



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
**APLICADO A UNA PERSONA CON MANTENIMIENTO INEFECTIVO DE LA SALUD
RELACIONADO CON AFRONTAMIENTO INEFICAZ MANIFESTADO POR ANSIEDAD,
PREOCUPACIÓN Y ANGUSTIA.**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA
Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

INÉS MORENO MÉNDEZ
No. DE CUENTA: 404118251

DIRECTORA DEL TRABAJO
M.E. LETICIA SANDOVAL ALONSO

México, Septiembre. 2007.



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.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por darme la vida, fuerza
Y voluntad, para lograr uno
De mis más grandes anhelos.

A MI ESPOSO

Quién con su amor y un gran apoyo
Fue el respaldo que necesité en esté
Arduo camino. Por su confianza y entrega
Mi eterno agradecimiento.

A KEILA Y JESSICA

Mis más amadas y adoradas hijas
Por haber tolerado esa falta de tiempo
Y ser mi gran motor que me impulsaba
En mis flaquezas, les ofrezco mi amor
De madre incondicional.

A MIS PADRES Y HERMANOS

Por haber creído en mí y su apoyo
Incondicional. Gracias.

A ANGELES A., JESSICA Y ANGELES M.

Las que compartieron los malos y buenos
Momentos conmigo y me brindaron su apoyo
Incondicional. Gracias.

A MI ASESORA

Por brindarme la oportunidad de trabajar
Con ella, fortalecerme con sus alentadoras
Palabras, mi más sincero reconocimiento
Y eterno agradecimiento.

ÍNDICE

	PAG.
1.- Introducción	4
2.- Objetivos	5
3.- Metodología	6
4.- Marco Teórico	7
4.1 Antecedentes Históricos de Enfermería	7
4.2 Proceso Atención de Enfermería	9
4.3 Modelo Conceptual de Virginia Henderson	13
4.4 Insuficiencia Renal	19
4.5 Afrontamiento	21
5.- Aplicación del Proceso Atención de Enfermería	22
5.1 Ficha de identificación	22
5.2 Presentación del Caso	23
5.3 Conclusión Diagnóstica de Enfermería	25
5.4 Desarrollo del Proceso Atención de Enfermería	28
6.- Conclusiones	42
7.- Sugerencias	43
8.- Referencias Bibliográficas	44
9.- Anexos	45
9.1 Instrumento de Valoración	46
9.2 Comer sanamente mientras está bajo tratamiento de Diálisis	52
Peritoneal	
9.3 Prevención de Accidentes	54

1.- INTRODUCCIÓN

La enfermera en la práctica profesional requiere de disponer conocimientos científicos que orienten y expliquen el por qué de las acciones con una fundamentación teórica. Anteriormente los cuidados de Enfermería se basaban en las órdenes escritas por los médicos y estaban más enfocados hacia las enfermedades que a la propia persona, con frecuencia los cuidados se aplicaban guiados por la intuición y no por un método científico.

La aplicación del Proceso Atención Enfermería se lleva a cabo dada la necesidad de contar con un método científico que nos permite plasmar la integración de conocimientos clínicos - teóricos- prácticos a problemas relacionados con la salud del ser humano. El objetivo principal es la atención de calidad al individuo sano o enfermo, en forma integral e individualizada basado en el Modelo de Virginia Henderson.

Por ello se han utilizado estos conocimientos; en el presente caso clínico aplicado a una persona con mantenimiento inefectivo de la salud, debido a su falta de afrontamiento individual y que a través de este proyecto se han detectado y priorizado las necesidades utilizando una metodología que ofrece al individuo atención individualizada continua y de calidad. Así mismo se da a conocer el Modelo y diseño del Plan de Atención de Enfermería, objetivos que se esperan alcanzar, tiempo, material y equipo requerido en esta investigación.

Cabe mencionar que el trabajo lo realice con el consentimiento de José quien accedió a llamarse así para transcribir el propio trabajo, permitiendo interactuar con él y llevado a cabo bajo la más estricta ética profesional. Se dan a conocer las conclusiones y recomendaciones necesarias respecto al aprendizaje obtenido. Para finalizar cabe mencionar que las experiencias y conocimientos adquiridos se verán reflejados en mi quehacer profesional y personal, elevando con ello la calidad de los cuidados de Enfermería aplicados a individuos sanos y enfermos.

2.- OBJETIVO GENERAL

- Valorar e Identificar a través del Proceso Atención de Enfermería la priorización de problemas reales y potenciales de acuerdo a las necesidades básicas de José en base al Modelo de Virginia Henderson.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Establecer una atención integral e individualizada, continua y de calidad a través del Proceso Atención de Enfermería.
- Identificar oportunamente posibles complicaciones a través de la enseñanza.
- Planear y ejecutar las intervenciones de Enfermería que contribuyan a mejorar el estado de salud de José.
- Reducir el estado de preocupación y angustia a través de charlas amenas para mantener a José ocupado.
- Aumentar el afrontamiento en forma positiva y optimista.

3.- METODOLOGÍA

Para la elaboración de este trabajo se realizó una revisión bibliográfica del Proceso Atención de Enfermería (PAE) y del modelo de Virginia Henderson.

Posteriormente se selecciono a una persona que tuviera la disponibilidad de cooperar para poder llevar a cabo el Proceso Atención de Enfermería.

La ventaja en la aplicación del Proceso Atención de Enfermería fue la cercanía domiciliaria, lo que permitió tener un acceso frecuente a la entrevista durante tres semanas en total, de 1:30 a 2 horas diarias y nos permitirá tener un posterior seguimiento del caso.

Para reafirmar los conocimientos sobre la situación actual de José, se requirió de investigaciones bibliográficas, hemerográficas, así como del Internet, unificando lineamientos del contenido para la elaboración del proceso basado en el Modelo de Virginia Henderson.

Para el desarrollo del plan de cuidados se inició la Valoración, la cuál se llevo a cabo en base a las 14 necesidades de Virginia Henderson a través de la entrevista y un instrumento metodológico (anexo 1), lo que permitió construir los Diagnósticos de Enfermería, apoyados en base a lineamientos de las Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC. Así mismo, la Planeación se resolvió de acuerdo a los problemas detectados a través de la entrevista directa, exploración física e interrogatorio, mismos que se llevarán a cabo con los recursos y apoyos diversos.

La Ejecución se realiza de acuerdo a las intervenciones de Enfermería previamente planeadas, las cuales contribuyen al cuidado integral de José.

Finalmente la Evaluación nos permitirá ver el grado de resolución, en relación a los objetivos planeados en el Proceso Atención de Enfermería.

Es importante mencionar que la revisión y la corrección de la elaboración de todo este Proceso, se basó en sesiones presenciales y la comunicación vía correo electrónico con la asesora en forma continua.

4.- MARCO TEÓRICO

4.1 Antecedentes Históricos de Enfermería

La historia de Enfermería ha sido trascendental desde la época de la cultura primitiva, la mujer siempre ha sobresalido desde sus orígenes hasta la actualidad. Sigue siendo un pilar importante dentro de la sociedad para el cuidado de la persona y el cuidado para la vida.

El origen de la Enfermería profesional se ubica con la implantación del sistema de Florencia Nightingale en 1860 en el Hospital de H.Thomas de Londres, aunque en Europa desde el siglo XVII ya se daba entrenamiento a las mujeres que atendían a los enfermos. Es particularmente citada la Escuela de las Diaconisas de Kaiserswerth, Alemania, Instituto creado en 1836 por Teodor Fliedner y su esposa Frederika Munster su objetivo era crear enfermeras visitadoras, lo que influyó indirectamente en personas como Florence Nightingale , ella estudió en este Instituto en 1853.¹ En este sistema la enfermera ocupaba un lugar específico que no se confundía con el del medico ni con otro tipo de personal, sus funciones y cualidades eran determinadas desde la misma escuela: puntualidad, orden, limpieza, método, técnicas de curaciones, etc.²

Estos orígenes históricos y tradicionales de la Enfermería están profundamente influenciados por eventos religiosos y militares, los cuidados estaban a cargo de "monjas enfermeras" dada la escasez de profesionales de la medicina, era influenciado por mujeres que asumían la responsabilidad cumpliendo con una serie de reglas, disciplina y moral rigurosa.

Florencia Nightingale en sus notas de Enfermería " Qué es y que no es" escritas en 1859, nos enseñó que uno de los roles más importantes de la enfermera es crear las mejores condiciones para que la naturaleza actúe su curso en el paciente, más de 100 años han transcurrido desde entonces y el valor de esta visión sigue aún latente.

¹ Hernández Conesa Juana. Historia de la Enfermería un Análisis Histórico de los Cuidados de Enfermería. 1995. pág. 127- 135.

²QUESADA Fox C.,S., RUBIO D. La función docente de la enseñanza clínica en enfermería. Antología Docencia de Enfermería. pág. 92.

Los escritos de Florencia Nightingale reflejan el cuidado ofrecido a aquellos que sufrían las consecuencias de la guerra de Crimea. Articuló uno de los mayores focos de la Enfermería moderna: La conceptualización del entorno y su efecto sobre el paciente, trató por primera vez de diferenciar entre Enfermería y Medicina. Argumentó que estas dos disciplinas tienen una perspectiva diferente del concepto de salud. Bajo esta perspectiva, la enfermera no necesita saber todo sobre los procesos de enfermedades, y debe entender la influencia que el medio ambiente ejerce sobre los enfermos.³

La práctica de Enfermería se ha visto forzada a realizar fuertes reajustes a medida que aumentan los conocimientos, las tecnologías, investigaciones, descubrimientos y tratamientos innovadores, manteniéndose al corriente de los cambios aumentando así el juicio clínico para tomar decisiones en la práctica y atención de Enfermería en relación con el paciente. Es por esto que se hace imperativa la necesidad de desarrollar al profesional de Enfermería, como también a otros miembros del equipo de salud.

Como profesionales de Enfermería debemos basarnos en los conceptos fundamentales del metaparadigma: Persona, Entorno, Enfermería y Salud lo cuál nos facilita articular bien lo que es Enfermería, el mayor beneficio de estos cambios será en el paciente. El desarrollo profesional de Enfermería se basa en la actualización continúa y el entendimiento profundo del ser humano, con mentes abiertas, desafiantes, reflexionando en la práctica profesional sobre el cuidado integral. Los sentimientos y pensamientos humanos son factores críticos determinantes en la relación enfermera-paciente por lo que es importante crear una visión más amplia de la Enfermería y su esencia.

Definición de Enfermería

Es el arte y la ciencia del cuidado integrado y comprensivo, en el cuál la enfermera junto con la persona beneficiaria de estos cuidados, identifican metas comunes para realizar y mantener la salud.⁴

³ GRINSPUN, Doris. Identidad Profesional, Humanismo y Desarrollo Tecnológico. Antología Sociedad, Salud y enfermería. 2006. pág. 223.

⁴ Op. cit. pág. 227-228

Esta definición incorpora los cuatro elementos del metaparadigma de Enfermería: Persona, Entorno, Enfermería y Salud. Estos conceptos han sido articulados como el Metaparadigma de Enfermería por primera vez en 1984 (Fawcet).

Entenderemos mejor esta definición si es que analizamos detalladamente como estos conceptos se incorporan a la definición.

- Enfermería es un arte porque requiere que la enfermera perciba el significado del momento para la persona que ella cuida, y queda rápidamente entender y actuar.
- Enfermería es una ciencia porque incorpora el conocimiento ganado a través de métodos científicos para poder describir, explicar, pronosticar y prescribir componentes del cuidado de Enfermería.
- Enfermería es un cuidado integrado porque incorpora la complejidad biopsicosocial del individuo y considera sus necesidades dentro del contexto de su mundo único.
- Es un cuidado comprensivo porque valora y considera las diferentes experiencias que la persona esta confrontando, con el fin de asistir a la persona a entender estas experiencias y ganar fuerzas para movilizarse a un estado de salud.

4.2- Proceso Atención Enfermería

“El término de Proceso Atención de Enfermería es relativamente nuevo, ya que fue Hall su creadora en 1955, desde entonces varias enfermeras han descrito el proceso de diferentes modos teniendo cierta semejanza en la búsqueda de los objetivos y en su visión hacia el individuo. Para Virginia Henderson en 1966 el objetivo es la independencia en la satisfacción de las 14 necesidades. Para Dorothy Jonson en 1980 su objetivo es el equilibrio de sistemas de conductas y estabilidad dinámica, Imogene King en 1978-1987 sugirió realización, mantenimiento o restauración de la salud. Para Betty Newman en 1982 es la realización, mantenimiento del sistema del cliente. Dorotea Orem en 1985 el objetivo es el logro de una óptima auto asistencia del cliente”.⁵

En 1973, la Asociación América de Enfermeras (ANA), publicó los criterios de la práctica de Enfermería siguiendo las fases del proceso, siendo en este año cuando

⁵ BENAVENT Garcés Amparo. Fundamentos de Enfermería. En Antología Fundamentación Teórica para el Cuidado. 2005. p.p 182-184.

Geble y Lavin en la Universidad de San Luis en la escuela de Enfermería ayudaron a organizar la primera conferencia de la clasificación de los Diagnósticos de Enfermería donde los participantes de ésta conferencia dieron lugar a la definición de los mismos. En 1982, el grupo de conferencia aceptó el nombre de Asociación de Diagnósticos de Enfermería Norteamericana (NANDA).

Definición del Proceso Enfermero

Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas, centrados en el logro de objetivos de forma eficiente ⁶

Características de Proceso Enfermero (Alfaro 1999).

- El proceso enfermero reúne los requisitos para el seguimiento de la atención, tiene una finalidad, busca los objetivos de la enfermera y el paciente.
- Es sistemático: implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar el logro de los objetivos interactivo paciente-alumno.
- Es dinámico: responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: se puede adaptar al ejercicio de la Enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades.
- Es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera (o) que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas con la salud de los usuarios lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados.

Después de haber revisado a diversos autores, concluyo en base a mi experiencia profesional que el Proceso Atención de Enfermería es un método por el cuál se analiza al individuo, familia y comunidad, incluyendo su entorno, de una manera ordenada y sistemática que permite proporcionar al individuo una atención de calidad, solventando de manera eficaz los cuidados orientados al logro de los objetivos. Estructurando de manera oportuna las intervenciones desde el primer contacto con la persona hasta la finalización de las actividades dentro del ámbito de responsabilidad.

⁶ Alfaro. Lefevre, Rosalinda, 1999, Proceso Enfermero de Rodríguez. Sánchez. B. Alicia p. 29

Fases del Proceso Atención Enfermería

Valoración: Consiste en recopilar, verificar, y organizar los datos del nivel de salud de la persona. Requiere la máxima exactitud posible tanto en los datos obtenidos del paciente como en los resultados de los análisis y demás estudios que se efectúen para evaluar su estado de salud y necesidades.

Diagnóstico de Enfermería: Segunda etapa del Proceso de Enfermería que corresponde al análisis e interpretación de los datos recogidos en la etapa previa. Su finalidad consiste en determinar con la mayor claridad posible y de manera concisa el problema específico que presenta el paciente y las fuentes de dificultad que lo provocan, se elabora Diagnóstico de Enfermería punto prioritario para establecer la situación y las necesidades del paciente así como para plantear los cuidados de Enfermería más oportunos.

Planificación: Es una etapa fundamental del Proceso de Enfermería en el cual se establecen las estrategias para reducir o solucionar los problemas identificados y se determinan los pasos básicos para alcanzar los objetivos propuestos y los medios necesarios para llevar a cabo las intervenciones concretas.

Ejecución: Esta etapa corresponde a la puesta en práctica del Plan de Intervenciones elaborado previamente y cuya meta es la de conducir al paciente hacia la óptima satisfacción de sus necesidades, en todo momento debe intentarse una comunicación pedagógica, con intención de enseñanza ya sea de cuidados generales (alimentación, higiene, prevención de enfermedades o cuidados específicos relacionados con el padecimiento concreto del paciente y sus limitaciones).

Evaluación: Constituye la última etapa del Proceso de Enfermería, corresponde a una actividad continua mediante la cual se determina hasta qué punto se han alcanzado los objetivos propuestos previamente y los resultados de la aplicación del cuidados, a la par que se incorporan nuevos datos surgidos de la evolución del estado del paciente.⁷

⁷ Baily Raffensperger Ellen. Enciclopedia de la Enfermería. Pág. 4-10

Ventajas del Proceso de Enfermería

Para el paciente

- Calidad en el cuidado: Es esencial para encontrar necesidades particulares del individuo, familia o comunidad.
- Continuidad en el cuidado: El hecho de contar con un plan por escrito, facilita que todas las personas implicadas en el cuidado puedan acceder a él, con lo que se evita que el paciente tenga que repetir la información a cada uno de los miembros del equipo.
- Participación de los pacientes en el cuidado de su salud: El Proceso facilita que los individuos desarrollen las capacidades relacionadas con su propio cuidado, de forma que se comprometan en mayor medida para alcanzar las metas.

Para la enfermera

- Educación constante y sistemática
- Satisfacción en el trabajo, el profesional asegura las identificaciones correctas de los problemas del paciente, favorece la coordinación y evita el trabajo por ensayo- error.
- Crecimiento profesional: A través de la evaluación, la enfermera aprende que cuidados son efectivos y cuáles tienen que adaptarse para cubrir necesidades.
- Evita acciones legales: La enfermera cumple con sus obligaciones legales cuando aplica cuidado de Enfermería previamente pactados mediante la ejecución de todas las fases del Proceso.
- Alcanzar los modelos de Enfermería Profesional.
- Alcanzar los modelos de hospitales acreditados.⁸

⁸ Proceso de Enfermería. Seminario Taller. Material Recopilado. México 2006.

4.3 Modelo Virginia Henderson

Bibliografía ⁹

Virginia Henderson nació en 1897, siendo la quinta de ocho hermanos, originaria de Kansas City, Missouri. En 1918 ingreso a la escuela de Enfermería del ejercito en Washington, D.C.

En 1921 se graduó y aceptó un puesto como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. Henderson identificó las necesidades básicas de los seres humanos en 14 componentes

Analiza también una serie de pautas con características muy diversas y variadas, encaminadas a las personas, familias o comunidades desde una perspectiva holística que toma en consideración las necesidades fisiológicas, psicológicas, sociales y espirituales del ser humano.

Para Henderson los cuidados básicos son acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según su criterio, en donde los cuidados son individualizados y dirigidos a las personas en su totalidad.

El modelo Henderson es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes Etapas del Proceso Atención de Enfermería, abarca cinco fases adecuadamente para el logro satisfactorio del paciente, encaminadas a la detección de problemas de salud potenciales o ya establecidos donde se emplean intervenciones de Enfermería para intentar corregir las alteraciones de salud, estructurando prioridades, formulando estrategias e intervenciones oportunas de Enfermería con una máxima eficacia.

Principales Conceptos y Definiciones

Enfermería

Definió Enfermería en términos funcionales “La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación o a una muerte tranquila, que llevaría a cabo sin ayuda si contara

⁹ MARRINER, Tomey A. Raile Alligood M. modelos y Teorías en Enfermería. 2006. p. 100

con la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.

Salud

Henderson no dio una definición propia de salud, pero en su obra equipara la Salud con la Independencia. En la sexta edición de Text book Principles and Practice of Nursing cita varias definiciones de salud de diferentes fuentes incluida la de la Organización Mundial de la Salud. Considera la salud en términos de habilidad de la persona para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Dice que es “la calidad de la salud más que la vida en sí misma, esa reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida”.

La Salud. Independencia / Dependencia y causas de la dificultad.¹⁰

Virginia Henderson desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos tanto reales como potenciales. Buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo su propia salud, en base a sus propias capacidades de las 14 Necesidades Básicas.

Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas, que identifica como:

- Falta de Fuerza.

- Falta de conocimiento.

- Falta de Voluntad

¹⁰ Fernández Ferrín Carmen.El Proceso de Atención de Enfermería Estudio de Casos. 1993. pág. 5-7.

1.- Falta de Fuerza:

Interpretamos por FUERZA, no sólo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual.

2.- Falta de Conocimientos:

Relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento).

3.- Falta de Voluntad:

Entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

La presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente, aspectos que deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones. El tipo de actuación (de suplencia o ayuda) vendrá siempre determinado por el grado de dependencia identificado.

Entorno

Henderson tampoco dio una definición clara de entorno. Acudió en cambio al Webster's New Collegiate Dictionary de 1961, en el que se define entorno como "El conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo".

Persona

Henderson considera a la persona como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila y que el cuerpo y alma son inseparables, considera al individuo y familia como una unidad.

Virginia Henderson se fundamenta en la presencia de un ser humano con ciertas exigencias fisiológicas y aspiraciones que ella denomina necesidades fundamentales.¹¹

14 NECESIDADES BÁSICAS:

- 1) Respirar normalmente.
- 2) Comer y beber en forma adecuada.
- 3) Evacuar los desechos corporales.
- 4) Moverse y conservar una buena postura.
- 5) Dormir y reposar.
- 6) Vestirse y desnudarse.
- 7) Mantener la temperatura corporal en los límites normales.
- 8) Estar limpio, aseado y proteger tegumentos.
- 9) Evitar peligros.
- 10) Comunicación con sus semejantes.
- 11) Creencias y valores.
- 12) Preocuparse de su propia realización.
- 13) Recrearse.
- 14) Aprender.

¹¹ MARRINER, Tomey A. Raile Alligood m. Modelos y Teorías en Enfermería . 2006. p. 105

Supuestos Principales de Virginia Henderson

Enfermería

- Tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos.
- Puede y debe diagnosticar y aplicar un tratamiento cuando la situación así lo requiera.
- Debe valorar las necesidades humanas básicas.
- Los 14 componentes del cuidado de Enfermería abarcan todas las funciones posibles de Enfermería.

Persona (paciente)

- Las personas deben mantener el equilibrio fisiológico y emocional.
- El cuerpo y la mente de una persona no se pueden separar.
- El paciente requiere ayuda para conseguir la independencia.
- El paciente y su familia constituyen una unidad.

Salud

- La salud es calidad de vida.
- La salud es fundamental para el funcionamiento humano.
- La salud requiere independencia e interdependencia.
- Toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

Entorno

- Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad.
- Las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas.
- Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

Afirmaciones Teóricas

Se pueden identificar tres niveles en la relación enfermera-paciente:

- 1) La enfermera como sustituta del paciente
- 2) La enfermera como una auxiliar del paciente.
- 3) La enfermera como una compañera del paciente.

En el momento de una enfermedad grave, se contempla a la enfermera como “un sustituto de las carencias del paciente para ser completo” ”íntegro” o “independiente” debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

Durante la convalecencia la enfermera auxilia al paciente para que adquiera o recupere su independencia, esforzándose por alcanzar una interdependencia sana, no una dependencia enferma.

Como compañeros la enfermera y el paciente formulan juntos el plan de asistencia terapéutica.

Ejercicio Profesional

El ejercicio profesional señala que si una enfermera considera que su función principal es el cuidado directo del paciente, recibirá la compensación inmediata de observar un progreso en el mismo desde la dependencia a la independencia. También menciona que para que una enfermera ejerza su profesión de forma experta y aproveche los métodos científicos para mejorar sus técnicas, necesita contar con un tipo de formación que solo se imparte en Colegios y Universidades.

Henderson cree que las enfermeras deben adquirir el hábito de buscar investigaciones en las que puedan basar sus experiencias, considera que investigar es necesario para evaluar y mejorar el ejercicio de la profesión.

4.4 Insuficiencia Renal

La insuficiencia renal es la incapacidad del riñón para efectuar su función normal, tanto en la regulación como en su composición de líquidos corporales, así como en sus funciones hormonales.

Cuando el riñón falla, el organismo puede presentar grandes trastornos en todos los sistemas que lo constituyen y aparece una gran variedad de signos y síntomas, los síntomas son múltiples y variados pero no son específicos.

Aparecen en forma lenta y progresiva, parece ser que un buen estado nutricional previo aminora los síntomas y hace más tolerable la insuficiencia renal. En cambio en pacientes desnutridos presentan más síntomas y menos tolerancia a la uremia.

Modificaciones en el funcionamiento de los diferentes aparatos

- **Síntomas generales:** Malestar general, pérdida de peso, adelgazamiento, fatiga, astenia, adinamia, alteración del sueño.
- **Síntomas digestivos:** Anorexia, náusea, vómito, digestión deficiente y diarrea.
- **Trastornos de la coagulación:** Trombocitopenia, petequias, hematomas, melena, gingivorragias, epistaxis.
- **Trastornos del sistema inmunológicos:** La mayoría de los pacientes son presa fácil de infecciones enterales y respiratorias, digestivas, infecciones de heridas debido a la leucopenia.
- **Trastornos hidroelectrolíticos:** Existe una retención importante de iones de hidrógeno, por lo que hay una tendencia marcada hacia la acidosis metabólica; también ocurre hiponatremia e hipernatremia, hipercalemia, hipocalcemia, hipercalcemia e hipocloremia.
- **Trastornos hormonales:** Hay aumento en la actividad de la hormona paratiroidea e hipotiroidismo, lo que provoca trastornos importantes tanto del calcio como del fósforo. La producción de eritropoyetina es deficiente, lo que conlleva una disminución del recuento de eritrocitos, plaquetas y leucocitos. La actividad del sistema Renina-Angiotensina aumenta de manera considerable, lo que provoca hipertensión arterial constante lo que se agrava con la retención de líquidos.

- **Alteraciones neurológicas:** Existe una falta de concentración notable, irritabilidad, somnolencia, temblor fino, fasciculaciones, si no es tratado de manera oportuna, el paciente fallecerá por diversas causas, entre las que están el coma uremico, la hipercalemia, insuficiencia cardíaca, acidosis metabólica, hemorragias e infecciones agregadas ¹²

Modificaciones psicológicas

Es común observar signos de depresión, tristeza, ansiedad y angustia originados por el deterioro progresivo de su organismo, disminuye en la persona su autoestima y afecta por completo su esfera biopsicosocial y espiritual.

Tratamiento para la insuficiencia renal

El tratamiento dependerá del porcentaje del funcionamiento de los riñones puede ser conservador (cuando el funcionamiento renal es mayor del 30%) y sustitutivo (cuando el funcionamiento renal es menor del 30%).

El tratamiento conservador se propone conservar la función renal existente al evitar que el riñón sufra lesiones durante la evolución de la enfermedad para prolongar la etapa de la terapéutica medico-dietética.

El tratamiento sustitutivo sustituye parte de las funciones que realiza el riñón (regulación de líquidos, el pH y eliminación de los elementos azoados).

Hay dos tipos de diálisis:

- **Diálisis peritoneal (DP).**
- **Hemodiálisis (HD).**

La diálisis peritoneal consiste en introducir líquido de diálisis a la cavidad peritoneal, utilizando el peritoneo para filtrar y limpiar la sangre, el peritoneo es una bolsa delgada y semipermeable que se encuentra en el interior del abdomen, los desechos y el exceso de agua se eliminan de la sangre al pasar por el peritoneo.

La hemodiálisis consiste en el intercambio de solutos que se realiza entre la sangre del paciente y el baño de diálisis en una máquina conocida como riñón artificial, el riñón artificial consta de las siguientes etapas:

¹² BURTON D.R. Fisiopatología de las Enfermedades Renales. Pag. 407

- 1) Un elemento dializante formado por una membrana semipermeable de celofán.
- 2) Un depósito de material de plástico, en el que se almacena el baño de diálisis y se aloja un elemento dializante.
- 3) Una bomba de rodillos que moviliza la sangre en las líneas y la reintegra al organismo una vez que sido purificada.

Otro tratamiento es el trasplante renal que sin duda es el mejor tratamiento para la insuficiencia renal crónica, ya que restaura el funcionamiento renal totalmente y por periodos prolongados; después de recibir un trasplante el individuo urémico se recupera y vive casi sano.

4.3 Afrontamiento

Las consecuencias negativas del estrés son reguladas por un proceso denominado afrontamiento, considerado como un proceso dinámico, en respuesta a demandas objetivas y a evaluaciones subjetivas de la situación. Para Lazarus y Folkman (1986) el afrontamiento está formado por ciertas cogniciones y conductas que se ejecutan en respuesta a situaciones estresantes específicas. En general el afrontamiento ayuda a identificar los elementos que intervienen en la relación dada entre situaciones de vida estresantes y síntomas de enfermedad.

Para el modelo de afrontamiento la respuesta ansiosa es una respuesta anticipatorio mediada cognitivamente, en la que el sujeto anticipa la amenaza, la incapacidad de hacer frente a ella. Surgen dos formas de afrontamiento:

- **Afrontamiento dirigido al problema:** Orientado a su modificación, al cambio de la situación hacia otra que no suponga amenaza para el sujeto, dando lugar al aumento de la capacidad de ajuste del sujeto y a claros sentimientos de gozo.
- **Afrontamiento dirigido a la emoción:** En este caso el sujeto no modifica la situación, por no ser ello posible en ese momento, ó en ningún momento, se valora el nivel de amenaza que significa, hasta que punto podemos soportar la situación.

5.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

5.1 Ficha de identificación

Nombre: José M. M. R.

Sexo: Masculino

Edad: 21 años.

Peso: 44 Kg.

Talla: 153 cm.

Fecha de nacimiento: 29 de mayo de 1986.

Estado civil: Soltero

Religión: Católica

Ocupación: Ninguna

Escolaridad: 1º de secundaria

Domicilio: Calle Belice N° 22, Col. Justo Sierra, Mazatepec, Morelos.

Numero de personas que conforman su familia: 11

Información: Directa (entrevista)

Fiabilidad: 3

5.2 Presentación del caso

José M.M.R. es un joven de 21 años, soltero, vive solo con sus padres, reside en el Estado de Morelos, en un medio urbano, su casa es de tabicón con loza, cuenta con dos recamaras (en el interior) de una de ellas hay un cuarto pequeño construido de material de herrería y cristales adaptado para realizar sus cambios de diálisis peritoneal cada seis horas, cocina, sala, baño y un patio amplio, buena iluminación y ventilación, cuenta con todos los servicios intradomiciliarios y extradomiciliarios (drenaje, agua, luz, teléfono, recolección de basura), existen suficientes vías de transporte en el medio.

Su convivencia diaria es con sus hermanos.

Desde la edad de nueve años inició su padecimiento (insuficiencia renal crónica) debido a una glomerulonefritis proliferativa crónica bilateral y desde entonces fue tratado en el Hospital Nacional de Pediatría con diuréticos, antihipertensivos, sales de aluminio para evitar el aumento en la concentración de fósforo, calcio para corregir la hipocalcemia y bicarbonato de sodio para corregir la acidosis metabólica combinado con un régimen dietético (dieta hiposódica, hipoproteica y con bajo consumo de líquidos).

El 15 de Mayo del 2002, cuando tenía 15 años, inicio con diálisis peritoneal cada seis horas con solución dializante al 1.5%, realizando los baños durante el día.

Trasplante renal de donador cadavérico el 24 de junio del 2003 con rechazo del mismo en marzo del 2005, volviendo nuevamente a diálisis peritoneal. Actualmente tratado en el hospital de Cardiología de la Ciudad de México.

Refiere sentirse mal continuamente, su presión persiste elevada (entre 130/90 - 180/110 mmHg) de difícil control a pesar de medicamentos empleados (captopril, prazosin, nifedipino Oros, metoprolol). Anemia frecuente (7 – 9 Mg.) tratado con hematínicos (fumarato ferroso, ácido fólico), y transfusiones sanguíneas.

A partir de Enero del 2007 a la fecha, en varias ocasiones ha presentado edema generalizado, hipertensión arterial sistémica, síndrome de dificultad respiratoria, anemia, mejorando la uremia y edema con baños de solución dializante al 1.5 % con estancia en cavidad 40 minutos hasta completar 25 baños, la disnea mejora con oxígeno a 3 litros por minuto, la hipertensión y anemia corregidos con antihipertensivos y transfusiones sanguíneas todo esto indicado por su médico tratante., tales motivos lo mantienen en un estado de preocupación, ansiedad y tristeza.

Durante la valoración de enfermería se detecto que José no puede afrontar tal situación por el deterioro progresivo de su organismo, condicionándole un estado de preocupación y angustia. El conoce a fondo lo que es la insuficiencia renal y sus complicaciones pero afortunadamente muestra interés por mantener su estado de salud estable.

5.3- Conclusión Diagnóstica de Enfermería

Necesidad	Grado de dependencia	Datos de dependencia	Fuente de la dificultad	Dx. de Enfermería
Oxigenación	PI	-Disnea a la realización de medianos esfuerzos. -Agitación y fatiga. -Disnea al exceso de líquidos en el cuerpo.	Falta de fuerza	Alteración de la respiración espontánea relacionado con factores metabólicos manifestado por disnea, agitación y fatiga.
Nutrición	D	-Disminución en la ingesta de alimentos ricos en hierro y proteínas. -Poca ingesta de agua. -Fatiga y cansancio.	Falta de voluntad Falta de Conocimiento	Desequilibrio nutricional por déficit relacionado con ingesta inadecuada de alimentos ricos en hierro y proteínas manifestado por fatiga y cansancio.
	D	-Bajo peso: 44 kg.	Falta de voluntad	Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con peso corporal inferior del peso ideal manifestado por desnutrición con un peso de 44 kg. Y una talla de 153 cm.
	D	-Náusea y vómito.		nauseas relacionado con trastornos bioquímicos (uremia) manifestado por aumento de la salivación.
Eliminación	D	-Abdomen blando, depresible con catéter tenkof instalado. -Evacuaciones 3-4 al día. -Heces semilíquidas. - Micciones: Anuria.	Falta de conocimiento.	Alteración de la eliminación urinaria relacionado con deterioro progresivo de ambos riñones manifestado por anuria.

Termorregulación	I			
Moverse y mantener una buena postura	PD	<ul style="list-style-type: none"> -Agotamiento. -Debilidad muscular. -Reflejo de tristeza. -No realiza actividades recreativas. 	Falta de fuerza	Deterioro de la movilidad física relacionado con disminución de la fuerza musculoesquelética manifestado por inestabilidad postural durante la ejecución de las actividades habituales de la vida cotidiana.
Descanso y sueño	PD	<ul style="list-style-type: none"> -Bostezos. -Sensación de no haber dormido. -Insomnio. 	Falta de voluntad.	Deterioro del patrón del sueño relacionado con despertarse dos o más veces por la noche manifestado por insomnio .
Higiene y protección de la piel	PD	<ul style="list-style-type: none"> -Piel reseca. -piel sensible. 	Falta de voluntad	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con alteración del estado metabólico y nutricional.
Jugar y participar en actividades recreativas	D	<ul style="list-style-type: none"> -Solo ve televisión. -Falta de actividades recreativas. 	Falta de fuerza	Déficit de actividades recreativas relacionado con debilidad muscular manifestado por cansancio, debilidad y fatiga.

Aprendizaje	PD	-No realiza ninguna actividad respecto a la escritura (cartas, recados, carteles del grupo religioso). -Muestra interés por aprender. -Se limita a leer de vez en cuando la Biblia católica	Falta de voluntad y conocimiento	Disposición para mejorar los conocimientos relacionado con su mejora física y social manifestados por deseos de saber sobre diferentes temas.
Usar prendas de vestir adecuadas	I	_____	_____	_____
Evitar peligros	PD	-Cambios en la marcha (pasos cortos). -Inestabilidad postural	Falta de fuerza	Riesgo de caídas relacionado con debilidad muscular e inestabilidad de la presión arterial.
Comunicarse	PD	-Cambio en los patrones de conducta habituales. -Expresión de preocupación.	Falta de voluntad	Afrontamiento inefectivo individual relacionado con miedo ante la muerte prematura manifestado por tristeza, preocupación y angustia.
Vivir según sus creencias y valores.	PD	-Situación de angustia y ansiedad. -Pertenece a un grupo bíblico dentro de su religión. -No asiste con frecuencia a su iglesia por su padecimiento.	Falta de voluntad	Ansiedad relacionada con amenazas del estado de salud manifestado por expresiones de preocupación y angustia.

5.4- Desarrollo del Proceso Atención Enfermería

Necesidad: Oxigenación

Valoración

Datos que manifiestan independencia

- T/A: 140/90 mmHg.
- P: 80x´
- R: 24x´
- T: 36.5°C

Datos que manifiestan dependencia

- Fatiga si camina de prisa o tramos muy largos.
- Tos aislada y no productiva.
- Refiere disnea y cansancio a la realización de medianos esfuerzos.

Diagnóstico de Enfermería

- ❖ Alteración de la respiración espontánea relacionado con factores metabólicos manifestado por disnea, agitación y fatiga.

Planeación de los cuidados

Objetivo:

- José mejorará la respiración a través de demostraciones en técnicas de la respiración y el equilibrio de líquidos en su cuerpo en un tiempo de dos semanas.

Intervenciones de Enfermería

- Enseñar técnicas de respiración a través de demostraciones.
- Terapia de diálisis peritoneal.
- Recordar a la mamá de José que los caldos, atoles, jugos, leche, gelatinas son considerados como líquidos y no únicamente el agua.
- Capacitar y orientar a José en el equilibrio de líquidos en su cuerpo poniendo atención en la cantidad de líquidos que bebe y los que elimina a través de la diálisis.
- Capacitar a José sobre el manejo del peso utilizando una báscula.

- Sugerir que realice caminatas diarias con incremento gradual progresivo de acuerdo a su tolerancia.
- Se realiza un plan de ejercicios de acuerdo a su tolerancia física, se motiva para que asista al centro recreativo más cercano a su casa a realizar caminata.

Evaluación

José asiste al centro recreativo más cercano a su casa por las tardes a ver el Fut –bol., otras veces al Voli- bol con sus hermanos, práctica técnicas de respiración, refiere sentirse mejor y disfrutar una conversación agradable.

Necesidad: Nutrición e hidratación

Valoración

Datos que manifiestan independencia

- Realiza tres comidas al día y una colación entre almuerzo y comida.
- Uñas cortas
- Se observa buena cicatrización de heridas.
- Lubrica la piel constantemente para mantenerla hidratada.
- Mucosas hidratadas.

Datos que manifiestan dependencia

- Manejo continuo del programa nutricional determinado.
- Poca ingesta de agua (2 – 3) vasos al día.
- Refiere fatiga y cansancio durante esfuerzos.

Diagnóstico de Enfermería

- ❖ Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con peso corporal inferior del peso ideal manifestado por desnutrición con un peso de 44 kg. y una talla de 153 cm.

Planeación de los cuidados

Objetivo:

- Dar a conocer a José diversos grupos de alimentos ricos en hierro y proteínas que le permitan ser incluidos en su alimentación diaria durante tres semanas, utilizando folletos y manuales.

Intervenciones de Enfermería

- Orientar a la mamá de José sobre una dieta equilibrada hiperproteíca e hiposódica. (anexo 2)
- Informar porque necesita alimentos ricos en proteínas y bajos en sodio, al mismo tiempo orientar sobre la limitación en el consumo de alimentos ricos en sodio como: alimentos enlatados, procesados y productos de salchichonería. (anexo 2)
- Dar a conocer que tendrá que restringir ciertos alimentos dentro de su dieta: Fósforo: el exceso de fósforo en la sangre puede dañar los huesos y hacerlos más frágiles este se encuentra especialmente en leguminosas, pescado y productos lácteos. Potasio: un exceso o falta de potasio ocasiona debilidad muscular y calambres, si el potasio en sangre es demasiado alto puede ocasionar problemas cardiacos y puede resultar peligroso, se encuentra en plátano, guayaba, papaya, aguacate, jitomate, papa y leguminosas. Sodio: un alto consumo en sodio hace que el cuerpo retenga líquidos y aumente la presión arterial.
- Orientar sobre la importancia de que debe de comer en mayor frecuencia y menor cantidad de alimentos para evitar náuseas y vómitos y así mejorar el peso.
- Realizar actividades de acuerdo a su condición física para evitar fatiga y cansancio.

Evaluación

Se dio la recomendación en forma clara y sencilla sobre la dieta, José sabe que debe llevarla a cabo para mantenerse estable, en el lapso de un mes sólo ha subido medio kilo pesa 44.5 kg.

Necesidad: Eliminación

Valoración

Datos que manifiestan independencia

- Abdomen globoso, depresible.
- Peristalsis presente.
- Transpiración mínima.

Datos que manifiestan dependencia

- Eliminación urinaria (anuria).
- Evacuaciones 3-4 al día semilíquidas frecuentemente

Diagnóstico de Enfermería

- ❖ Alteración de la eliminación urinaria relacionado con deterioro progresivo de ambos riñones manifestado por anuria

Planeación de Cuidados:

Objetivo:

- Informar a José que a través de la diálisis elimina todos los desechos que se acumulan en su organismo.

Intervenciones de Enfermería

- Enseñar procedimientos a través de la demostración de Terapia de diálisis peritoneal para eliminar los desechos que se acumulan en su organismo.
- Capacitar a José en el equilibrio de líquidos en su cuerpo poniendo atención en la cantidad de líquidos que bebe y los que elimina a través de la diálisis.
- Orientar sobre el manejo de la diarrea administrando medicamentos y asesoramiento en la dieta prescrita.

Evaluación:

Con el manejo de la diálisis peritoneal en forma correcta José elimina los desechos acumulados en su cuerpo y trata de mantener una dieta equilibrada para disminuir la frecuencia de evacuaciones semilíquidas, mejorando con ello el estado anímico.

Necesidad de termorregulación

Valoración

Datos que manifiestan independencia:

- Piel morena y delgada.
- Poco tejido graso
- Utiliza ropa adecuada al clima y a sus necesidades.
- Autonomía al vestirse

- La casa que habita cuenta con adecuada ventilación y sus habitaciones son cálidas.

Datos que manifiestan dependencia

- No encuentro datos de dependencia.

Necesidad de moverse y mantener una buena postura

Valoración

Datos que manifiestan independencia:

- No hay presencia de temblores.

Datos que manifiestan dependencia

- Tiene limitaciones físicas (al movimiento rápido) para realizar actividades.
- Cansancio y fatiga en la realización de medianos esfuerzos.
- Camina tramos cortos y a paso lento.
- Acostumbra siesta.
- Dolor en miembros pélvicos al inclinarse.
- Debilidad muscular.
- No realiza actividades recreativas.
- Agotamiento.
- Reflejo de tristeza.

Diagnóstico de Enfermería

- ❖ Deterioro de la movilidad física relacionado con disminución de la fuerza musculoesquelética manifestado por inestabilidad postural durante la ejecución de las actividades habituales de la vida cotidiana.

Planeación de los cuidados:

Objetivo:

- Lograr disminuir el agotamiento y fatiga a través del descanso y técnicas de relajación durante tres semanas.

Intervenciones de Enfermería

- Dar a conocer técnicas de relajación y respiración enseñándole como debe ser la inspiración y expiración
- Enseñar la diferencia entre actividades cotidianas y ejercicio.
- Programar caminatas cuando no halla dolor en articulaciones.
- Caminar tramos cortos e ir aumentando gradualmente según su condición física.
- Tomar descansos en tramos largos para evitar fatiga y disnea.
- Tomar un baño de agua tibia para relajarse y facilitar el movimiento.

Evaluación:

José toma el baño de agua tibia después de la caminata para relajarse y reducir el cansancio.

Necesidad de descanso y sueño

Valoración:

Bostezos y sensación de no haber descansado bien durante la noche.

Datos que manifiestan independencia:

- Descansa solo 6 horas.
- Situación de ansiedad y estrés.
- Su concentración en la plática es adecuada y coordinada.
- Toma periodos de descanso durante el día.

Datos que manifiestan dependencia:

- Bostezos.
- Ojeras.
- Sensación de no haber descansado bien.
- Insomnio.
- Refiere cefaleas frecuentes.

Diagnóstico de Enfermería

- ❖ Deterioro del patrón del sueño relacionado con despertarse dos o más veces por la noche manifestado por insomnio.

Planeación de los cuidados:

Objetivo:

- Lograr que José concilie más horas de sueño a través de métodos o alternativas naturales.

Intervenciones de Enfermería

- Evitar tomar café por la noche.
- Escuchar música suave de su agrado.
- Sugerir tomar baño de agua tibia antes de acostarse.
- Leer libros que sean de su agrado.
- Realizar ejercicios de respiración y relajación para conciliar más fácil el sueño.

Evaluación

Refiere que escuchando música instrumental y el baño de agua tibia por las noches lo mantienen más relajado y más descansado para conciliar el sueño. Se nota más tranquilo, continúa frecuentemente con noches de insomnio y ojeras.

Necesidad de higiene y protección de la piel

Valoración:

Datos que manifiestan independencia:

- Uñas cortas.
- Hábito del baño diario.
- Utiliza cremas para hidratar su piel.
- Dentadura completa con cuatro molares cubiertos con amalgama.

Datos que manifiestan dependencia:

- Piel delgada y reseca.
- Piel sensible.
- Palidez tegumentaria.
- Usa zapato de piso y/o sandalia.

Diagnóstico de Enfermería

- ❖ Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con alteración del estado metabólico y nutricional.

Planeación de los cuidados

Objetivo:

- Mantener la piel hidratada y lubricada para evitar lesiones dérmicas todos los días.

Intervenciones de Enfermería

- Insistir en el uso de cremas hidratantes para el cuerpo varias veces durante el día.
- Enseñar medidas preventivas respecto a lesiones.
- Enseñar a identificar en forma oportuna signos de infección.

Evaluación

Acepta las sugerencias y las lleva a cabo, especialmente la hidratación de la piel, afortunadamente no hay ninguna lesión dérmica.

Necesidad de evitar peligros

Valoración:

Datos que manifiestan independencia:

- No tiene ninguna malformación congénita aparente.
- La casa esta hecha de tabique con loza.
- No realiza actividades de alto riesgo.
- Cuenta con todos los servicios públicos en su casa.
- La casa cuenta con buena iluminación y ventilación adecuada.
- Camina a paso lento para evitar accidentes.
- Acude a sus citas de control frecuentemente para mantenerse estable.
- Estricto apego al tratamiento prescrito para evitar complicaciones.

Datos que manifiestan dependencia:

- Actualmente no deambula solo, siempre va acompañado de alguien.
- Sube escaleras apoyado de barandales para evitar caídas.
- Diálisis peritoneal cada seis horas para evitar descompensaciones que pongan en peligro su vida.
- Estricto apego al tratamiento prescrito para evitar hipertensión arterial.

Diagnóstico de Enfermería

- ❖ Riesgo de caídas relacionado con debilidad muscular e inestabilidad de la presión arterial.

Planeación de los cuidados

Objetivo:

- Dar a conocer a José las medidas necesarias para evitar caídas y lesiones secundarias en las tres semanas de la entrevista.

Intervención de Enfermería

- Mantener una buena iluminación y aumentar la luz en áreas de riesgo. (anexo 3)
- Reparar mobiliario y utensilios inestables.
- Insistir en tomar siempre sus medicamentos prescritos para evitar riesgos que pongan en peligro su vida.
- Continuar con su diálisis peritoneal como está prescrita.
- Enseñar a identificar datos de infección en sitio de salida de catéter.
- Orientación vial (Atravesar calles y avenidas siempre por la esquina, esperando siempre a no ver tránsito vehicular.
- Procurar salir siempre acompañado de un familiar.
- Recomendar sujetarse al subir o bajar escaleras
- Utilizar zapato de piso con suela antiderrapante.
- Evitar objetos en el suelo.

Evaluación:

Acepta todas las sugerencias y recomendaciones que se dieron, procura cruzar las calles por la esquina verificando que no venga ningún automóvil, sigue utilizando calzado de piso para prevenir caídas.

Necesidad de comunicación

Valoración:

Datos que manifiestan independencia:

- Lenguaje claro.
- Soltero “no tengo necesidad de una pareja”.
- Vive con sus padres.
- Audición sin problemas.

Datos que manifiestan dependencia:

- No exterioriza sus sentimientos o problemas fácilmente.
- Vive situación de miedo, preocupación y angustia constante debido a su padecimiento.

Diagnóstico de Enfermería

- ❖ Afrontamiento inefectivo individual relacionado con miedo ante la muerte prematura manifestado por tristeza, preocupación y angustia.

Planeación de los cuidados

Objetivo:

- Reducir el estado de preocupación y angustia a través de apoyo emocional continuamente durante la entrevista.

Intervención de Enfermería

- Escuchar con atención sin interrumpir la plática, dejar que exteriorice sus sentimientos.
- Disponer de tiempo necesario en cada entrevista.
- Proporcionar confianza y seguridad.
- Involucrar a la familia y orientarlos acerca del padecimiento.
- Despejar todas sus dudas.
- Orientarlo acerca de los cuidados de la diálisis peritoneal.

Evaluación:

Sigue el tratamiento médico al pie de la letra, se encuentra estable, hay buena comunicación y apoyo en su familia. Menciona que lo quieren mucho.

Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Valoración:

Datos que manifiestan independencia:

- Religión católica.
- Asiste regularmente a misa.
- Sus principales valores: amor, respeto, humildad, sinceridad, sencillez.
- Integrante de un grupo bíblico.
- Tiene en su cuarto imágenes religiosas y porta un escapulario.
- Su religión no influye en su forma de vestir.

Datos que manifiestan dependencia:

- Situación de preocupación, ansiedad y tristeza.

Diagnóstico de Enfermería

- ❖ Ansiedad relacionada con amenazas del estado de salud manifestado por expresiones de preocupación y angustia.

Planeación de los cuidados

Objetivo:

- Disminuir la ansiedad y angustia a través de apoyo emocional en relación a la fe que tiene en el mismo.

Intervención de Enfermería

- Sugerir actividades religiosas que le agraden y causen satisfacción.
- Insistir en su dieta para nefropata (anexo2).
- Continuar con sus caminatas.
- Continuar con el tratamiento prescrito por su padecimiento.
- Proporcionar apoyo físico y emocional.

Evaluación:

Se nota optimista, le gusta participar en actividades dentro del grupo bíblico, continua con su tratamiento medico.

Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Valoración:

Datos que manifiestan independencia:

- Falta de fuerza muscular.
- Poco tejido graso.
- Cuenta con fácil acceso a centros recreativos: parque, plaza de toros, zócalo, café Internet, campo deportivo.

Datos que manifiestan dependencia:

- Solo ve televisión.
- Falta de actividades recreativas.

Diagnóstico de Enfermería

- ❖ Déficit de actividades recreativas relacionado con falta de interés manifestado por cansancio y debilidad.

Planeación de los cuidados

Objetivo:

- Motivar a la realización de diferentes actividades, ciertas actividades mejoran la salud emocional.

Intervención de Enfermería

- Se reafirman conocimientos de prevención de accidentes y se le orienta sobre los paseos al aire libre.
- Sugerir días de campo o reuniones frecuentes con su familia.
- Enseñar algunos juegos de mesa: domino, damas chinas, los palillos, ajedrez, memorama, etc. En donde participe toda la familia.
- Sugerir las buenas relaciones amistosas con sus vecinos.
- Insistir en las caminatas siempre acompañado con alguien para dialogar.

Evaluación:

Las reuniones con sus familiares son muy frecuentes, ya practica juegos de mesa, sale a parques recreativos, refiere sentirse a gusto.

Necesidad de aprendizaje

Valoración:

Datos que manifiestan independencia:

- No tiene limitación visual.
- Conoce fuentes de aprendizaje en su comunidad.
- Sabe leer y escribir.
- Diálogo congruente.

Datos que manifiestan dependencia:

- No realiza ninguna actividad personal en la escritura.
- Muestra interés por mejorar su estado de salud.

Diagnóstico de Enfermería

- ❖ Disposición para mejorar el aprendizaje relacionado con la falta de conocimiento manifestado por el interés de aprender.

Planeación de los cuidados

Objetivo:

- Lograr un mejor afrontamiento individual para disminuir el estado de ansiedad y angustia durante el tiempo que dure la entrevista.

Intervención de Enfermería

- Orientación sobre programa nutricional.
- Enseñanza sobre manejo de peso.
- Terapia de diálisis peritoneal.
- Refirmar la prevención de accidentes dentro y fuera del hogar.
- Insistir en llevar correctamente el tratamiento medico prescrito.
- Brindar apoyo emocional.
- Favorecer la dinámica con su familia a través de y juegos recreativos.
- Se le explica en forma verbal de los temas que le interesan y se observa gran interés por aprender.

Evaluación:

Se reafirmaron conocimientos, entendió la importancia de la recreación y el ejercicio, utiliza zapato de piso para evitar caídas, sigue con su dieta no en su totalidad, pero sí en un 80-90%.

CONCLUSIONES

El Proceso Atención de Enfermería basado en el modelo teórico de Virginia Henderson permite al profesional de Enfermería proporcionar cuidados a la persona enferma como a la persona sana, jerarquizando las necesidades de cada uno de ellos en sus diferentes ámbitos mediante una serie de pasos. Proporcionando una atención más temprana y correcta, disminuyendo así el riesgo de posibles complicaciones y una mejor recuperación en forma integral, cabe mencionar que el Proceso Atención de Enfermería es flexible, esta sujeto a variaciones y se adapta a los problemas a los cuales pretende dar respuesta.

El Proceso Atención de Enfermería respalda nuestros cuidados y nos permite evaluar el logro de nuestros objetivos con el propósito de mejorar día con día. Es por ello que se ha utilizado este conocimiento para ayudar a José, porque a través de este método se han podido detectar sus necesidades, las cuales se enfocan principalmente a un problema de afrontamiento individual con respecto a su padecimiento, proporcionando una información amplia y sencilla, brindando la ayuda necesaria al conocimiento de su padecimiento, a la realización de actividades de acuerdo a su capacidad física, al ejercicio, la importancia del consumo de sus medicamentos, consumir una dieta equilibrada y balanceada, reafirmar la terapia de diálisis peritoneal continua ambulatoria y a la prevención de accidentes. Cabe mencionar que este Proceso me ha dejado una experiencia única, puesto que es difícil abordar a una persona con un padecimiento crónico que le proporciona tristeza, ansiedad y angustia, pero la motivación optimista de José en relación a su padecimiento a permitido evaluar la transformación y aprendizaje en una forma bastante favorable así como la disminución de su estado de ansiedad y preocupación.

Para concluir debo mencionar que me fue difícil plasmar por escrito todo este análisis, de ahí la importancia que tiene la realización este tipo de trabajos en forma más continua.

SUGERENCIAS

Dar un mayor énfasis a la aplicación del Proceso Atención Enfermería, al utilizar un modelo con objetivos claros y precisos siguiendo las cinco etapas del Proceso en la práctica de Enfermería podemos unificar criterios en el cuidado del paciente sano o enfermo de manera integral, ayudándolo a recuperar su salud, para posteriormente reincorporarlo a la sociedad.

También sugiero:

- Unificar la aplicación del Proceso Atención de Enfermería en las diferentes instituciones educativas de Enfermería.
- Actualizar a los docentes respecto a la aplicación del Proceso Atención Enfermería a través de cursos.
- Talleres de Proceso Atención de Enfermería en las diferentes estancias hospitalarias.

ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN

Necesidad de oxigenación

Subjetivo:

Disnea debido a: No tiene Tos productiva/seca: Seca aislada frecuentemente. Dolor asociado con la respiración: Actualmente no Fumador: No fuma.

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: Temp. 36.5° C, Pulso: 80 `x Resp. 24 `x, T/A: 140/90.

Estado de conciencia: conciente.

Coloración de piel: Palidez tegumentaria (++ - +++) No cianosis.

Necesidad de nutrición e hidratación:

Subjetivo:

Dieta habitual: Desayuno: leche 200 ml., con una pieza de pan tostado y/o cereal, galletas Marías cinco piezas. Almuerzo: 1 huevo frito con dos tortillas, a veces calabacitas hervidas, brócoli o coliflor, una ración de fruta manzana y/o pera, melón, piña, uvas. Comida: caldo de pollo, atún, arroz, una ración de carne de res o pollo, verduras, fruta fresca o en almíbar retirándole el conservador, toda la comida que ingiere sin sal ni conservador, ingiere poco agua 200 ml en cada comida. Número de comidas diarias-5 al día en poca cantidad.

Trastornos digestivos: Diarrea frecuentemente.

Intolerancia alimentaria/alergia: Ninguna

Problemas de masticación y deglución: Ninguna.

Patrón de ejercicio ninguno: Caminar ocasionalmente.

Objetivo:

Turgencia de la piel: Poco tejido graso, piel delgada, sensible y reseca.

Membranas y mucosas: Pálidas y húmedas.

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Poca movilidad física por el deterioro progresivo de su organismo, debilidad muscular.

Aspecto de los dientes: Completos con cuatro amalgamas en molares.

Encías: Pálidas.

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: Tiene tres cicatrices quirúrgicas (dos en sitio de instalación de catéter tenkof y una en área de trasplante renal).

Necesidad de eliminación:

Subjetivo:

Hábitos intestinales: 3-4 al día.

Características de las heces/orina: Las heces son semilíquidas, presenta anuria, eliminación a través de diálisis peritoneal.

Historia de Hemorragias/enfermedades renales/otros: Enfermedad renal a los 9 años presentando Glomerulonefritis Proliferativa Crónica Bilateral.

Uso de laxantes: Ninguno. Hemorroides: No

Objetivo:

Abdomen características: Globoso, blando, depresible.

Ruidos intestinales: Presentes.

Palpación de la vejiga urinaria: No hay presencia de globo vesical.

Necesidad de moverse y mantener una buena postura:

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: Le cuesta más trabajo adaptarse al calor le gusta más el clima frío.

Ejercicio, tipo y frecuencia: No realiza ejercicio.

Temperatura ambiental que le es agradable: El clima frío.

Objetivo:

Características de la piel: Piel delgada, reseca, poco tejido graso.

Transpiración: No suda.

Condiciones del entorno físico: La casa es de tabique con loza, tiene buena iluminación, y ventilación, patio amplio, cuenta con dos recamaras, cocina –comedor y sala.

Necesidad de moverse y mantener una buena postura:

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: Padece debilidad muscular, cansancio, fatiga, disnea a la realización de medianos esfuerzos.

Actividades en el tiempo libre: Ver televisión.

Hábitos de descanso: Se acuesta como a las 11 o 12 de la noche despertándose dos o más veces durante la noche por periodos de insomnio.

Hábitos de trabajo: No trabaja.

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético: Con debilidad en la fuerza muscular, sus músculos son pequeños.

Fuerza: Debilidad muscular por el deterioro progresivo de su organismo.

Posturas: Columna ligeramente encorvada

Necesidad de ayuda para la deambulación: Siempre va acompañado de alguien

Su estado emocional: refleja tristeza.

Necesidad de descanso y sueño:

Subjetivo:

Horario de descanso: Ninguno. Horario de sueño: Por las mañanas a cualquier hora.

Sueño: le es muy difícil conciliarlo esta triste y preocupado.

Horas de sueño: 7 horas.

Refiere: sensación de no haber descansado.

Objetivo.

Estado mental/ansiedad/ estrés/lenguaje: se encuentra ansioso, preocupado.

Lenguaje: es racional, fluido, congruente.

Ojeras: Presentes. Atención: Sabe escuchar. Bostezos: presentes.

Refiere: cefaleas frecuentes. Tiene buena respuesta a estímulos.

Necesidad de utilizar prendas de vestir adecuadas

Subjetivo:

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: No.

Su autoestima es determinante en su modo de vestir: No.

Sus creencias le impiden vestirse como a usted les gustaría: No.

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: Sí.

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Adecuada.

Vestido incompleto: No. Sucio: No. Inadecuado: No.

Necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo:

Frecuencia del baño: Diario.

Momento preferido para el baño: Por las tardes.

Cuántas veces se lava los dientes al día: 2 veces.

Aseo de manos antes y después de comer: Sí Después de eliminar: Sí.

Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: No.

Objetivo:

Olor corporal: Normal.

Halitosis: Sí a pesar del aseo bucal.

Estado del cuero cabelludo: Reseco.

Lesiones dérmicas: No.

Necesidades de evitar peligro

Subjetivo:

Que miembros componen la familia de pertenencia: Sus padres.

Como reacciona ante situación de urgencia: Tranquilo y calmado acude al hospital más cercano a su domicilio, este se encuentra a cinco minutos de distancia en vehículo.

Conoce las medidas de prevención de accidentes:

Hogar: Conoce algunas.

Trabajo: No trabaja.

Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: Sí.

Familiares: En ocasiones.

Objetivo:

Deformidades congénitas: Ninguna.

Condiciones del ambiente en su hogar: Favorables, cuenta con todos los servicios.

Necesidad de comunicarse

Subjetivo:

Estado civil: Soltero. Vive con: Sus padres.

Comunica problemas debidos a la enfermedad: Sí.

Cuanto tiempo pasa solo: Nunca desde el inicio de su padecimiento siempre esta acompañado.

Objetivo:

Habla claro: Sí. Dificultad: No. Visión: Normal. Audición: Sin problema.

Comunicación verbal/ no verbal/ con la familia/ con otras personas significativas: Buena.

Necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo:

Trabaja actualmente: No Tipo de trabajo: Actualmente no desempeña ningún tipo de trabajo. Cuanto tiempo le dedica al trabajo: No trabaja solo percibe lo que le dan económicamente sus hermanos.

Objetivo.

Su estado emocional: Parece tranquilo.

Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Ve televisión y le gusta asistir a pláticas de reflexión de grupos bíblicos.

Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: A veces.

Recursos en su comunidad para la recreación: Canchas deportivas, parques, plaza de toros, zócalo, varios locales cafés ciber, todo esto está cerca de su casa.

Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: No.

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: deteriorado por su padecimiento.

Estado de ánimo: aburrido.

Necesidad de aprendizaje

Subjetivo:

Nivel de Educación: 1º de Secundaria

Problemas de aprendizaje: Ninguno

Limitaciones cognitivas: Ninguna.

Preferencias para leer/escribir: Leer la Biblia .católica.

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

Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: Sí.

Objetivo:

Órganos de los sentidos: Sin problema.

Estado emocional: Ansiedad en relación a su estado de salud.

ANEXO 2

COMER SANAMENTE MIENTRAS ESTÁ BAJO TRATAMIENTO DE DIÁLISIS PERITONEAL

Las pautas para comer sanamente mientras está bajo tratamiento de diálisis es consumir proteína en abundancia e incluir abundante fibra en su dieta y evitar comer alimentos ricos en fósforo, potasio y sodio.

Vigilar el consumo de sal y líquidos y la limitación en la cantidad de azúcares y grasas.

- Las proteínas son compuestos necesarios en nuestro cuerpo que se llegan a perder a través de la diálisis, es por eso que el individuo dialítico debe consumir más proteínas que de costumbre, para reemplazar las que se pierden en cada cambio de diálisis. Los productos de origen animal ricos en proteínas son: carne, pescado, pollo, queso, huevo.
- Los alimentos que debe restringir en su dieta:
 - Fósforo
 - Potasio
 - Sodio

El Fósforo acumulado en exceso en la sangre con el tiempo puede afectar a los huesos y hacerlos más susceptibles a quebrarse. Éste se encuentra principalmente en las leguminosas, pescado y productos lácteos.

El Potasio es un electrolito que se necesita para el buen funcionamiento de los nervios y músculos del cuerpo, cuando los riñones no funcionan adecuadamente es difícil eliminarlo. Un exceso o falta de potasio ocasiona debilidad muscular y calambres. Si los niveles de potasio suben considerablemente el corazón puede afectarse y puede resultar peligroso. Se debe cuidar el consumo de frutas y verduras ricas en Potasio como: plátano, guayaba, aguacate, jitomate, así como la papa y leguminosas.

El sodio es un electrolito que interviene directamente en el control de los líquidos y la presión arterial. Un alto consumo de sodio hace que el cuerpo retenga líquidos y aumente la presión arterial. Alimentos ricos en Sodio: alimentos enlatados, productos de salchichonería, botanas saladas, sales para sazonar (inglesa, de soya, quesos y comidas rápidas).

GUÍA DIETÉTICA

Esta guía ayudará a llevar mejor su dieta.

Durante cada consulta médica mensual se deben tomar análisis de laboratorio para asegurarse que la dieta y la diálisis peritoneal están funcionando adecuadamente conservando el equilibrio en el cuerpo.

- **Albúmina:** Nivel normal entre 3.5 – 5 g/dl.

Complicaciones: Cuando la albúmina esta demasiado baja es un signo de desnutrición, se puede presentar edema, debilidad y riesgo de infección.

Recomendaciones: Comer alimentos ricos en proteínas como carne, huevo, pescado, aves de corral, amaranto y soya.

- **Fósforo:** Nivel normal entre 4.0 – 5.5 mg/dl.

Complicaciones: Si el nivel es demasiado elevado, los huesos se debilitan y se rompen fácilmente, puede haber comezón en piel y acumulación de minerales en los tejidos.

Recomendaciones: Disminuir alimentos ricos en fósforo como leche y sus derivados, yogurt, malteadas, pudines, nueces, hígado, refresco de cola, pescado, leguminosas y quesos duros.

- **Potasio:** Nivel normal 3.5 – 5.2 mEq/L

Complicaciones: Si el nivel es muy elevado o muy bajo puede causar latidos cardiacos irregulares, calambres y debilidad muscular.

Recomendaciones: Disminuya alimentos ricos en potasio como jitomate, papa, plátano, brócoli, frutas secas, jugos cítricos, toronja, papaya, aguacate, frijoles, nuez y chocolate.

- **Sodio:** Nivel normal entre 135 – 145 mEq/L

Complicaciones: El sodio hace que el cuerpo retenga líquidos, demasiado sodio puede causar edema (hinchazón) y presión alta.

Recomendaciones: limitar el consumo de sal, tocino, jamón, chorizo, salchichas, papas fritas, alimentos enlatados y comidas rápidas.

ANEXO 3

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

Los accidentes muchas veces son consecuencia del descuido de la persona, la falta de consideración a algunas de sus limitaciones funcionales tanto en la familia como en la sociedad. Por, eso para prevenir y evitar los accidentes que ocurren con mayor frecuencia en el hogar, la vía pública, el lugar de trabajo, sitios de recreación y esparcimiento, es aconsejable lo siguiente:

En el Hogar:

Mantener bien iluminadas todas las áreas, en especial las escaleras, las cuales deben tener barandal o pasamanos y material antiderrapante en los escalones.

Cuidar que el resto de los pisos no sean resbalosos ni tengan irregularidades, los apagadores y contactos estén al alcance de la mano, que los muebles no obstruyan el paso y los estantes y libreros estén fijos a la pared.

En la cocina:

Tener identificada la instalación y llaves de gas, evitar que estas queden abiertas cuando no se utilicen, verificar que no existan fugas ni acumulación de gas al no tener prendidos los pilotos de la estufa. Los muebles y las alacenas deben estar colocados a una altura que impida que la gente se golpee, usar protectores en las manos para retirar los utensilios calientes, utilizar con cuidado los utensilios punzo-cortantes para evitar heridas, asegurarse que los contactos y los cables de aparatos eléctricos estén en buen estado.

En los baños:

Procurar que el piso de la regadera no sea resbaloso; así como en la salida de ésta, utilizar un tapete adherible al piso para evitar resbalones y caídas, instalar pasamanos en los muros de la regadera y excusado, procure que los seguros de las puertas puedan ser abiertos por dentro y por fuera, para poder entrar o salir ante una emergencia.

Es aconsejable que las personas que tengan alguna discapacidad usen una silla con respaldo, brazos y gomas en las patas para realizar su aseo diario; además es recomendable la ayuda de otra persona.

En la vía pública:

Camine siempre por las banquetas, cruce las calles en las esquinas, utilice los puentes peatonales y de ser posible, vaya con un familiar o con una persona que le ayude. Respete las señales de los semáforos para peatones, cuando cruce observe hacia ambos lados de la calle y cuando no vengan vehículos podrá atravesar, estas medidas de precaución evitarán ponerle en riesgo de ser atropellado.

Al transitar por calles y banquetas observe el piso para evitar caer en alcantarillas abiertas, zanjas u hoyos, en caso de personas mayores que usen bastón o andadera, es recomendable que al cruzar las calles sean auxiliados por otra persona.

Cuando utilice transporte público busque un lugar seguro donde pueda sostenerse y al bajar, hágalo hasta que el transporte esté en alto total. En vehículo particular use el cinturón de seguridad, cierre y asegure las puertas.

En el trabajo:

Cumpla con las normas de seguridad e higiene indicadas para el uso del equipo de protección, herramientas de trabajo, manejo de productos químicos y otros con los que esté en contacto, identifique las áreas de seguridad y la ubicación de los equipos de protección como: extinguidotes, mangueras, regaderas, entre otros; participe en los simulacros para casos de temblor o incendio y aplique estos conocimientos si se presentan en su hogar o en la vía pública.

Recuerde que conforme tenga más edad, se presentarán limitaciones que le impedirán realizar labores complicadas o que requieran esfuerzo físico para manejo de equipo peligroso o herramienta de precisión.

En sitios de recreación y esparcimiento:

Cuando asista a parques o jardines, centros de recreación y esparcimiento como cines, teatros y otros, evite aglomeraciones y áreas poco iluminadas, use las rampas, y al bajar las escaleras hágalo con mucho cuidado, si asiste a espectáculos al aire libre tenga la precaución de ropa adecuada, cuando vaya de día de campo procure caminar por áreas planas y seleccione los lugares más seguros para prevenir que sea picado o agredido por arañas, alacranes, avispas, moscos, hormigas y otros animales que lo puedan poner en peligro.

BIBLIOGRAFÍA

- BENAVENT Garcés Amparo. Antología Fundamentación Teórica para el Cuidado. Ediciones UNAM – ENEO. México 2005.
 - Baily Raffensperger Ellen. Enciclopedia de la Enfermería. Editorial Océano/Centrum. Barcelona, España.
 - Carpenito Lynda Juall. Diagnóstico de Enfermería. 5ª ed. Editorial Interamericana. España 1995.
 - Elorza Martínez Gustavo. Manual de Enfermería. 1ª ed. Editorial Zamora Colombia 2006.
 - Fernández Ferrín Carmen. El Proceso Atención de Enfermería Estudio de Casos. Ediciones Científicas y Técnicas, Barcelona, España 1993.
 - Hernández Conesa Juana. Historía de la Enfermería un Análisis Histórico de los Cuidados de Enfermería. Editorial Interamericana McGRAW – HiLL. Madrid, España. 1995.
 - Johnson Marion. et. al. Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC 2º ed. Editorial Elsevier Mosby, España 2007.
 - Lazarus, R.S. Estrés y Procesos Cognitivos. Editorial Martínez Roca. Barcelona, España 1986..
 - Marriner Tomer Ann. Modelos y Teorías en Enfermería 4ª ed. Editorial Mosby, Madrid, España. 1999.
 - NANDA internacional. Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación. Editorial Elsevier. España 2003-2004.
 - Pacheco Arce Ana Laura. Antología Sociedad, Salud y Enfermería. Ediciones UNAM- ENEO. México 2006.
 - Rodríguez Sánchez Bertha Alicia, Proceso Enfermero, 2º edición, Editorial Cuellar, México DF.
 - Manual de Capacitación del Paciente en Diálisis Peritoneal. Editado por la Unidad de Negocios Renal. Baxter, México. pp. 109. sin más datos.
 - Rodríguez Zamora Ma. Cristina. Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (D.P.C.A.). Desarrollo Científico. Vol. 6. No. 4 1998.pp.130.
- Otras fuentes:
- labomed.d/caidas.htm.
 - www.binasss.sa.cr/población/adulto mayor.htm.accidentes