEADA**

Ceftraxona 1 gramo IM; aplicar 1 ampolleta C/24 horas vía IM X 5 días.  
Clindamicina Gel Aplicar una capa delgada en la lesión C/8 horas durante 1 semana.

Metronidazol tab. 500 MG, tomar 1 C/8 hrs. X 5 días.

Sulfametoxazol-Trimetoprima 1 tableta C/ 24 hrs.

## **4.-NECESIDAD DE MOVERSE Y MATENER UNA BUEN POSTURA**

Cuenta con una adecuada postura sin presencia de desviación del eje vertebral, sus extremidades superiores con fuerza muscular con movimientos coordinados, pulso radial rítmico de buena intensidad, sensibilidad, con un llenado capilar de 3 segundos sin reflejos patológicos. Presentando lipoma en su brazo izquierdo a nivel de la cara anterior, sus extremidades inferiores con fuerza muscular, pulso presente con llenado capilar, con presencia de pulso rítmicos de buena intensidad, con presencia de varices a nivel de pantorrilla derecha uñas y dedos formados, sin alteraciones limpias y cortas.

Es una persona muy activo, inquieto, no puede estar sin hacer algo, siempre desde que se levanta hasta que se duerme, le gusta leer mucho de 1 a 2 horas,

duerme por ratos durante la tarde, Usa ropa cómoda de acuerdo a su edad, realiza ejercicios 10 o 15 minutos, asiste a misa los domingos y esta pendiente de su hogar y de su familia.

## **5.-NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR**

Se recuesta dos veces durante el día con una duración de ½ hora a 1 hora, se duerme a las 9:30 y se levanta a las 4:00 o 4:30 de la mañana, durmiendo un total de 8 horas durante todo el día. Duerme en su cama solo, antes de dormirse se realiza su baño de vapor de 15 minutos, concilia el sueño de inmediato, ya no presenta fatiga, insomnio, miedo y estrés por estar pensando en su padecimiento, él cual busca ayuda psicológica y cambios en su rutina diaria.

## **6.- NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE**

Viste de acuerdo a su edad, casual, limpia, planchada con su ropa interior de algodón, donde su cambio es diario, baño diario, con uñas limpias y cortas, calzado cómodo, con piel limpia, mucosas hidratadas, con buena coloración de tegumentos, su lavado de dientes tres veces al día, lavado de manos antes y después de ir al baño y después de cada alimento.,usa toallas elaboradas por él con tela de algodón.

## **7.- NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL**

Tiene una temperatura de 36.8 °C, se abriga bien en la temporada de frío, se adapta al clima a los cambios de temperatura, le gusta tomar y comer alimento calientitos, se cuida mucho, su casa es amplia y calida, cuenta con su habitación para él solo, tiene buena iluminación y ventilación.

## **8.- NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL**

Su baño es en regadera diario con agua y jabón neutro, su cambio de ropa es diario tanto la interior como la exterior, sus uñas de manos y pies están cortas y limpias, su piel limpia, le gusta ponerse perfume, con buena coloración de piel, hidratado, su limpieza bucal es de tres veces al día, el lavado de manos es antes y después de ir al baño y antes de comer, usa crema hidratada, aceite en el pelo, en el cuidado de su infección en el glande es con limpieza diaria, se pone pomada, usa toallas las, cuales son elaboradas por él con tela de algodón.

## **9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS**

Es muy cuidadoso en cuanto al peligro le gusta cuidarse mucho, desconecta los aparatos eléctricos cuando sale, cierra las llaves del gas, esta pendiente en la compostura de algún aparato eléctrico, así como de su familia, va al oftalmólogo una vez al año, tiene buena visión. Las decisiones importantes las toma con su esposa y familia.

Le fue muy difícil el aceptar su padecimiento, cuando recibió la noticia, se sentía triste y molesto, pero después cambió su actitud negativa y fue más positivo.

## **10.- NECESIDAD DE COMUNICAR EMOCIONES**

Su ambiente familiar esta integrado por su esposa, 3 hijas (una finada), 3 hijos (dos finados y uno vivo), 3 nietos y su nuera.

Al principio de su padecimiento era muy reservado, pero después fue expresando su sentimiento, temor y miedo que tenía, ya que no le gustaría volver a operarse nueva mente, ni estar en un hospital ya que su experiencia no fue muy grata.

Le gusta mucho platicar de sus problemas, nunca se queda callado cuando algo le molesta, disfruta el estar en su casa con su familia tiene sentido de humor, es bromista, muy platicador, sociable con sus vecinos y amigos, en su casa cuenta con todos los servicios, con 4 recamaras, sala comedor, cocina, dos baños y un patio.

## **11.- NECESIDAD DE MANTENER SUS CREENCIAS Y VALORES**

Es creyente católico, le gusta leer la Biblia, ir a misa los domingos, es honesto, sencillo muy puntual, responsable, honesto, directo, amable, educado, respetuoso hace las cosas sin que nadie le diga, no es conformista, es muy perseverante, constante, cuida mucho su salud, su alimentación y a su familia, es tierno, cariñoso y esta siempre pendiente siempre de su familia.

## **12.-NECESIDAD DE OCUPARSE PARA REALIZARSE.**

Le gusta leer e investigar algún tema de su interés para ATB, es muy hiper activo siempre esta componiendo organizando alguna reparación eléctrica, actualmente trabaja en su hogar.

## **13.- NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR E ACTIVIDADES DE RECREACIÓN.**

Su actividad recreativa es andar en bicicleta, caminar, leer, ver la tele, escuchar el radio, cuenta sus experiencias vividas, le gusta hacer ejercicio y componer aparatos eléctricos.

## **14.-NECESIDAD DE APRENDIZAJE.**

Lee mucho todo tipo de literatura, le gusta investigar “lee libros de mecánica, electricidad, medicina, albañilería, herbolaria, etc.); le gusta aprender mucho , escribir y es muy observador, es muy inquieto, no le gusta el ocio.

# 2. ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

## 2.- ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.

### 2.1.- JERARQUIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DETECTADOS.

GRADO DE DEPENDENCIA				CAUSA DE LA DIFICULTAD			
NECESIDAD	INDEPENDIENTE	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	DEPENDIENTE	FALTA DE FUERZA	FALTA DE VOLUNTAD	FALTA DE CONOCIMIENTOS	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA
Oxigenación	X						Independiente
Nutrición e hidratación		X					Parcialmente Dependiente, ya que requirió de nuevos hábitos alimenticios.
Eliminación Urinaria			X			X	Alteración del proceso, como secuela de su operación de hace dos años.
Eliminación	X						Independiente
Moverse y mantener buena postura	X						Independiente
Descanso y sueño		X					Parcialmente Dependiente, ya que necesita de relajantes naturales "Gotas"
Uso de prendas adecuadas	X						Independiente

GRADO DE DEPENDENCIA				CAUSAS DE LA DIFICULTAD.			
NECESIDAD	INDEPENDIENTE	PARCIAL MENTE INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE	FALTA DE FUERZA	FALTA DE VOLUNTAD	FALTA DE CONOCIMIENTO	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA
Mantener la Temperatura Corporal	X						Independiente
Higiene y protección de la piel		X					Parcialmente Dependiente Alto riesgo de infección, presenta a nivel de la mucosa del glande, usa toallas elaboradas de tela de algodón; así como su curación diaria.
Evitar peligros	X						Independiente
Comunicar Emociones		X					Parcialmente Dependiente.  Alteración en la interacción familiar, relacionado con una mala comunicación, de manifestar sus temores e emociones, así como angustia y miedo (barrera psicológica)
Vivir según sus creencias y valores	X						Independiente
Trabajar y realizarse	X						Se dedica a realizar labores domesticas
Jugar y participar en actividades recreativas	X						Independiente
Aprendizaje	X						Independiente, le gusta leer e investiga

# 3. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

### **3.1 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

El adulto mayor ATB, en su diagnóstico se respetará el orden utilizando el método de Virginia Henderson, por un orden de importancia de acuerdo a la definición de la NANDA. (1995- 2003).

#### **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

Alteración nutricia relacionada con ingesta inadecuada de nutrientes, manifestada por un peso inadecuado, deshidratación, palidez, pirosis, distensión abdominal

#### **DEFINICIÓN DE LA NANDA (2003)**

Alteración Nutricional; Aporte de nutrientes insuficientes para satisfacer las demandas metabólicas.

Estado en que la persona experimenta un aporte de nutrientes que exceda sus necesidades metabólicas.

#### **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

Incontinencia Urinaria total relacionada a traumatismo o secuelas de su cirugía previa manifestado por emisión involuntaria de orina, incomodidad cuando ocurre y mal olor.

#### **DEFINICIÓN DE LA NANDA (2003)**

Incontinencia Urinaria total. Pérdida de orina continua o impredecible.

Estado en el que el individuo experimenta una pérdida de orina de menos 50 ml. que se produce al aumentar la presión abdominal.

#### **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

Alteración del patrón del sueño relacionado por irritabilidad manifestado por cansancio y sueño.

## **DEFINICIÓN DE LA NANDA**

Alteración del patrón del sueño, estado en que la interrupción del tiempo de sueño provoca malestar o interfiere con el estilo de vida deseado.

## **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

Alteración de la comunicación verbal relacionada con miedo a ser intervenido quirúrgicamente manifestado por temor a morir o a quedar mal (Barrera Psicológica).

## **DEFINICIÓN DE LA NANDA**

Deterioro de la comunicación verbal, estado en que la persona experimenta una disminución de su capacidad para hablar pero puede comprender a otros.

Disminución o ausencia de la capacidad para usar el lenguaje en la interacción humana.

## **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

Duelo relacionado con el diagnóstico de su enfermedad manifestada por tristeza, angustia y desconfianza.

## **DEFINICIÓN DE LA NANDA**

Duelo estado en que la persona o grupo experimenta un patrón normal de sentimientos externos, de pérdida y de tristeza en respuesta a una pérdida real percibida.

## **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

Alteración en la integridad de la piel y mucosas relacionadas con proceso infeccioso manifestado por irritación a nivel de glande, dolor, enrojecimiento de la mucosa uretral y presencia de secreción blanca.

## **DEFINICIÓN DE LA NANDA**

Alteración de los tejidos blandos

# 4. PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS

NECESIDAD	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	DE	OBJETIVO	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	DE	FUNDAMENTACIÓN
	Alteración nutricia relacionada con ingesta inadecuada de nutrientes, manifestada por un peso inadecuado, deshidratación, palidez, por distensión abdominal, pirosis y regurgitaciones.		<ul style="list-style-type: none"> <li>* Conservar su nutrición.</li> <li>* Reservar su estado nutricional.</li> <li>* Explicarlo y orientarlo de lo importante que es llevar una alimentación adecuada a su padecimiento.</li> <li>* Promover su nutrición adecuada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Sugerirle ATB. Lleve un régimen alimenticio a base de vegetales, frutas y revitalizantes</li> <li>*Disminuya la sal y no consuma azúcares.</li> <li>*Lleve alimentos con un 50% de índice calórico y glicémico.</li> <li>* Ingiera 1 litro <math>\frac{1}{2}</math> de líquidos, no más únicamente para mantener su hidratación.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>* Todas las células del organismo necesitan una cantidad suficiente de nutrientes esenciales para vivir y funcionar adecuadamente</li> </ul>
	Incontinencia urinaria total relacionada con traumatismo o secuelas de su cirugía previa, manifestado por emisión involuntaria de orina, incomodidad cuando ocurre y mal olor.		<ul style="list-style-type: none"> <li>* Llevar un control de líquidos</li> <li>* Mantenga su hidratación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Se oriente al paciente, a obtener, conservar o recuperar una eliminación adecuada de orina y que tenga un mejor funcionamiento renal.</li> <li>* Siga realizándose sus baños sauna dos veces al día con 15' y una hora de descanso.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Para que el organismo funcione eficazmente es necesario que se elimine la orina, y que las sustancias tóxicas, que se forman en el organismo se desintoxiquen o se eliminen.</li> </ul>
	Alteración del patrón del sueño relacionado por irritabilidad manifestado por cansancio y sueño		<ul style="list-style-type: none"> <li>* Sugerir que duerma tranquilamente sin interrupción</li> <li>* Sugerirle que duerma siestas en su tiempo libre, todos los días.</li> <li>* Haga un cambio en horario de sus rutinas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Ayudar al paciente a que este satisfaga sus necesidades de sueño y de descanso.</li> <li>* El uso de terapias de relajación, música, ejercicios, escritura, lectura, masaje y aromaterapia.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Las células del organismo necesitan periodos de disminución de la actividad durante los cuales pueden restablecerse</li> </ul>
	Alteración en la integridad de la piel y mucosas, relacionado con un proceso infeccioso; manifestado por irritación a nivel de glande, dolor, enrojecimiento de la mucosa de su glande y presencia de secreción blanca		<ul style="list-style-type: none"> <li>* Una vez que sea tratada su infección, consulte a médico oportunamente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Orientar y ayudar al paciente a obtener y recuperar una piel y una mucosa sana e intacta.</li> <li>Interrogación y evaluación de sus signos y síntomas reales obtenidos.</li> <li>* Lleve un tratamiento tópico</li> <li>*Orientar asía la prevención y control de infección y de enfermedades infecciosas.</li> <li>* Valorar por medio o en base al padecimiento, el estado general del paciente, con el estado emocional</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Algunos tipos de microorganismo son capaces de producir infecciones.</li> <li>La piel y mucosas sanas e integras con las primeras líneas de defensa contra agentes nocivos.</li> </ul>
	Duelo relacionado con el diagnóstico de su enfermedad manifestada por tristeza, angustia y desconfianza.		<ul style="list-style-type: none"> <li>Que disminuya su temor, por medio de una adecuada orientación al paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Sean firmemente terapéuticos, donde se debe implementar sus conocimientos del comportamiento emocional</li> <li>* Proponer que acuda a terapias psicológicas.</li> <li>*Utilización sus actividades recreativas</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>TEMOR emoción es una experiencia psicológica básica, común del hombre, tiene una gran variedad de efectos tanto constructivos sobre el equilibrio psicológico.</li> <li>MIEDO es una experiencia emocional incómoda y generalmente se evita, se acompaña al peligro De la vida o daño al organismo, especialmente</li> </ul>

				cuando el individuo se percibe así mismo como incapaz para evitar o eliminar la amenaza.  TRISTEZA, Experiencia emocional desagradable, que generalmente se evita y acompaña a la pérdida de algo valioso.
	Alteración de la comunicación verbal, relacionado con miedo a ser intervenido quirúrgicamente; manifestado por temor a morir o que dar mal (Barrera psicológica)	* No tenga miedo al expresar sus sentimientos, miedos y temores.  * Se tome el tiempo necesario para hacerlo	* Depende en gran parte de la habilidad y el conocimiento para el uso de la comunicación de la persona  * Lleve terapias familiares.  * Exprese sus sentimientos, miedos y temores a sus seres queridos.  * Se le proporcionen libros de autoestima.  * Se le sugiera que tenga apoyo psicológico.	El equilibrio psicológico, necesita que el individuo tenga un medio adecuado de comunicación con otros para su expresión.
	Alto riesgo de volumen de líquidos relacionado con exceso del volumen de líquidos; manifestado por un mal funcionamiento de su riñón izquierdo.	* Disminuyan sus sustancias tóxicas del organismo, principalmente del riñón izquierdo	*Orientación al paciente a conservar y obtener un equilibrio ácido base adecuado. * Orientarlo de lo importante que es llevar su dieta adecuada. * Explicar lo importante que es el seguir las ordenes médicas de su tratamiento, de su alimentación, y de la ingesta de líquidos.  * Se realice control de pruebas de orina EGO, PH, Glucosa y Acetona.	Todas las células del organismo necesitan un PH ambiental constante.

#### 4. PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS

##### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Alteración de la Nutrición relacionado con ingesta inadecuada de nutrientes, manifestado por pérdida de peso.

##### DEFINICIÓN DE LA NANDA (2003)

Alteración de la Nutrición; Aporte de nutrientes insuficientes para satisfacer las demandas metabólicas.

Estado en que la persona experimenta un aporte de nutrientes que excede sus necesidades metabólicas.

PROBLEMA: Parcialmente dependiente. Causas de dificultad y falta de conocimiento.

### **OBJETIVO DE ENFERMERÍA**

- \* Explicar ATB a que cambie sus hábitos alimenticios.
- \* Explicarle la importancia que tiene que llevar una adecuadamente alimentación y su control de líquidos durante las 24 horas del día.
- \* Orientarlo en cuanto a los alimentos que no puede consumir debido a su padecimiento que presenta.

### **OBJETIVO DE LA PERSONA**

- \* Que ATB, se mantenga en parámetros normales a su peso que es de 60 Kg.

### **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**

- \* Establecimientos de horarios de alimentos (Desayuno, comida y cena) y que lleve una buena masticación.
- \* Proporcionarle una alimentación a base de vegetales, con poca sal, azúcares.
- \* Planear un régimen alimenticio con ATB. De lo que puede consumir únicamente el cual contenga (vitaminas, proteínas, minerales y jugos energéticos).
- \* Que ATB, se relaje y evite tensiones emocionales antes, durante y después de los alimentos.
- \* Evitar alimentos irritantes (trastornos en el aparato digestivo).
- \* Dar una orientación de lo importante que es su alimentación y el seguirla al pie de la letra.

## **EVALUACIÓN**

ATB, acepta y tolera muy bien su alimentación diaria, él cual come tres o cuatro comidas diario.

## **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

Incontinencia Urinaria total relacionada a traumatismo o secuelas de su cirugía previa manifestado por emisión involuntaria de orina.

## **DEFINICIÓN DE LA NANDA (2003)**

Incontinencia Urinaria total. Pérdida de orina continua o impredecible.

Estado en el que el individuo experimenta una pérdida de orina de menos 50 ml, que se produce al aumentar la presión abdominal.

PROBLEMA: Parcialmente dependiente, debido a una mala información, relacionada a las secuelas de su cirugía.

## **OBJETIVOS DE ENFERMERÍA**

\* Orientar ATB, lo importante que es mantener su hidratación, el por qué debe ingerir únicamente 1 litro  $\frac{1}{2}$  de agua durante las 24 horas.

\* Explicarle cuáles fueron las secuelas de su cirugía.

## **OBJETIVOS DE LA PERSONA**

\* Incremente ATB, únicamente los líquidos, requeridos para mantener su hidratación de 1 litro  $\frac{1}{2}$  de líquidos en 24 horas.

## **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**

\* Orientarlo y motivarlo dándole una explicación de lo importante que es mantener su hidratación.

\* Decirle ATB, lo importante que es incrementar únicamente el agua requerida de 1 litro ½ diarios.

\* Sugerirle ATB, que lleve un control de líquidos en cuanto a su consumo de agua durante las 24 horas.

\* Sugerir que elabore toallas sanitarias de tela de algodón para evitar un poco su infección ya que las toallas comerciales contienen perfume y causan irritación.

\* Se siga realizando sus dos baños saunas por 15.  
Sugerirle la utilización de cremas lubricantes para que se lo ponga en su mucosa de su glándula.

## **EVALUACIÓN**

Aceptó y comprendió lo importante que es el llevar un control de líquidos consumidos en 24 horas, ya que debido a su padecimiento no debe ingerir más de lo indicado, por presentar retención de líquidos y de sustancias tóxicas acumuladas por la obstrucción de su riñón izquierdo.

## **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

Alteración del patrón del sueño relacionado con cansancio, manifestado por irritabilidad.

## **DEFINICIÓN DE LA NANDA**

Alteración del patrón del sueño, estado en que la interrupción del tiempo de sueño provoca malestar o interfiere con el estilo de vida deseado (Iyer 1997:380).

## **OBJETIVOS DE ENFERMERÍA**

- \* Sugerirle ATB, que tenga un descanso y siestas en sus tiempos libres todos los días.
- \* Continúa llevando ATB a sus terapias de relajación, masajes y lectura de libros de yoga y música terapia.

## **OBJETIVOS DE LA PERSONA**

Disminuya en ATB, su irritabilidad y cansancio y sueño.

## **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**

- \* Motivar ATB a que cambie sus horarios de descanso.
- \* Orientarlo a que lleve ejercicios de relajación como es el yoga o la música terapia Orientarlo a que establezca horarios de descanso.
- \* Explicarle lo importante que es el que descanse sus horas.
- \* Recordarle que continúe con sus baños sauna 15´ dejando 1 hora de reposo y que tome sus gotas relajantes de Flor de Bach.

## **EVALUACIÓN**

ATB, lleva acabo horarios de descanso en sus ratos libre.

## **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

Alteración de la comunicación verbal relacionado con la mala comunicación manifestado por miedo o temor (Barrera Psicológica).

## **DEFINICIÓN DE LA NANDA**

Alteración de la comunicación verbal, estado en que la persona experimenta una disminución de su capacidad para hablar pero puede comprender a otros (Alfaro 1999:205).

Disminución o ausencia de la capacidad para usar el lenguaje en la interacción humana.

PROBLEMA: Parcialmente dependiente a causa de la mala experiencia que vivió durante su estancia Hospitalaria, cuando fue intervenido quirúrgicamente hace 2 años.

## **OBJETIVO DE ENFERMERÍA**

\* Dar confianza ATB, para que externe sus inquietudes e ideas y que con esto tenga una mejor comunicación con su familia.

\* Explicarle lo importante que es el poder expresar sus sentimientos con los demás, así como sus miedos, angustias y tristezas.

## **OBJETIVO DE LA PERSONA**

\* Motivar ATB, a que no tenga miedo o pena al expresar sus sentimientos con sus seres queridos.

## **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**

- \* Ver los efectos que surgieron emocionalmente durante su hospitalización y actualmente durante su enfermedad.
- \* Intervenir si una emoción específica causa depresión al cuidado de la salud sugiriéndole que busque ayuda psicológica y terapias recreativas de su interés.
- \* Utilizar distractores o manipulación ambiental para alterar las emociones indeseables existentes.
- \* Motivar ATB, a que exprese sus sentimientos sin temor o miedo al que dirán.
- \* Planear con ATB, paseos con su familia, o alguna actividad recreativa.
- \* Motivarlo, alentarle y estar con ATB si el caso lo requiere.
- \* Que exprese sus emociones de manera directa (ira miedo y sustracción) sin sentimientos de culpabilidad.
- \* Ayudarlo a sentirse cómodo, satisfecho con sí mismo y con los que los rodean.
- \* Orientarlo o sugerirle a que realice actividades de su interés que le producen orgullo (Ayudarlo a que realice un periódico mural de su padecimiento).

## **EVALUACIÓN**

ATB, tiene una mejor comunicación con su familia sin miedos o temores al rechazo y acepto la ayuda profesional.

## **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

Duelo relacionado con su enfermedad manifestada por tristeza.

## **DEFINICIÓN DE LA NANDA**

Duelo estado en que la persona o grupo experimenta un patrón normal de sentimientos externos, de pérdida y de tristeza en respuesta a una pérdida real percibida.

PROBLEMA: Independiente relacionado con diversos sentimientos y emociones manifestado por angustia y temor.

## **OBJETIVO DE ENFERMERÍA**

\* Dar confianza ATB a que exprese sus sentimientos.

## **OBJETIVO DE LA PERSONA**

\* Exprese sus sentimientos estrenándolos con sus seres queridos.

\* Darle una orientación acerca de su padecimiento y los estados de ánimo por los que puede pasar.

## **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.**

\* Dar orientación ATB por medio de terapias (de lectura, escritura o por comunicación).

\* Orientar a la familia y motivarla de lo importante que es una ayuda profesional en este tipo de padecimiento.

\* Explicarle lo importante que es quererlo y apapacharlo mucho (Que se sienta querido)

## **EVALUACIÓN**

Acepto su enfermedad y permitió ayuda médica, familiar y psicológica.

# 5.- EJECUCIÓN

## 5.- EJECUCIÓN

Desde el inicio de su padecimiento se brindaron cuidados específicos ATB, se acompaña a sus estudios de laboratorio y gabinete, a sus consultas particulares como de gobierno, hasta el mes de abril continuó con una mala alimentación. El motivo de su consulta fue la infección de la mucosa de su glándula, una vez estando con el urólogo le notifica que su riñón izquierdo ya no tiene funcionalidad y que por tal motivo su tratamiento es urgente por medio de cirugía "Nefrectomía" y posteriormente será canalizado con el Nefrólogo, ya que lo más probable es que lo dialicen, a lo cual ATB, me comenta que su voluntad es que no sea operado, ya que la última vez su estancia en el Hospital no fue grata.

En esos momentos se siente triste, deprimido, angustiado y confundido, se le brinda orientación en cuanto a sus dudas, se motiva a que busque una nueva opinión y por medio de un conocido le recomienda la Universidad de Chapingo acude a consulta, donde la Doctora le confirma que efectivamente su riñón izquierdo no tiene funcionalidad y que esta reteniendo muchas sustancias tóxicas y que efectivamente tiene inicios de diabetes, pero con el cambio de sus hábitos, alimenticios y el tratamiento de homeópata, sus vacunas, y sus baños de sauna, va a mejorar y a partir de esta fecha su mejoría ha sido positiva ya que sigue el tratamiento al pie de la letra.

En el mes de junio positiva, empieza arrojar sus cálculos del tamaño de una lenteja y otros más grandes llevando un total de 12 piedras de diferente tamaño, en ese momento se sintió desesperado, asustado, triste y desorientado, al ver esta situación me comunico con su Doctora y lo comunico con ella, al cual lo orienta e informa que no se preocupe ya que son los cálculos que esta arrojando de su riñón izquierdo, que continúe con su tratamiento.

En su segunda consulta la Doctora lo felicita, dándole gusto ya que lleva una buena mejoría su aspecto es favorable, alegre, tranquilo y gustoso.

Durante todo el tratamiento se brinda comodidad, confianza, se orienta ATB., y a su familia, en cuanto al padecimiento a su tratamiento.

Su aspecto es favorable ya que ha mejorado mucho, se encuentra muy feliz, animoso, positivo, hidratado, su piel es suave y sin impurezas se mantiene en su peso, sigue su tratamiento al pie de la letra, se le acompaña a sus consultas, estudios, en sus resultados del ultrasonido le detectan únicamente dos cálculos.

Se le sugiere a su esposa que lo acompañe a sus consultas y terapias psicológicas, platicamos en cuanto a sus dudas de su alimentación que debe de llevarse, se le sugiere, que escuche música terapia, que no se preocupe por su situación económica ya que lo importantes es su salud, su bienestar físico y emocional.

# 6.- EVALUACIÓN

## **6.- EVALUACIÓN.**

### **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

Alteración Nutricia relacionada con ingesta inadecuada de nutrientes, manifestada por pérdida de peso debido a que no ingiere los alimentos adecuados a su padecimiento

### **OBJETIVO DE ENFERMERÍA**

- \* Explicar ATB a que cambie su régimen alimenticio y motivarlo.
- \* Darle una orientación ATB, y llevar un control de los alimentos que debe consumir únicamente de acuerdo a su padecimiento.

### **EVALUACIÓN**

Se logra el objetivo, con un 100%, ya que desde el inicio de su tratamiento aceptó el cambiar sus hábitos alimenticios, que consta de frutas, verdura, energéticos y mantener su hidratación, su salud mejorado favorablemente y se encuentra tranquilo.

En los resultados de sus estudios de laboratorio que le tomaron el día 19 de Agosto se encuentran en parámetros normales de glicemia (83.0 mg/dl), Colesterol (17.1.0 mg/dl) y triglicéridos (118.0mg/dl), con grupo sanguíneo de "A" +, Factor RH +.

### **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

Incontinencia Urinaria total relacionada a traumatismo o secuelas de su cirugía previa manifestado por emisión involuntaria de orina

### **OBJETIVOS DE ENFERMERÍA**

- \* Que ATB, mantenga su hidratación.
- \* Que se le explique cuales fueron las secuelas de su cirugía.
- \* El por que debe ingerir únicamente 1 ½ de líquidos durante las 24 horas

## **EVALUACIÓN**

Se logra un 90%, el cual se mantiene hidratado, su riñón ya tiene funcionalidad, La arrojado litos por su uretra, continúa con su baño sauna dos veces al día, con reposo de 1 hora, el resultado es satisfactorio, su piel está bien hidratada, se encuentra suave, bien, gracias a la eliminación de sus toxinas, en cuanto a su infección cede, hasta el momento está tranquilo, y continuando con su tratamiento.

## **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

Alteración del patrón del sueño relacionado por irritabilidad manifestado, por cansancio y sueño.

## **OBJETIVOS DE ENFERMERÍA**

- \* Que ATB, tenga un descanso y siestas en sus tiempos libres todos los días.
- \* Que leve terapias de relajación, música terapia, masajes y yoga.
- \* Tome sus gotas relajantes de Flor de Bach.

## **EVALUACIÓN**

Se alcanza el objetivo un 1000 % actualmente ATB, lleva a cabo horarios de descanso en sus ratos libres, y con esto disminuye su estrés e irritabilidad.

## **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

Duelo relacionado con su enfermedad manifestada por tristeza, angustia y desconfianza.

## **OBJETIVO DE ENFERMERÍA**

- \* Dar confianza ATB a que exprese sus sentimientos.
- \* Motivarlo a que acepte ayuda profesional.

## **OBJETIVO DE LA PERSONA**

- \* Exprese sus sentimientos expresándolos con sus seres queridos.
- \* Dar una orientación acerca de su padecimiento y los estados de ánimos por los que puede pasar.

## **EVALUACIÓN**

Se logra su objetivo un 100%, ATB, expresa sus sentimientos, miedos y temores.

## **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

Alteración en la integridad de la piel y mucosas relacionadas con un proceso infeccioso manifestado por irritación a nivel del glande, dolor y enrojecimiento de la mucosa uretral.

## **OBJETIVO**

\* Que ceder su infección o que desaparezca.

## **EVALUACIÓN**

Se alcanza el objetivo, desaparece la infección de la mucosa del glande, en un 100% y por tal motivo ya no se encuentra irritado, angustiado, ni preocupado, continúa con su vida realizando actividades que más le gusta.

## **EVALUACIÓN DEL PROCESO**

Se alcanzan los objetivos, en un 100%, se proporcionaron cuidados en cuanto a su problema detectado de A.T.B. Una vez aplicado el Proceso de Atención de Enfermería, pude observar cual era su problema y con esto seguir los pasos para poder ayudar a A.T.B, y así proporcionarle los cuidados acompañándolo durante su tratamiento, motivándolo, orientándolo en cada momento que lo necesitó y con esto obtener beneficios para restablecer su salud y contribuir a recuperar la funcionalidad de su riñón izquierdo. Los objetivos se lograron gracias al trabajo conjunto y a que es una persona constante que lleva acabo sus indicaciones al pie de la letra.

# **7. PLAN DE ALTA**

## **7.- PLAN DE ALTA**

### **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

Alteración Nutricia relacionada con ingesta inadecuada de nutrientes, manifestada por pérdida de peso debido a que no ingiere los alimentos adecuados a su padecimiento.

- \* Lleva un cambio de hábitos alimenticios, que incluye vegetales, frutas, energéticos leguminosas.
- \* Ingerir los alimentos en base al índice calórico y al índice glicérico de los alimentos en base a la glucosa no exceder más del 50%.
- \* Eliminar lácteos, pastas, embutidos, azúcares y harinas.

### **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

Incontinencia Urinaria total relacionada a traumatismo o secuelas de su cirugía previa manifestado por emisión involuntaria de orina.

- \* Durante seis meses ingerirá 1 litro  $\frac{1}{2}$  de líquidos en 24 horas diarios, en el cual se le recomendará lo importante que es no exceder lo indicado debido a su problema renal.

### **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

Alteración del patrón del sueño relacionado por irritabilidad manifestado por cansancio, y sueño.

- \* Seguir tomando un descanso de 15´
- \* Tomar su siesta de una hora después de realizarse sus baños saunas.
- \* No olvidar tomar sus gotas relajantes 4 veces al día, de Flor de Bach.

### **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

Alteración de la comunicación verbal relacionada con miedo a ser intervenido quirúrgicamente manifestado por temor a morir o a quedar mal (Barrera Psicológica).

- \* Evitar el aislamiento, siempre externar sus miedos, emociones, ideas, hacer planes con sus seres queridos.

\* Se le sugiere que tenga diálogos con su familia acerca de su enfermedad, de lo que él piensa, de como se siente y lo que quiere en su futuro.

\* Sugerirle que continúen con su ayuda psicológica y familiar.

### **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

Duelo relacionado con el diagnóstico de su enfermedad manifestada por tristeza, angustia y desconfianza.

\* Estar siempre en el momento que el lo necesite, apoyándolo, orientándolo en cuanto a sus dudas que tenga de su enfermedad.

\* Motivarlo con terapias recreativas de su interés, de música terapia y paseos.

### **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

Alteración en la integridad de la piel y mucosas relacionadas con proceso infeccioso manifestado por irritación a nivel de glánde, dolor, enrojecimiento de la mucosa uretral.

\* Su infección cedió, hasta el momento no presenta esta alteración.

\* Continúa usando sus toallas elaboradas por él hechas de tela de algodón.

## **PLAN DE ALTA**

El Sr. ATB, presenta una buena mejoría, este bien hidratado, esta conciente, orientado no presenta cansancio, mantiene una buena ingesta de alimentos, come 3 o 4 veces a día, sigue sus indicaciones médicas al pie de la letra, tiene una muy buena comunicación su amistades, continúa con su tratamiento y el apoyo de su familia y de su hija, tanto moral como económico, sigue realizando sus actividades cotidianas, duerme a sus horas se encuentra relajado y tranquilo.

El realizar este Proceso de Atención Enfermero, me permitió identificar con más detenimiento lo que implica el dar el cuidado en casa y no solo a nivel Hospitalario, así como me pudo ayudar a plantear actividades relevantes, tanto para al persona cuidada, como para mí como persona y Enfermera.

Me fue muy grato el poder dar el cuidado y ayudar a un adulto mayor con alteración en su necesidad de eliminación urinaria, fue una experiencia hermosa y pude darme cuenta, que se puede prevenir enfermedades si se tiene una buena comunicación, orientación.

Se lograron los objetivos, gracias a que ATB es una persona constante, persistente que sigue al pie de la letra su tratamiento y que con esto pudo erradicar su problema, a un 100%.

## **VI.- CONCLUSIONES**

Es importante destacar que el Proceso Atención Enfermería, es un instrumento que sirve a la enfermera Profesional, ya que favorece para proporcionar cuidados individuales a la persona sana o enferma, abarcando sus necesidades, en donde la aplicación es diferente en cada persona, ya que son un ser único e importante e irrepetible, que piensan siente y se expresa de forma diferente, deben ser cubiertas para mejorar su salud.

Este Proceso es una herramienta básica que tenemos y que nos sirve como fundamento para desarrollar nuestro quehacer diario.

Al desarrollar este Proceso de Atención de Enfermería, aprendí a otorgar un cuidado con bases teóricas y no solo el aplicarlo, sino el desarrollar cada una de sus etapas, con todos sus elementos que contienen cada uno de ellos y al mismo tiempo tuve la posibilidad de ir evaluando cada necesidad y de cambiar y aplicar las estrategias para anticiparnos a las complicaciones.

## **VII.- SUGERENCIAS**

Que se incluya el Proceso de Atención de Enfermería, en el plan de estudios de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia, como materia básica para poder aplicarlo y manejarlo durante la práctica clínica.

Que haya más difusión del Proceso de Atención de Enfermería y así promover su aplicación en forma práctica.

Que se les estimula a los estudiantes y se les guíe para que desarrolle sus habilidades en la aplicación del Proceso Atención Enfermero, tanto en la persona sana o enferma.

## VIII.- BIBLIOGRAFÍA

Ann Marriner Tomey, Martha Rále Alligood, **Modelos y Teorías de Enfermería**, 5 Ed., Mosby El Sevier Science 2003.

Cárdenas Jiménez Margarita, "Conceptualización de Enfermería", México, ENEO, UNAM 1995, Mecnógrafa.

**Diccionario de la Lengua Española.** Espasa Calpe S.A Madrid. 2005.

Grupo de Cuidado. **Dimensiones del Cuidado.** Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Segunda Edición Bogotá, Colombia, 2000.

<http://www.teleline.terra.es/> "Enfermera Teóricas Virginia Henderson". abril.

<http://www.nim.nic.gov/medlinephus/spanish/ency/article/000522.htm>.

Lillian Sholtis Brunner, Doris Smith Suddarth, **Manual de Enfermería Médico Quirúrgica**, 4 Ed., Vol. 4, México, Interamericana, 2000.

Luis Rodrigo Ma. Fernández Ferrin C., Navarro Gómez, **De la Teoría a la Práctica el Pensamiento de Virginia Henderson**, 2 Ed. Barcelona España, Mason, 2000.

Marriner, T. Ann. "Introducción al análisis de las Teorías de Enfermería", en **Modelos y Teorías de Enfermería**, 4 Ed., Barcelona España, Mosby Doyma, 1998

Mary T. HO, Charles E. Saunders, **Diagnóstico y Tratamiento de Urgencias**, 2 Ed., México, DF., Manual Moderno, S.A. de CV., 1991.

Marjory Gordon **Manual de Diagnóstico de Enfermería**, 10 Edición M, Mosby El Sevier 2003.

N. Roper/ww.Logan/A.J.Tierney, **Proceso Atención Enfermería**, Modelos de Aplicación, Interamericana 1986.

R Alfaro, **Aplicación Proceso de Enfermería**, Guía Práctica, 2 Ed., Doyman Enfermería 1992

R. h Flocks y David Culp, **Cirugía Urológica**, México, Interamericana, 1955.

Robert M. Zollinger, **Atlas de Cirugía**, 8 Ed, México, McGraw-Hill Interamericacna, 2003.

Rodríguez Sánchez Bertha Alicia. **Proceso Enfermero**, México, Ediciones Cuellar, 2000.

Rubio Domínguez Severino. **Teorías y Modelos para la atención de Enfermería**, Programa Guía ENEO. UNAM. SUA, 2003.

SUA. **Gerencia de los Cuidados de Enfermería**, ENEO, UNAM, México, 2003.

[www.colfarbequi.com.ar/fitoterapia/glosario de términos.](http://www.colfarbequi.com.ar/fitoterapia/glosario%20de%20t%C3%A9rminos)

[www.sanytel.com/diccionario/p htm.](http://www.sanytel.com/diccionario/p.htm)

# *ANEXOS*



**FÓRMULAS HERBOLARIAS DESARROLLADAS EN LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA CHAPINGO**  
 PROGRAMA UNIVERSITARIO DE PLANTAS MEDICINALES, DEPTO. DE FITOTECNIA

CLAVE	CONTENIDO	ENFERMEDAD	DOSIS	PRESENTACIÓN
PC-300	Eryngium heterophyllum y Amphyterygium adstringens	COLESTEROL TRIGLICÉRIDOS ATEROSCLEROSIS *ANGINA DE PECHO *CÁLCULOS BILIARES ENF. DEL HÍGADO	De 3 a 6 tazas al día, una cucharadita por taza, hervir 7 min. a fuego lento, tomar 30 min. antes de cada alimento *COMO AGUA DE TIEMPO	FRASCO CON 240 GRAMOS
R-250	Eryngium heterophyllum Y Equisetum hyemale	ENFERMEDADES DEL RIÑÓN *CÁLCULOS RENALES LIMPIA ARTICULACIONES ÁCIDO ÚRICO	De 3 a 6 tazas al día, una cucharadita por taza, hervir 7 min. a fuego lento, tomar 30 min. antes de cada alimento *COMO AGUA DE TIEMPO	FRASCO CON 180 GRAMOS
ERYNGIUM Extracto seco	Eryngium heterophyllum Amphyterygium adstringens Equisetum hyemale	COLESTEROL TRIGLICÉRIDOS ATEROSCLEROSIS ANGINA DE PECHO LIMPIA ARTICULACIONES ÁCIDO ÚRICO	3 cápsulas al día, una cápsula 30 minutos antes de cada alimento con 1 vaso de agua	FRASCO CON 90 CÁPSULAS DE 350 mg.

ESPIRULINA	Alga Espirulina	SISTEMA INMUNOLÓGICO OSTEOPOROSIS	6 cápsulas al día, 2 cápsulas con cada alimento	FRASCO CON 90 CÁPSULAS DE 350 mg.
------------	-----------------	--------------------------------------	---	-----------------------------------

Leche de Soya	Deshidratado en polvo de soya y stevia	Auxiliar para complementar una buena nutrición; sustituto de leche de vaca	2 cucharadas soperas en un vaso con agua, Se recomienda un vaso cada tercer día.	FRASCO CON 400 GRAMOS
---------------	--	--	--	-----------------------

# SISTEMA DE SANACIÓN

**ESTILO DE VIDA**  
Acorde a las leyes de la naturaleza

**SISTEMA INMUNE**  
Nosode Homeopático

**MEDICAMENTOS**  
Continuar con el tratamiento Alópata y  
Complementar con las Fórmulas Herbolarias

**ALIMENTOS**  
Dieta vegetariana mas pescado

**SISTEMA EMOTIVO**  
Control de Estrés, Paz Espiritual  
Asumir una Actitud de Persona Sana

**EJERCICIO FÍSICO**  
al menos una hora diaria. Evitar agotamiento.

**SUDORACIÓN**  
al menos un litro al día. Por ejercicio, sauna, temazcal.

**EVACUACIONES SÓLIDAS**  
al menos 3 al día.

Fuente: M.C. ERICK ESTRADA  
LUGO, PROGRAMA  
UNIVERSITARIO DE PLANTAS  
MEDICINALES 1992.  
Departamento de Fitotecnia,  
Universidad Autónoma  
Chapingo. Servicio Universitario

[www.erickestrada.com](http://www.erickestrada.com)



# EL ÍNDICE GLICÉMICO DE LOS ALIMENTOS EN BASE A LA GLUCOSA

## FRUTAS

1	TUNAS	7
2	CEREZAS	22
3	TORONJA	25
4	CHABACANOS DESHIDRATADOS	31
5	PERA	38
6	MANZANA	38
7	CIRUELA	39
8	JUGO DE MANZANA	40
9	DURAZNO FRESCO	42
10	NARANJA	44
11	UVAS	46
12	JUGO DE TORONJA	48
13	KIWI	52
14	GUANABANA	54
15	COCTEL DE FRUTAS	55
16	PLÁTANO	55
17	MANGO	55
18	CHABACANOS	57
19	PAPAYA	58
20	PASAS	64
21	MELÓN	65
22	PINA	66
23	JUGO DE NARANJA	66
24	PLÁTANO VERDE, AL VAPOR 1 HORA	70
25	SANDIA	72
26	DÁTILES	103

## GRASAS

27	CACAHUATES	15
28	NUTELLA (FERRERO)	32
29	NUEZ	47
30	CHOCOLATE	49

## HARINAS

31	CEBADA PERLA	25
32	ESPAGUETI CON PROTEÍNAS	27
33	FETTUCINE	32
34	CENTENO	34
35	FIDEOS	35
36	ESPAGUETI HERVIDO	36
37	ESPAGUETI INTEGRAL	37
38	PASTA ESTRELLA	38
39	TORTILLA DE MAÍZ	38
40	PAN DE GRANO DE CEBADA	39
41	MAÍZ SIN CÁSCARA	40
42	ESPAGUETI BLANCO	41
43	PAN DE CEBADA	43
44	PAN DE CAJA CON FRUTAS	43
45	MACARRÓN	45
46	TALLARINES	46
47	BIZCOCHO	46
48	PAN DE GRANO DE CENTENO	46
49	LINGUINE	46
50	TALLARIN INSTANTÁNEO	47
51	PAN DE SALVADO DE AVENA	48
52	ARROZ PRECOCIDO, ALTO EN ALMIDÓN	48
53	PAN DE MEZCLA DE GRANOS	48
54	TRIGO, COCIMENTO RÁPIDO	54
55	SALVADO DE AVENA	55
56	ELOTE	55
57	PAN DE CENTENO	55
58	MAÍZ DULCE	55
59	ESPAGUETI DE TRIGO DE GRANO DURO	55
60	FIDEOS DE ARROZ	58
61	PAN DE HAMBURGUESA	61
62	PAN TIPO MANTECADO	62
63	HARINA INTEGRAL DE TRIGO EN TIRAS	62
64	GALLETA DE AMARANTO	63
65	GALLETAS DE MANTEQUILLA	64
66	PAN DE HARINA REFINADA DE CENTENO	64
67	MACARRÓN CON QUESO	64
68	PASTEL, FLAN	65
69	PAN DE GRANO DE AVENA	65
70	BIZCOCHO DE CENTENO	65
71	PAN DE HARINA REFINADA DE CEBADA	67
72	PAN CUERNITOS	67
73	TORTILLA DE HARINA BLANCA DE TRIGO	68
74	PAN BLANCO ALTO EN FIBRA	68
75	BOLLOS	69
76	PAN DE TRIGO, HARINA INTEGRAL	69
77	TRIGO SIN CÁSCARA	69
78	PAN TOSTADO	70
79	BIZCOCHO DE TRIGO	70
80	PAN DE TRIGO BLANCO	71
81	PAN BAGEL BLANCO	72
82	TRIGO INFLADO	74
83	BOCADILLO DE TRIGO	74
84	RELLENO DE PAN (MIGAJÓN)	74
85	SALVADO DE MAÍZ	75
86	CALABAZA	76
87	ARROZ INTEGRAL	76
88	DONAS	76
89	WAFFLES	76
90	PASTELES DE ARROZ	77
91	GALLETAS DE BARQUILLO VAINILLA	77
92	PAN CRUJIENTE INFLADO	81
93	BOLILLO	81
94	ARROZ BLANCO	87
95	PAN DE TRIGO, LIBRE DE GLUTEN	90
96	PAN BAGUETTE FRANCÉS	95

## PROCESADOS

132	PASTEL DE ELOTE	25
133	SOPA DE TOMATE	38
134	SUSTAGEN PARA HOSPITALES	43
135	PERA EN CONSERVA	44
136	PASTEL DE PLÁTANO CON AZÚCAR	47
137	HELADO BAJO EN CALORÍAS	50
138	PASTEL, LIBRA	54
139	GALLETAS DE AVENA	55
140	PALOMITAS DE MAÍZ	55
141	DIGESTIVOS	59
142	MERMELADA	59
143	PASTELES	59
144	PIZZA DE QUESO	60
145	SOPA DE CHICHARO DESVAINADO	60
146	HELADO	61
147	VERDURAS MARCA M'FINO	68
148	PAN DE FRUTAS	68
149	CREMA DE MAÍZ	69
150	CREMA DE TRIGO	70
151	SALVAVIDAS	70
152	CALDO MAÍZ, SIN REFINAR	71
153	JALEA DE NÓPAL	91
154	POSTRE CONGELADO TOFU NO LÁCTEO	115

## CEREAL DE CAJA

97	CEREAL ALL BRAN	42
98	CEREAL SPECIAL K	54
99	GRANOLA	56
100	BARRA DE GRANOLA	61
101	CORN FLAKES	84
102	CHOCOKRISPIES	87
103	FRITURAS DE MAÍZ	74
104	BOTANAS CHEERIOS	74
105	RICE KRISPIES	82

## TUBERCULOS

106	CAMOTE FRESCO	34
107	CAMOTE DULCE	44
108	ZANAHORIAS	49
109	CAMOTE	51
110	PAPAS FRITAS	54
111	PAPA DULCE	54
112	PAPA COCIDA	62
113	BETABEL	64
114	PAPA AL VAPOR	65
115	PASTA DE PAPA	67
116	PURÉ DE PAPA	70
117	PAPAS A LA FRANCESA	75
118	PAPA COCIDA EN MICROONDAS	82
119	PAPA INSTANTÁNEA	83
120	PAPA AL HORNO	85
121	PAPA ASADA	85

## ENDULZANTES

122	MIEL DE MAGUEY	10
123	FRUCTOSA	23
124	LACTOSA	46
125	MIEL DE ABEJA	58
126	JARABE DE MAÍZ ALTO EN FRUCTOSA	62
127	SACAROSA (AZÚCAR BLANCA)	65
128	TABLETAS DE GLUCOSA	96
129	GLUCOSA	100
130	MALTOSA	105
131	MALTODEXTRINA	105

## BEBIDAS EMBOTELLADAS

155	COCA COLA	63
156	FANTA	68
157	GATORADE	78
158	LUCOZADE	95

## PROTEÍNAS

159	FRÍJOL DE SOYA	18
160	CHICHARO DESHIDRATADO	22
161	LENTEJA ROJA	25
162	FRÍJOL EN GENERAL	27
163	LENTEJAS	28
164	FRÍJOL NEGROS	30
165	EJOTES	31
166	CHICHAROS AMARILLOS	32
167	GARBANZOS	33
168	HABA, COCIDA A PRESIÓN	34
169	FRÍJOL CANARIO	38
170	FRÍJOL BAYO	38
171	FRÍJOL PINTO	39
172	CHICHAROS VERDES	48
173	LEGUMINOSA VERDE ENTERA	57
174	HABAS	79

## LÁCTEOS

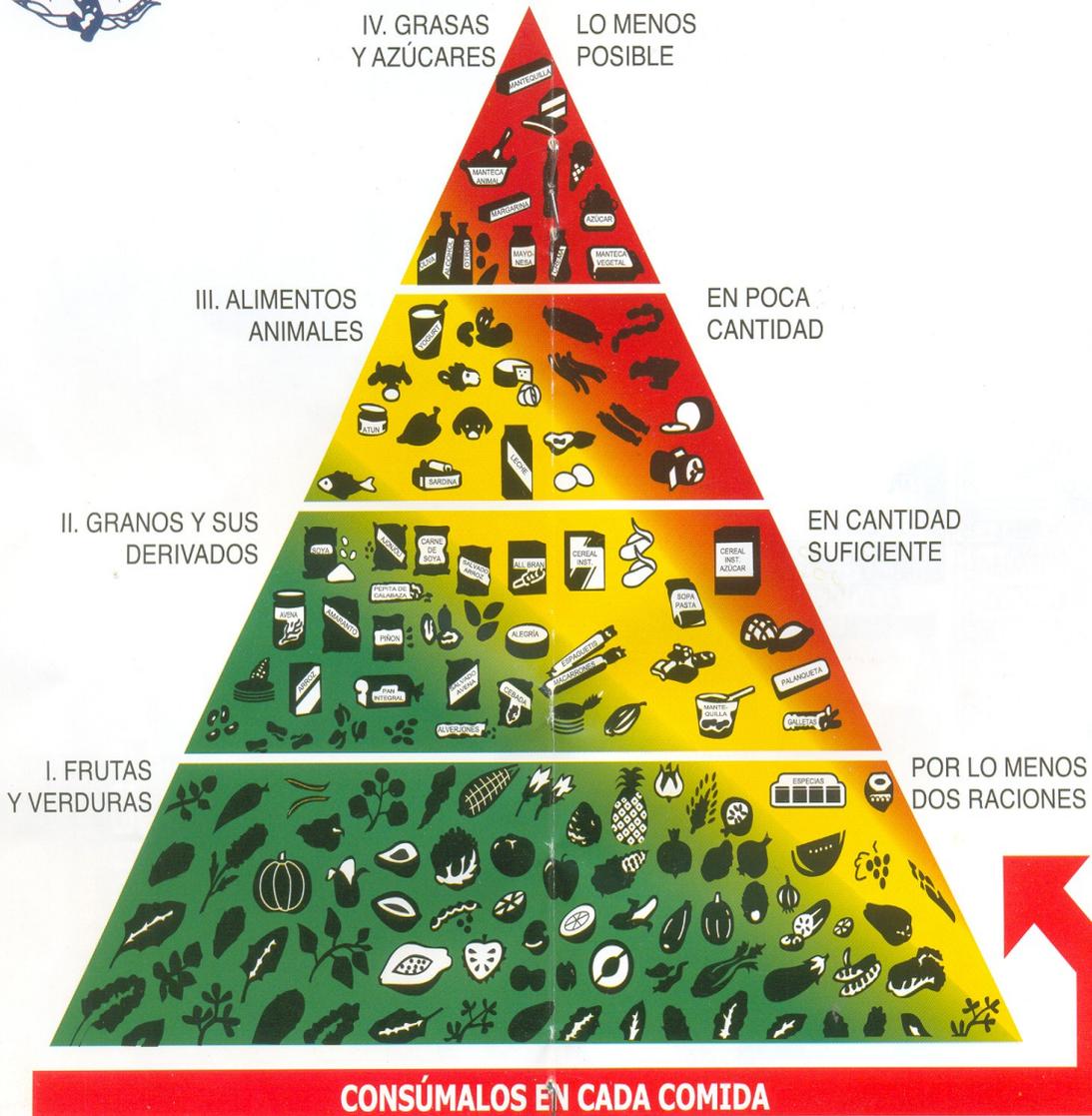
175	LECHE ENTERA	27
176	LECHE EN SOYA	30
177	LECHE DESCREMADA	32
178	YOGHURT LIGHT	33
179	YOGHURT	36
180	YAKULT	45





# LA PIRÁMIDE DE LA SALUD

## GRUPO DE ALIMENTOS



Reproducción con la autorización del Instituto Nacional de la Nutrición



**En abundante cantidad**

**En poca cantidad**

**Lo menos posible**



Sede: Universidad Autónoma  
Chapingo  
Tels: 01 (595) 9521561, 954 6419  
Fax: 01 (595) 954 7611  
E-mail: erickestradal@prodigy.net.mx  
www.erickestrada.com



"ENSEÑAR LA EXPLOTACIÓN DE LA TIERRA, NO LA DEL HOMBRE"

Universidad Autónoma Chapingo  
Departamento de Fitotecnia  
Programa Universitario de Plantas Medicinales  
Carretera, México-Texcoco, Km. 38.5  
Chapingo, México, Estado de México  
Tels: 01 (595) 9521561, 954 6419  
Fax: 01 (595) 954 7611  
E-mail: erickestradal@prodigy.net.mx  
www.erickestrada.com

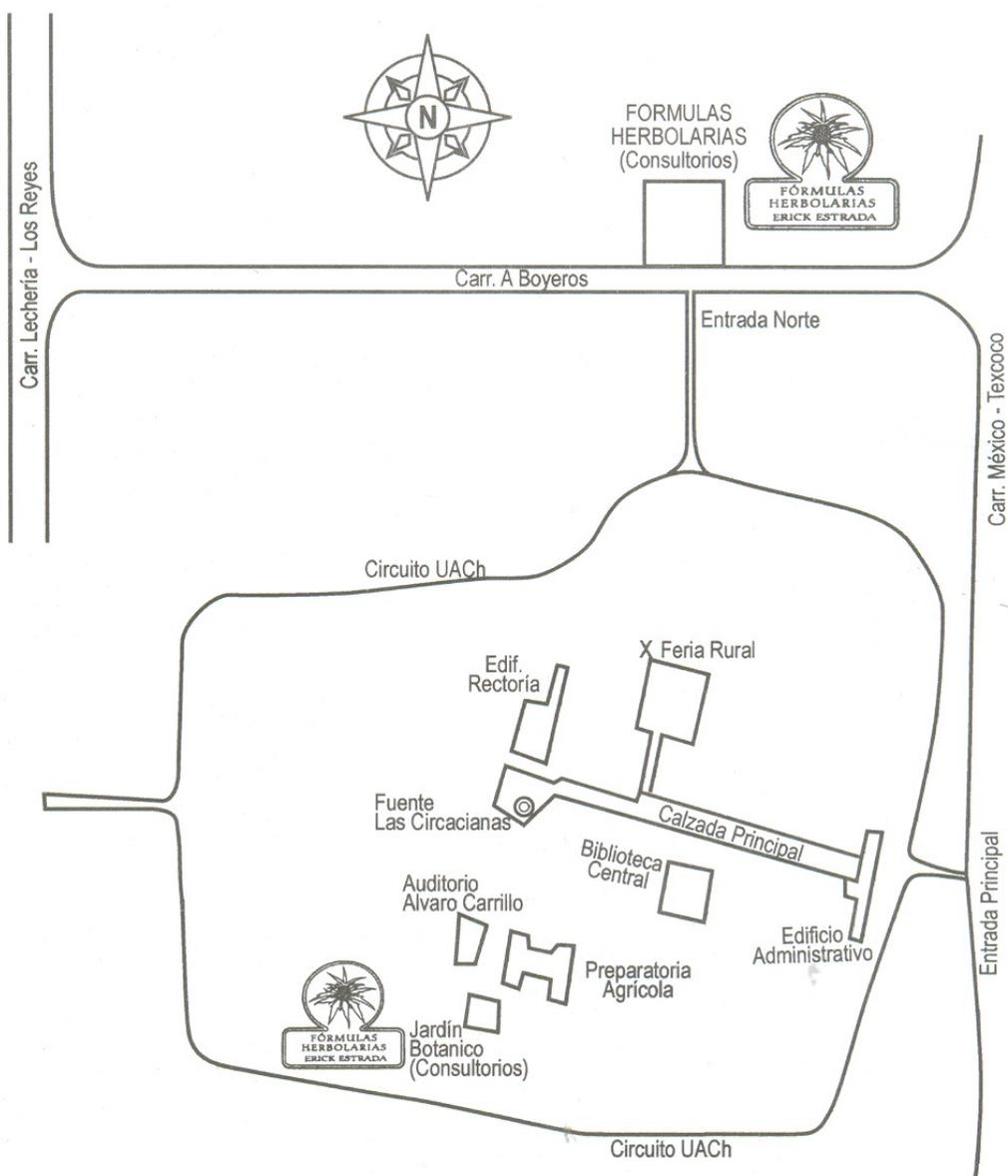
# PROGRAMA UNIVERSITARIO DE PLANTAS MEDICINALES DEPARTAMENTO DE FITOTECNIA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA CHAPINGO

M.C. ERICK ESTRADA LUGO  
COORDINADOR

CONSULTAS GRATUITAS EN EL JARDÍN BOTANICO (DENTRO DE LA UNIVERSIDAD  
AUTONOMA DE CHAPINGO) Y EN FORMULAS HERBOLARIAS (FRENTE A LA PUERTA  
NORTE DE CHAPINGO - CARR. A BOYEROS).

**HORARIOS: LUNES A VIERNES DE 8:30 A 17:00 HRS.  
SABADOS DE 9:00 A 16:00 HRS.**

**INFORMES AL TEL.: 01 (595) 954-64-19  
FAX: 01 (595) 954-76-11**



## **VACUNA HOMEOPATICA**

(Isopatia, Nosode)

### **¿QUÉ ES Y PARA QUE SIRVE LA VACUNA?**

Al ser una vacuna homeopática, se subministra oralmente, es decir la dosis que le indique él médico debajo o sobre la lengua quince minutos antes de cada alimento (3 veces al día)

El tratamiento es interrumpido por lo menos seis meses (de preferencia ocho meses).

### **DEFINICIÓN DE LA AUTOVACUNA**

Se recomienda a cualquier persona, esté o no enferma, ya que evita que la persona se enferme en forma recurrente al fortalecer el sistema inmunológico (diferentes tipos de inmunodeficiencias)

Combate cualquier padecimiento, que va desde lo más sencillo: gripe, tos, influenza común, amigdalitis, etc.; hasta enfermedades crónicas degenerativas: diabetes, artritis, reumatoide, cancer, VIH, etc.

Ayuda a disminuir las necesidades de medicamentos alópatas en cualquier padecimiento y a regenerar funciones orgánicas, por lo tanto nos hace sentir muy bien.

Puede utilizarla toda la familia, desde recién nacido hasta personas de la tercera edad.

### **REQUERIMIENTOS BÁSICOS**

**1.- AYUNO:** Mínimo de 4–5 horas, en casos como cáncer, lupus, VIH, y padecimientos de la sangre, como diferencias inmunológicas, etc., el ayuno tiene que ser total.

Si el paciente que requiere la vacuna consumió carne, leche, o algún alimento con grasa, deberán de pasar de 6 a 8 hora para poder prepararla.

**2.- PRIMERA ORINA DE LA MAÑANA:** En casos de diabetes, cáncer, lupus, VIH, padecimientos renales crónicos y alergias, es obligatorio que sea la primera orina en los demás padecimientos no es tan necesario, sin embargo, es más efectiva con la primera de la mañana.

**3.- EXUDADO BUCOFARÍNGEO:** En este caso se debe evitar el aseo bucal; éste se aplica en forma mayoritaria en niños, sobretodo si padecen de enfermedades de la garganta frecuentemente.

**4.- MUESTRAS:** De polvo, plantas, polen pelo de mascotas. Esto es necesario en caso de asma, alergias recurrentes, salpullido y cualquier muestra de intolerancia a algunas sustancia, por lo tanto sólo se requiere en estos casos.

**5.- MUESTRAS:** De lagas, heridas, alergias, úlceras, etc. Esto sólo en casos con cualquiera de estos padecimientos, y se requiere que el paciente no haya tenido una curación, ya que está se realiza por medio del personal de enfermería en forma posterior