



**ESCUELA DE ENFERMERIA DE ZAMORA A.C.
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO
CLAVE: 8723**

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIO
APLICADO A PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL
CRONICA**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBTETRICIA**

P R E S E N T A:

**LILIANA LIZETH GIRON HERNANDEZ
N° DE CUENTA:
407537422**

ASESORA: L. E. O. GUADALUPE RODRIGUEZ BARAJAS

ZAMORA, MICHOACAN. OCTUBRE 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



**ESCUELA DE ENFERMERIA DE ZAMORA A.C.
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO
CLAVE: 8723**

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIO
APLICADO A PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL
CRONICA**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBTETRICIA**

P R E S E N T A:

**LILIANA LIZETH GIRON HERNANDEZ
N° DE CUENTA:
407537422**

ASESORA: L. E. O. GUADALUPE RODRIGUEZ BARAJAS

ZAMORA, MICHOACAN. OCTUBRE 2011

AGRADECIMIENTOS.

Doy gracias a DIOS por darme la vida y permitirme conservarla, gracias por guiarme en el camino recorrido y por darme la inteligencia para superar los obstáculos que se presentaron a lo largo de estos 4 años, permitiéndome concluir mis estudios.

Agradezco a mis padres por brindarme la oportunidad de concluir mi carrera, por alentarme en los momentos de tristeza y por confiar en mí, porque sin su apoyo y su paciencia no lo habría logrado. Gracias por ser excelentes padres, por ser mi motivación y mi razón de ser. Gracias por cuidarme siempre, por ser mi guía, mi horizonte, mi límite ante los excesos, y mis mejores consejeros. Gracias por darme la oportunidad de ser su hija

Gracias Pablo por este tiempo juntos, porque a pesar de lo bueno y lo malo siempre estuviste a mi lado apoyándome en mis triunfos y derrotas. Gracias por cuidarme, amarme y alentarme a no darme por vencida. Gracias por la paciencia y comprensión que tuviste durante estos 4 años de mi carrera.

Gracias a mis maestros y directivos por brindarme la oportunidad de crecer como persona y por transmitirme sus conocimientos para alcanzar mi propósito.

Agradezco a mi asesora de proceso enfermero, la Licenciada en enfermería y obstetricia Guadalupe Rodríguez Barajas por brindarme su tiempo, paciencia y conocimientos.

Finalmente, agradezco a mis compañeros de grupo, por cada uno de los momentos compartidos.

El éxito consiste en obtener lo que se desea. Y la felicidad, en disfrutar lo que se obtiene

Ralph Waldo Emerson

DEDICATORIA

A mis padres Irma Estela Hernández y Luis Armando Girón Alfaro porque me apoyaron con sus consejos y económicamente durante 4 años a lo largo de mi carrera. Mis padres formaron parte de mi formación académica, y me motivaron a concluir mis estudios satisfactoriamente.

A mi novio Juan Pablo Luna Navarro por el amor, la paciencia, la confianza y comprensión que tuvo durante esta etapa de mi vida y por todo el apoyo que me brindó a lo largo de mi carrera, por que cuando creí no lograrlo, me alentó día a día a no darme por vencida.

A mis hermanas que se sintieron orgullosas de mí y me aguantaron en mis momentos de estrés.

*“Lo realmente importante no es llegar a la cima; sino saber
mantenerse en ella”*

Louis Charles Alfred de Musset

INDICE

DEDICATORIAS.

AGRADECIMIENTOS.

INTRODUCCIÓN.....	9
JUSTIFICACIÓN.....	11
OBJETIVOS.....	13
METODOLOGÍA.....	14

MARCO TEORICO

EVOLUCIÓN DEL DESARROLLO DE LAS TEORÍAS DE ENFERMERÍA.....

EL PROCESO DE ENFERMERÍA.....

- **Valoración.....**23
- **Diagnóstico.....**24
- **Planeación.....**27
- **Ejecución.....**29
- **Evaluación.....**30

FILOSOFÍA DE VIRGINIA HENDERSON

- **Biografía.....**32
- **Fuentes teóricas para el desarrollo de la teoría.....**33
- **Utilización de pruebas empíricas.....**33
- **Principales conceptos y definiciones.....**34
- **Supuestos principales.....**36
- **Afirmaciones teóricas.....**38
- **Método lógico.....**38

DESARROLLO DEL ADOLESCENTE.....	40
• Cambios físicos.....	40
• Cambios cognoscitivos.....	41
• Desarrollo social y de la personalidad.....	42
• Formación de la identidad.....	42
• Algunos problemas en la adolescencia.....	43
APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA A UN CASO CLÍNICO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	
• Historia clínica.....	45
• Valoración.....	47
• Familiograma.....	50
• Identificación de datos objetivos y subjetivo.....	51
• Jerarquización de las necesidades.....	53
• Necesidades y diagnósticos.....	54
• Plan de cuidados.....	57
CONCLUSIÓN.....	82
GLOSARIO.....	83
BIBLIOGRAFÍA.....	86
ANEXOS.....	89

INTRODUCCIÓN

Las causas de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) son diversas, y se pueden agrupar en enfermedades vasculares, enfermedades glomerulares primarias, enfermedades glomerulares secundarias, enfermedades tubulointersticiales y uropatías obstructivas.

Hace varios años la causa más común de ERC eran los cambios glomerulares referidos como glomerulonefritis. Hoy en día, la disminución en la mortalidad de los pacientes con diabetes mellitus (DM) e hipertensión arterial sistémica (HAS) ha permitido que dichas enfermedades evolucionen provocando complicaciones como la ERC, y han sustituido a las glomerulonefritis como las causas más frecuentes de enfermedad renal.¹

La enfermería abarca los cuidados autónomos en colaboración con un equipo multidisciplinario, que prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Las funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la

¹ <http://portal.salud.gob.mx/>

política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.²

El uso del proceso enfermero permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas.

Este trabajo consta de distintos apartados en los cuales se menciona la historia de la enfermería, el cómo ha ido evolucionando la profesión de enfermería y de las teóricas que han dado importancia a esta profesión. Así como la aplicación de un proceso de enfermería basado en un caso clínico, de una paciente pediátrica con un diagnóstico médico de insuficiencia renal crónica, la cual se da seguimiento por más de 7 meses en el servicio de medicina interna, dentro del hospital infantil de Morelia.³

² <http://www.icn.ch/es/about-icn/icn-definition-of-nursing/> (Consejo internacional de enfermeras).

³ Barbara Kozier, Erb Glenora, Audrey Berman, Shirlee Snyder; Fundamentos de Enfermería: Conceptos, procesos y prácticas, Segunda Edición, 2004, p.261

JUSTIFICACIÓN

De acuerdo al estudio de Enfermedad Renal Crónica y su Atención Mediante Tratamiento Sustitutivo en México realizado por la Unidad de Proyectos Especiales de Investigación Sociomédica de la Facultad de Medicina de la UNAM, en 2011 para Michoacán se esperan 5092 casos prevalentes de insuficiencia renal, con una tasa de prevalencia por millón de 1289 casos. Para el municipio de Hidalgo que cuenta con 120,000 habitantes aproximadamente solo se esperaban 155 casos para el 2011 y de acuerdo al registro de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que se lleva a cabo en el municipio se han detectado 508 casos Cabe mencionar que el 50% de los pacientes con insuficiencia renal crónica en la región son menores de 30 años.

De acuerdo a los datos que se han recolectado en la región, la prevalencia elevada de los casos no sólo se presenta en el municipio de Hidalgo sino en los municipios que conforman la región Oriente del Estado de Michoacán como son: Angangueo, Aporo, Contepec, Hidalgo, Irimbo, Jungapeo, Maravatio, Ocampo, Queréndaro, Senguio, Tlalpujahua, Tuxpan, Zinapécuaro y Zitácuaro.

Durante la pasada década en México se incrementó el número de pacientes con insuficiencia renal que requieren terapia sustitutiva, diálisis peritoneal y hemodiálisis: de 26 mil en el año 2000 a 120 mil en el presente año. En Michoacán, existen aproximadamente 4,800 pacientes que requieren terapia sustitutiva. El hospital General "Dr. Miguel Silva" es el único hospital dentro de la Secretaria de Salud de Michoacán que

cuenta con unidad de hemodiálisis y la gran demanda de casos ha rebasado la capacidad de atención del hospital.

La Asociación de Enfermos de riñón A. C. del Municipio de Hidalgo Michoacán describe la siguiente situación: a principio de los años noventa se empezó a conocer varios casos de Insuficiencia Renal Crónica, agudizándose a principios del año 2000, manifestándose en niños de 2 a 3 años de edad principalmente. Y de 5 a 6 años manifestándose de manera más crítica. Actualmente desde el punto de vista estadístico, de cada 100 casos en el estado de Michoacán, 45 casos son personas de Ciudad Hidalgo.

Como profesional de enfermería es importante proporcionar una atención integral a la paciente por medio de un método sistemático que consta de 5 etapas, centrado en brindar cuidados holísticos y paliativos que permita a la paciente tener una optima calidad de vida.⁴

⁴ <http://portal.salud.gob.mx/>

OBJETIVO

Realizar un proceso de enfermería con sus 5 etapas basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson, el cual se centre en brindar cuidados holísticos y paliativos a la paciente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Valorar el estado de salud mediante la aplicación de las 14 necesidades de Virginia Henderson.
- Aplicar juicio crítico para construir diagnósticos y jerarquizarlos.
- Realizar un plan de cuidados de calidad, en el cual se puedan cubrir las necesidades individuales de la paciente.
- Ejecutar el plan de cuidados de una manera holística, cubriendo las necesidades humanas de la paciente.
- Evaluar los cuidados brindados y revalorar en forma permanente las acciones en base a resultados.

METODOLOGÍA

TIPO Y DISEÑO

Se trata de un proceso enfermero que es considerado descriptivo, ya que menciona de forma detallada la patología, y el plan de cuidados con la paciente durante el tiempo de trabajo. Así como la teoría utilizada para la fundamentación, y conclusiones a las que se llegaron al finalizar este trabajo.

OBSERVACIONAL

Se dice que es observacional, porque se aplicó la observación directa a la usuaria, en un periodo que comprende de diciembre del 2010 a junio del 2011.

MODELO

Es un trabajo de continuidad, realizado en base a las 14 necesidades de Virginia Henderson, para obtener la validación de datos, que propone esta teórica en el desarrollo del proceso enfermero.

TECNICA DE TRABAJO

Para la valoración de la paciente se empleo la entrevista y la exploración física.

Se complemento la valoración con la entrevista directa a la usuaria y al familiar, mediante preguntas entendibles y sencillas que se fueron estructurando y aplicando de lo general a lo particular, logrando la participación activa y dinámica de la paciente y su madre. Más la información indirecta, que se obtuvo por medio del expediente clínico.

Mediante la exploración física se llevo a cabo la inspección, palpación, auscultación y percusión con la usuaria de forma céfalo caudal, para que la valoración resulte más completa, además de haber consultado la opinión de otros profesionales de salud para valorar los estudios de laboratorio y gabinete anteriores y recientes con los que la paciente cuenta.

EVOLUCIÓN DEL DESARROLLO DE LAS TEORÍAS DE ENFERMERÍA

La disciplina de enfermería ha ido evolucionando con los acontecimientos y las corrientes de pensamiento que se han ido surgiendo a lo largo de la historia, lo que ha provocado situaciones de cambio dentro de esta ciencia.

A mediados del siglo XIX Nightingale expresó su firme convicción de que la ciencia de la enfermería era diferente de la ciencia médica. Describió una función propia de la enfermería situar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él y expuso la idea de que la enfermería se basaba en el conocimiento de la persona y de su entorno, base de conocimiento diferente a la utilizada por los médicos en su profesión.

Su teoría se centró en el medio ambiente, creía que un entorno saludable era necesario para aplicar adecuados cuidados de enfermería.

Hasta los años 50 cuando los profesionales de la enfermería iniciaron una discusión seria sobre la necesidad de desarrollar, articular y analizar una teoría de la enfermería. Hasta la aparición de la enfermería como ciencia en la década de los 50, la profesión de la enfermera se basa en reglas, principios y tradiciones transmitidas a través del aprendizaje y sabiduría.

De los debates y discusiones de la década de los 60 sobre la dirección y disciplina adecuadas para el desarrollo de la ciencia de la enfermería,

surgió una teoría de la enfermería y la nueva concepción de la enfermería como profesión y disciplina académica por derecho propio.

Hoy día los avances de las teorías de la enfermería caracterizan la transición desde el periodo del preparadigma al del paradigma. Los paradigmas (modelos) vigentes proporcionan varias perspectivas para el ejercicio, administración, enseñanza, investigación y posterior desarrollo teórico de la enfermería.

Las teorías actuales representan los esfuerzos individuales y colectivos del personal de enfermería en definir y dirigir la profesión y, en tal sentido, proporcionan la base para un desarrollo teórico continuado.

Evolución del desarrollo de las teorías con los tipos de teoría

Filosofías: representantes; Nightingale, Wiedenbach, Henderson, Abdellah.

Modelos conceptuales: representantes; Orem, Levine, Rogers, Johnson, Roy, Neuman, King.

Teorías de enfermería: representantes; Peplau, Orlando, Travelbee, Riehl-Sisca, Erickson, Tomlin, Swain, Mercer, Bernard, Leininger, Parse, Fitzpatrick, Newman, Adam, Pender.⁵

⁵ Ann Marriner- Tomey; Modelos y teorías en enfermería; editorial Mosby, tercera edición; Madrid España 1994, pág. 58-60

EL PROCESO DE ENFERMERÍA

Este ha evolucionado hacia un proceso de 5 fases compartibles con la naturaleza evolutiva de la profesión, Lidia Hall en 1955 lo describió como un proceso distinto, Johnson (1959), Orlando (1961), y Wiedenbach (1963) desarrollaron un proceso de tres fases diferentes que contenían elementos rudimentarios del proceso.

En 1967 Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de 4 fases, valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de la década de los 70's Bloch 1974, Roy 1976 añadieron la fase diagnóstica, dando lugar al proceso de 5 fases o etapas.

Para la asociación Americana (A.N.A) el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión, su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de enfermería como disciplina científica e incrementando la calidad de la atención al individuo, familia y comunidad.

Definición

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para proporcionar cuidados de enfermería individualizados, centrados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o de riesgo.⁶

⁶ Iyer P.W. Cols; Procesos y diagnósticos de enfermería; editorial MC Graw Hill Interamericana, tercera edición, México DF. 2002; Pág.9

Características del proceso

Es un método, porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera (o) que le permite organizar su trabajo y problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados, por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.

Es sistemático por estar conformado de 5 etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados.

Es humanista por considerar al hombre como ser holístico que es más, que la suma de sus partes y que no deben fraccionar.

Es intencionado porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guías de acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo, al mismo tiempo que valora los recursos, el desempeño del usuario y el de la propia enfermera.

Es dinámico por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

Es flexible por que puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.

Y es interactivo por requerir de la interrelación humana con el usuario para acordar y lograr los objetivos comunes.

Ventajas

- ❖ Delimita el campo de acción específico de enfermería.

- ❖ Complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al basarse en la respuesta humana.
- ❖ Favorece el desarrollo del pensamiento crítico deliberado, cuidadoso y dirigido a lograr objetivos.
- ❖ Emplea principios y el método científico en la emisión de juicios basados en evidencias.
- ❖ Compromete al individuo, familia y comunidad en la toma de decisiones y cuidados para mantener o recuperar la salud.

Requisitos para su aplicación

1. La enfermera (o) debe reunir una serie de competencias profesionales en las áreas del saber, saber hacer y saber ser y convivir para aplicar el proceso con facilidad y lograr cambios que favorezcan la salud del usuario, familia y comunidad, para lograr una nueva calidad de vida satisfactoria.
2. Las competencias del área del saber, se refiere al dominio de conocimientos propios de la enfermería y las disciplinas a fines y complementarias de profesión, que es un sustento teórico de los cuidados enfermeros y permiten abordar la problemática del usuario desde diferentes puntos de vista (biológicos, sociológico, antropológico y fisiológico).
3. Son competencias del área del saber, hace las actividades de carácter intelectual que constituye el pensamiento crítico: es

decir los razonamientos lógicos, analíticos y reflexivos en relación con lo que hacemos.⁷

Razonamiento crítico

En la práctica de enfermería se utiliza el razonamiento crítico, el cual la enfermera toma sus propias decisiones ya que reúnen datos que definen problemas reales y potenciales realizando una mejor elección entre varias alternativas, que ejecuten con seguridad un plan de cuidados y que evalúe la eficacia del profesional de enfermería.

Por ello, el proceso de enfermería se convierte en el sistema dentro del cual se puede aplicar su capacidad de razonamiento crítico. El uso constante de la capacidad de razonamiento crítico perfectamente desarrollado aumenta las posibilidades de éxito en la práctica de enfermería y los resultados positivos para sus clientes.

Definiciones

Kurfiss (1988), lo define como: una investigación cuyo objetivo es examinar una situación, un fenómeno, una duda o un problema para llegar a una hipótesis o conclusiones sobre ello, que integre toda la información disponible y que por tanto se pueda justificar de forma convincente.

Ennis (1985), lo define como: el razonamiento lógico y reflexivo en relación con lo que hacemos. Watson y Glaser (1980), ofrecen una

⁷ Martín García Catalina; Evolución histórica del cuidado de enfermería; editorial Harcourt; México D.F, 2001 Pág. 199-217

explicación que se adapta con mayor facilidad a la práctica de la enfermería. Ellos describen los siguientes componentes del razonamiento crítico:

- ❖ Definición de un problema
- ❖ Selección de la información pertinente para la solución
- ❖ Reconocimiento de suposiciones planteadas y no planteadas
- ❖ Obtención de conclusiones.

Características del razonamiento crítico

1. Conscientes de sus recursos y capacidades
2. Sensibles a sus propias limitaciones y predisposiciones
3. De mente abierta
4. Humildes
5. Creativos
6. Preactivos
7. Flexibles
8. Conscientes de que los errores son escalones para acceder a nuevas ideas
9. Perseverantes
10. Conocedores del hecho de que no vivimos en un mundo perfecto.
11. Introspectivos.⁸

⁸ [www.vady.mx/enfermer/sitioflash/proceso/razonamiento crítico.](http://www.vady.mx/enfermer/sitioflash/proceso/razonamiento%20crítico)

Valoración

Es la primera etapa del proceso, nos permite estimar el estado de salud del usuario, familia o comunidad, según las respuestas humanas y fisiopatológicas. Es la más importante ya que todo el plan se sustenta en la información obtenida.

La valoración que realiza la enfermera(o) del usuario tiene que ser total e integradora por lo que debe seguir un enfoque holístico; es decir un modelo enfermero, para la identificación de respuestas humanas y la integración de elementos de un modelo médico, para la identificación de respuestas fisiológicas

La valoración como proceso continuo proporciona información valiosa del usuario, permitiéndonos emitir juicios sobre el estado de salud a partir de la identificación de problemas reales y de riesgo, y de los recursos existentes para conservar y recuperar la salud.

Pasos para realizar la etapa de valoración:

1. Recolección de la información: da inicio desde el primer encuentro con el usuario. Se recurre a fuentes directas primarias; el usuario, la familia, los amigos y otros profesionales de salud con fuentes directas secundarias, por que aportan datos importantes sobre el usuario y su familia. Las fuentes indirectas de información a las que también se deben recurrir a expedientes y a la bibliografía relevante.
2. Validación de la información: una vez reunida la información del usuario tiene que ser válida para estar seguros de que los datos obtenidos sean correctos, la validación evita

interpretaciones erróneas. Omisiones, centra la atención en dirección equivocada y cometer errores al identificar problemas, es importante revalorar al usuario.

3. Registro de la información: es el último paso de la etapa de valoración y consiste en informar y registra los datos que se obtuvieron durante la entrevista y la exploración física.

Diagnóstico

Es la segunda etapa del proceso, inicia al concluir la valoración y constituye una función intelectual compleja, al requerir diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad, a los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir en el juicio clínico.

Para realizar esta etapa se requiere 4 fases fundamentales:

1. Razonamiento diagnóstico que realiza diversas funciones intelectuales, integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir en el juicio clínico.
2. Formulación del diagnóstico enfermero y los problemas interdependientes. Se requiere haber realizado la valoración y el razonamiento diagnóstico antes de iniciar con la formulación de diagnóstico enfermero y problemas interdependientes. También es preciso conocer las categorías diagnósticas de la asociación Norteamericana de Diagnósticos de enfermería (NANDA).
3. Identificarlos. Los diagnósticos enfermeros están dentro del ámbito independiente de la práctica profesional ya que refieren

a situaciones que la enfermera (o) identifica, valida y trata independientemente, siendo responsable del logro del resultado deseado.

4. Redactarlos. Para redactar un diagnóstico enfermero, el primer paso es utilizar el nombre correspondiente a la respuesta humana según las categorías diagnósticas de la NANDA. Previamente identificado es formado por tres partes: problema, factores relacionados datos subjetivos y objetivos.⁹

Real: están presentes y pueden ser valoradas por sus características definitorias (objetivas y subjetivas). Tiene 4 componentes: enunciado, definición, características que lo definen y factores relacionados. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el diagnóstico.

Alto riesgo. Es un juicio clínico de un individuo, familia o comunidad, son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. La descripción concisa del estado de salud alterado de la persona va precedido por el término “alto riesgo” consta de 2 componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de 2 componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

De bienestar: Juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes 2 hechos: el deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la determinación. No contienen factores relacionados.

Podemos añadir un quinto tipo:

De síndrome: comprende un grupo de diagnósticos de enfermería reales o potenciales que se supone, aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinada. Los diagnósticos de enfermería de síndrome son enunciados de un apartado, con la etiología o factores concurrentes para el diagnóstico contenido en la denominación diagnóstica.^{10,11}

Características u observaciones a considerar al redactar diagnósticos:

- Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando “relacionado con” mejor que “debido a” o “causado por”. No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.
- La primera parte del diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal.

- Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del diagnóstico.
- No indique el diagnóstico de enfermería como si fuera un diagnóstico médico.
- No escriba un diagnóstico de enfermería que repita una orden médica.
- No reutilice un problema médico para convertirlo en un diagnóstico de enfermería.
- No indique 2 problemas al mismo tiempo, ya que dificulta la formulación de los objetivos.⁹

Planeación

Es la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del usuario sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo.

⁹ Dugas Witler Bererly; Tratado de enfermería práctica; Editoria Mc Graw Hill.

Pasos para realizar la planeación

1. Establecer prioridades: posterior a la valoración y etapa de diagnóstico se concluye con un número determinado de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, lo que hace indispensable la identificación de los problemas de salud en los cuales se centra la atención, y se realizan acciones inmediatas, porque representa una amenaza para la vida del usuario.
2. Elaborar objetivos: los objetivos son una parte importante dentro de la etapa de la planeación ya que con ellos se mide el éxito de un plan determinado, al valorar el logro de los resultados, también permite dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados. Los objetivos de un plan de cuidados debe reunir las siguientes características: diagnóstico, centrarse en dar solución y estar dirigidos al usuario, familia o comunidad.
3. Determinar acciones de enfermería: se debe determinar las acciones de modo que lleven a lograr los objetivos, por medio de acciones de enfermería y cuestionarse cual es el problema, los factores relacionados, valorar, determinar la acciones y hacer anotaciones.
4. Fundamentar el plan de cuidados: la documentación del plan es el registro que la enfermera (o) realiza con los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, que permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados.

Ejecución

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, en esta etapa es cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades de enfermería:

Continuar con la recogida y valoración de datos.

- Realizar las actividades de enfermería
- Anotar los cuidados de enfermería, existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas.
- Dar los informes verbales de enfermería.
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

La enfermera (o) tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones de enfermería dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase, se menciona la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y se deberán tener en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.¹⁰

¹⁰ Moscardo P; Manual de enfermería; editorial Lexus; Barcelona España 2003; Pág. 1-3

Evaluación

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermera en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

El proceso de evaluación consta de 2 partes:

1. Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
2. Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas de estudio, éstas son las posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.

- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y parece que lo va a conseguir, en este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

De forma resumida la evaluación se compone en:

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera.
- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como “igual”, “poco apetito”, etc. Es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrara en la historia clínica.

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.¹¹

¹¹ www.terra.es/personal/duenas/pae.htm

FILOSOFÍA DE VIRGINIA HENDERSON

Bibliografía

Virginia Henderson, era la quinta hija de su familia de 8 hermanos, nació en 1897 en Kansas city, Missouri, Henderson estudio en Virginia. Durante la primera guerra mundial, Henderson empezó a interesarse por la enfermería. En 1918 ingreso en la Army School Of. Nursing de Washington y se graduó en 1921. Después, acepto un puesto de enfermería en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1922, Henderson comenzó a dar clases de enfermería en el Norfolk Protestan Hospital de Virginia. Cinco años después entro en el Teachers Collage de la universidad de Colombia. En 1929 trabajo como supervisora del profesorado en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. Regreso al Teachers Collage como profesora en 1930 y trabajo ahí impartiendo cursos sobre el proceso enfermero analítico y la práctica clínica hasta 1948.

Henderson, tuvo una larga carrera como autora y como investigadora. Mientras era profesora del Teachers Collage, reescribió la cuarta edición del libro de Berta Marmer de 1939 Textobook Of. The, principles and practice of Nursing. La quinta edición de este libro de texto, que fue publicada en 1955, ya incluía la definición de enfermería de Henderson tenía de la función única y primaria de la enfermería.

Durante los 80's, Henderson continuó su labor como investigadora honoraria asociada en la universidad de Male. Gracias a sus logros y a su influencia en la profesión enfermera, fue nombrada doctora Honoris casi en más de nueve ocasiones y consiguió el primer premio Cristiané Reimann que se concedió.

Henderson murió en marzo de 1996 a la edad de 98 años. Su definición de enfermería es conocida en todo el mundo y su trabajo continúa influyendo en la práctica, la enseñanza y la investigación de enfermería en todo el mundo.

Fuentes teóricas para el desarrollo de la teoría

La primera vez que Henderson publicó su definición de enfermería fue en 1955 en la revisión *The principles and practice Of. Nursing*, de Harmer. Henderson decidió elaborar su propia definición de enfermería por 3 motivos principalmente, primero, la revisión que realizó de *Textbook Of. The principles and practice of Nursing* en 1939 le hizo darse cuenta de la necesidad de especificar claramente la función de la enfermera.

También se sintió impulsada por su implicación como miembro de una comisión en una conferencia regional del National Nursing Council estadounidense de 1946.

Finalmente la investigación de cinco años de la ANA sobre la función de las enfermeras acabó de despertar el interés de Henderson por elaborar una definición ya que no estaba totalmente satisfecha con la que la ANA (American Nurses Association) adoptó en 1955.¹²

Utilización de pruebas empíricas

Henderson incorporó principios fisiológicos y psicológicos en su concepto personal de la enfermería. Henderson supone que la definición de enfermería debería llevar implícito, el principio del equilibrio fisiológico.

Gracias a la teoría de Bernard, Henderson también descubrió la medicina psicosomática y sus implicaciones para la enfermería.

Henderson no identifica las teorías precisas apoyadas por Thorndike, tan sólo dice que se refieren a las necesidades fundamentales de los seres humanos. Se encuentra una correlación entre la jerarquía de las necesidades de Abraham Maslow y los 14 componentes de la asistencia de enfermería de Henderson, comenzando por las necesidades físicas hasta los componentes psicosociales. Aunque no cita a Maslow como influencia, describe su teoría de la motivación humana en la sexta edición del Principles Practice of Nursing Care de 1978.

Principales conceptos y definiciones

Enfermería: Henderson definió a la enfermería en términos funcionales. Afirma la función única de una enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación o una muerte tranquila.

Salud: Henderson no dio ninguna definición propia de salud, pero en sus obras utilizaba salud como sinónimo de independencia. Consideraba que la salud dependía de la persona para satisfacer por si misma las 14 necesidades básicas sin ayuda.

Afirmaba, que es más importante la calidad de la salud que la vida en sí misma, ese margen de energía mental, física que permite trabajar del modo más eficaz y al alcanzar el nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Entorno: Henderson no hace su propia definición sobre el entorno. Utilizó la definición del Webster's New Collegiate Dictionary, 1961,

que define el entorno como el conjunto de todas las condiciones en influencias externas que afectaban a la vida y al desarrollo de un organismo.

Persona-paciente: Henderson considera que el paciente es un individuo que precisa ayuda clara para recuperar su salud e independencia, o para tener una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables. De igual forma, el paciente y su familia son una unidad.¹²

Necesidades

No existe ninguna definición específica de necesidades, pero Henderson identifica 14 necesidades básicas del paciente que integran los elementos del cuidado de enfermería. Dichas necesidades son:

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber de forma adecuada
3. Eliminar los residuos corporales
4. Moverse y mantener la posición deseada
5. Dormir y descansar
6. Elegir las prendas de vestir - Vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales mediante la selección de la ropa y la modificación del entorno.
8. Mantener el cuerpo limpio y cuidado y los tegumentos protegidos.
9. Evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros.

¹² Homey Marriner Ann y Cols; Modelos y teorías de enfermería; quinta edición; Madrid España 2003, Pág. 65-74

10. Comunicarse con los demás, expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Realizar prácticas religiosas según la fe de cada uno.
12. Trabajar de tal forma que nos sintamos satisfechos con lo realizado.
13. Jugar o participar en alguna actividad recreativa.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normales, y utilizar los recursos sanitarios disponibles.

Supuestos principales

Henderson no cito directamente sus principales supuestos, por lo que la siguiente lista de supuestos se ha adaptado a partir de sus complicaciones.

Enfermería

- La función principal de la enfermera es la de ayudar a los individuos sanos o enfermos.
- La enfermera forma parte del equipo de salud.
- El trabajo de la enfermera es independiente del trabajo del médico, pero debe colaborar con el médico cuando este atiende al paciente.
- La enfermera debe poseer conocimientos tanto en ciencias biológicas como sociales.
- La enfermera puede evaluar las necesidades humanas básicas.
- Los 14 elementos del cuidado enfermero incluyen todas las funciones posibles de la enfermería.

Persona-paciente

- La persona debe mantener el equilibrio emocional y fisiológico
- La mente y el cuerpo de una persona son inseparables.
- El paciente y su familia son una unidad.
- Las necesidades del paciente están representadas en los 14 elementos del cuidado de enfermería.

Salud

- La salud representa la calidad de vida.
- La salud es esencial para el funcionamiento humano.
- La salud precisa independencia e interdependencia.
- La promoción de la salud es más importante que el cuidado del enfermo.
- Los individuos se mantendrán sanos si poseen la fuerza, la voluntad del conocimiento necesario.

Entorno

- Los individuos sanos son capaces de controlar el entorno, pero la enfermedad puede afectar esta capacidad.
- Las enfermeras deben recibir enseñanzas sobre seguridad.
- Las enfermeras(os) deben proteger a los pacientes de las lesiones mecánicas.
- Las enfermeras deben reducir al máximo las posibilidades de lesiones estableciendo recomendaciones sobre construcción de edificios, compra y mantenimiento de equipos.

Afirmaciones teóricas

- La relación enfermera paciente

Puede identificarse tres niveles de relaciones entre la enfermera y el paciente, que van de una dependencia mayor a una menor.

1. La enfermera(o) como sustituta del paciente
2. La enfermera(o) como ayudante del paciente.
3. La enfermera(o) como compañera del paciente.

- La relación enfermera-médico.

Henderson insistió en que el trabajo de la enfermera es único y diferente al del médico. Henderson puso especial énfasis en que las enfermeras no debían seguir las órdenes del médico, ya que la enfermera cuestiona una filosofía que permite al médico dar órdenes a pacientes y a otros profesionales sanitarios.

- La enfermera como miembro del equipo sanitario

La enfermera(o) trabaja en coordinación con otros profesionales de la salud. Henderson afirmó: ningún miembro del equipo deberá hacer una petición demasiado exigente a otro miembro, de modo que este no pueda realizar sus propias tareas.

Método lógico

Henderson utilizó la forma deductiva del razonamiento lógico para desarrollar la definición de enfermería. Dedujo la definición de enfermería y las 14 necesidades a partir de principios fisiológicos y psicológicos.

Para valorar la educación lógica, es necesario estudiar los supuestos de la definición de Henderson.

Los elementos más importantes de su teoría son:

La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz. Introduce o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.

Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen “los cuidados enfermeros”, esferas en las que se desarrollan los cuidados.

Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la fisiología, de la octava a la novena relacionada con la seguridad, la décima relacionada con la propia estima, la onceava relacionada con la pertenencia y desde la doceava al catorceavo relacionado con la auto actualización.

Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacerse, dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existe independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo.¹³

¹³ [Http.com.mx/virginiahenderson/.com](http://www.virginiahenderson.com)

DESARROLLO DEL ADOLESCENTE

La adolescencia es el periodo de vida comprendido aproximadamente entre los 10 y los 20 años, cuando una persona se convierte de niño en adulto. Esto implica no solo los cambios físicos de un cuerpo en maduración, sino también cambios cognoscitivos y socio-emocionales.

Cambios físicos

Una serie de impresionantes cambios físicos anuncia el inicio de la adolescencia. El más evidente es el estirón de crecimiento, un rápido incremento de estatura y peso, que empieza alrededor de los 10 años y medio en las niñas y a los 12 años y medio en los niños, y que alcanza su nivel máximo a los 12 años en las niñas y a los 14 en los niños.

También ocurren cambios en la forma del cuerpo, en el tamaño de las glándulas sebáceas de la piel y en las glándulas sudoríparas. También se expande el corazón, los pulmones y el sistema digestivo.

Desarrollo sexual

Los signos vitales de la pubertad, al inicio de la maduración sexual, ocurren en una secuencia diferente para los niños y niñas. En los niños, el signo inicial es el crecimiento de los testículos, que empieza en promedio alrededor de los 11 años y medio, aproximadamente un año antes del inicio del estirón de estatura. Junto con el estirón del crecimiento viene el agrandamiento del pene. El desarrollo del vello púbico tarda un poco más y el desarrollo del vello facial aún más. La

profundización de la voz es uno de los últimos cambios perceptibles a la maduración masculina.

En las mujeres, el inicio del estirón de crecimiento suele ser el primer signo de la cercana pubertad. Poco después, los pechos empiezan a desarrollarse y aproximadamente al mismo tiempo aparece el vello púbico. La menarquía, ocurre alrededor de un año después, entre los 12 años y medio. El momento de la menarquía depende de la salud y la nutrición, siendo las niñas de mayor peso las que maduran antes de las delgadas

La fertilidad femenina comienza en el primer año después de la menarquía. Y la primera eyaculación del hombre es en una edad promedio de 13 años y medio. Muchas veces durante el sueño.¹⁴

Cambios cognoscitivos

Así como el cuerpo humano madura durante la adolescencia, también lo hacen los patrones de pensamiento. Piaget (1969) creía que para mucha gente la adolescencia marca el inicio del pensamiento de las operaciones formales, lo cual a su vez permite a los adolescentes entender y manipular conceptos abstractos, especular acerca de posibilidades alternativas y razonar en términos hipotéticos. No todos los adolescentes alcanzan la etapa de las operaciones formales y muchos de los que lo hacen no logran aplicar el pensamiento de las operaciones formales a los problemas cotidianos que enfrentan.

¹⁴ Charles G. Morris; Psicología; editorial Pearson; decimotercera edición; México 2009, Pág. 209-432

Desarrollo social y de la personalidad

Los adolescentes están ansiosos por independizarse de los padres, pero al mismo tiempo temen las responsabilidades de la edad adulta. Tienen muchas tareas importantes frente a ellos y muchas decisiones importantes que tomar.

Al principio del siglo XX, mucha gente veía la adolescencia como una época de gran inestabilidad y fuertes emociones. G. Stanley Hall uno de los primeros psicólogos del desarrollo, describía la adolescencia como un periodo de tormenta y estrés, cargado de sufrimiento, pasión y rebeldía contra la autoridad adulta.¹⁵

Formación de la identidad

Para hacer la transición de la dependencia de los padres a la dependencia de uno mismo, el adolescente debe desarrollar un sentido estable del yo. Este proceso se denomina formación de la identidad, un término derivado de la teoría de Erik Erikson (1968), la cual considera que el principal desafío de esta etapa de la vida es la identidad frente a la confusión de roles. La incapacidad para formar este sentido coherente de identidad da lugar a la confusión acerca de los roles.

James Marcia (1980) cree que la adquisición de la identidad requiere un periodo de intensa autoexploración llamado crisis de identidad. Reconoce cuatro resultados posibles de este proceso. Uno es la

¹⁵ Robert S. Feldman; Desarrollo en la infancia; editorial Pearson, Prentice Hall; cuarta edición; México 2008; 294-316

adquisición de identidad. Los adolescentes que han alcanzado pasaron por la crisis de identidad y tuvieron éxito al hacer elecciones personales acerca de sus creencias y metas.

Relaciones con los pares

Para la mayoría de los adolescentes, el grupo de pares conforma una red de apoyo social y emocional que le ayudan en el movimiento hacia una mayor independencia de los adultos y en la búsqueda de una identidad personal.

Relaciones con los padres

Mientras continúan en busca de su propia identidad, luchan por su independencia y aprenden a pensar a través de las consecuencias a largo plazo de sus acciones, los adolescentes requieren orientación y estructura de los adultos, en especial de sus padres en su lucha por su independencia, los adolescentes cuestionan todo y ponen a prueba cada regla.

Algunos problemas en la adolescencia

La adolescencia es una época en que surgen ciertos tipos de problemas del desarrollo, en especial problemas que tienen que ver con la auto percepción, los sentimientos acerca del yo y las relaciones negativas en general.

Disminución de la autoestima

La satisfacción por la apariencia suele estar vinculada con la satisfacción de uno mismo. Así, los adolescentes que están menos satisfechos con su apariencia física suelen tener también baja autoestima.¹⁶

Depresión y suicido

El suicidio es la tercera causa de muerte entre los adolescentes, después de los accidentes y de los homicidios. Una investigación demuestra que la conducta suicida en los adolescentes a menudo está vinculada con otros problemas psicológicos como la depresión, el abuso de drogas y las conductas perturbadas.¹⁶

¹⁶ Jeffrey S. Nevid; Psicología conceptos y aplicaciones; editorial Cengage Learning; tercera edición; México 2011; Pág. 366-378

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA A UN CASO CLÍNICO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Historia clínica

MGMD

Edad: 12 años

DX: Insuficiencia Renal Crónica

Sexo: femenino

Religión: Católica

Lugar de procedencia: Parácuaro Michoacán.

Escolaridad: Primaria

Antecedentes heredofamiliares

Abuelo paterno con insuficiencia renal, abuela materna diabética, padre con hipertensión arterial, madre y hermanos aparentemente sanos.

Antecedentes personales no patológicos

Habita en casa de tabique con lámina, vive en hacinamiento, cuenta con los servicios básicos intradomiciliarios, sin mascotas, cuenta con esquema de vacunación completo.

Antecedentes personales patológicos

Diagnóstico médico de insuficiencia renal detectado el 21 de noviembre del 2010, el 30 de noviembre se coloca catéter Tenckhoff, el cual disfunciona y es retirado, posteriormente se coloca catéter Niagara, con el cual presenta 15 sesiones de hemodiálisis, actualmente se encuentra en protocolo para trasplante.

Padecimiento actual

Inicia el 27 de diciembre del 2010, posterior a la primera hemodiálisis. La paciente refiere cefalea generalizada, la cual no cede; y durante la noche aumenta el dolor, por lo que la paciente comienza a delirar; mostrándose diaforética por lo que es trasladada al hospital de apatzingán

donde aplican analgésico sin mostrar mejoría, por lo cual es trasladada al Hospital Infantil de Morelia para su manejo.

Los meses de marzo y abril tiene varios ingresos al servicio de medicina interna por recaídas asociadas a su padecimiento. El 25 de mayo del 2011 ingresa al servicio de urgencias tras recibir una sesión de hemodiálisis; débil, con cefalea generalizada, la cual no cede con ingesta de analgésicos, durante la noche aumenta la cefalea y la paciente comienza a delirar.

A nivel neurológico se encuentra con delirios, irritable, con pupilas normoreflexicas, con respuesta a estímulos luminosos y con debilidad muscular.

Dificultad respiratoria y saturación de oxígeno de 85%, por lo cual se coloca oxígeno en mascarilla con reservorio.

A nivel renal se encuentra con oliguria y con sonda Foley. A nivel metabólico se encuentra con una glicemia capilar de 112 mg/dl. Paciente con presión arterial de 130/90 secundario a Insuficiencia renal.

Durante su estancia hospitalaria del servicio de medicina interna del hospital infantil de Morelia se identificó el caso y se solicita un consentimiento informado a la madre de la paciente para la aplicación del proceso, que se inicia a partir de diciembre del 2010.

VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES

1.- Necesidad de oxigenación

Paciente con mascarilla con reservorio se observan secreciones por nariz y boca, palidez de piel y tegumentos y mucosa oral semihidratada, llenado capilar a los 4 segundos. Frecuencia Cardíaca: 100 por minuto, Tensión arterial: 130/90, Frecuencia Respiratoria: 24 por minuto.

2.- Necesidad de nutrición e hidratación

Paciente con dieta hiposódica. Tiene como antecedentes patológicos: hipertensión arterial secundaria a insuficiencia renal. Presencia de ruidos peristálticos. Presenta un IMC de bajo peso, a la inspección se encuentra cicatriz abdominal en flanco derecho por colocación de catéter tenckhoff. Palidez de piel y tegumentos. Pesa: 32 Kg Talla de: 1.40 metros e índice de masa corporal de 16.32

QUIMICA SANGUINEA		BIOMETRIA HEMATICA	
Glucosa	112	Leucocitos	14.84
Acido úrico	5.30	Eritrocitos	3.92
Urea	69.98	Hemoglobina	11.42
Nitrógeno ureico	32.70	Hematocrito	36.63
Creatinina	5.57	Plaquetas	33.5
Sodio	161		
Potasio	6.67		
Cloro	118		
Calcio	9.90		
Fosforo	5.3		
Magnesio	2.90		

3.-Necesidad de eliminación

Paciente con ruidos peristálticos presentes, sonda Foley a derivación sin ninguna anomalía a la palpación y la percusión, sin datos de infección, orina de color ámbar, olor característico, drenando de 50 ml a 200 ml, por turno, evacua una vez al día, heces semilíquidas, verdosas y fétidas.

4.-Necesidad de movilidad y postura

Se encuentra en posición semifowler, manteniendo cambios de posiciones a decúbito lateral izquierda y derecha, con debilidad muscular, y con limitación de movimiento para moverse de un lugar a otro.

5.-Necesidad de descanso y sueño

Descansa todo el día con periodos intermitentes de sueño, y por las noches duerme 6 horas diarias aproximadamente, y en ocasiones menos debido a los procedimientos que se le realizan.

6.-Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas

Necesita ayuda para el cambio de bata hospitalaria por su estado de fatiga y debilidad muscular.

7.-Necesidad de Termorregulación

Se mantiene normotérmica con una temperatura de 37° Centígrados

8.-Necesidad de Higiene y protección

Se brinda ayuda para su higiene personal, ya que requiere de cambios frecuentes de pañal y solicita ayuda para bañarse.

9.-Necesidad de evitar peligros

Presenta heridas quirúrgicas en la región subclavia y en la región abdominal flanco derecho, catéter Niagara en subclavia derecha y sonda Foley, se mantiene barandales elevados de la camilla.

10.- Necesidad de comunicarse

Se comunica con expresiones verbales o por señas cuando no se da a entender. La mayor parte del tiempo la pasa con su madre dentro de su estancia hospitalaria.

11.-Necesidad de creencias y valores

Católica, creyente del divino niño y la virgen de Guadalupe, conserva en su cama estampitas religiosas de santos y de la virgen de Guadalupe.

12.- Necesidad de trabajar y realizarse

El rol que desempeña es el de hija y hermana; ella se encuentra contenta al estudiar ya que dice que le gusta aprender mucho y convivir con sus amigos. Durante su padecimiento ha faltado a clases durante repetidas ocasiones.

13.- Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

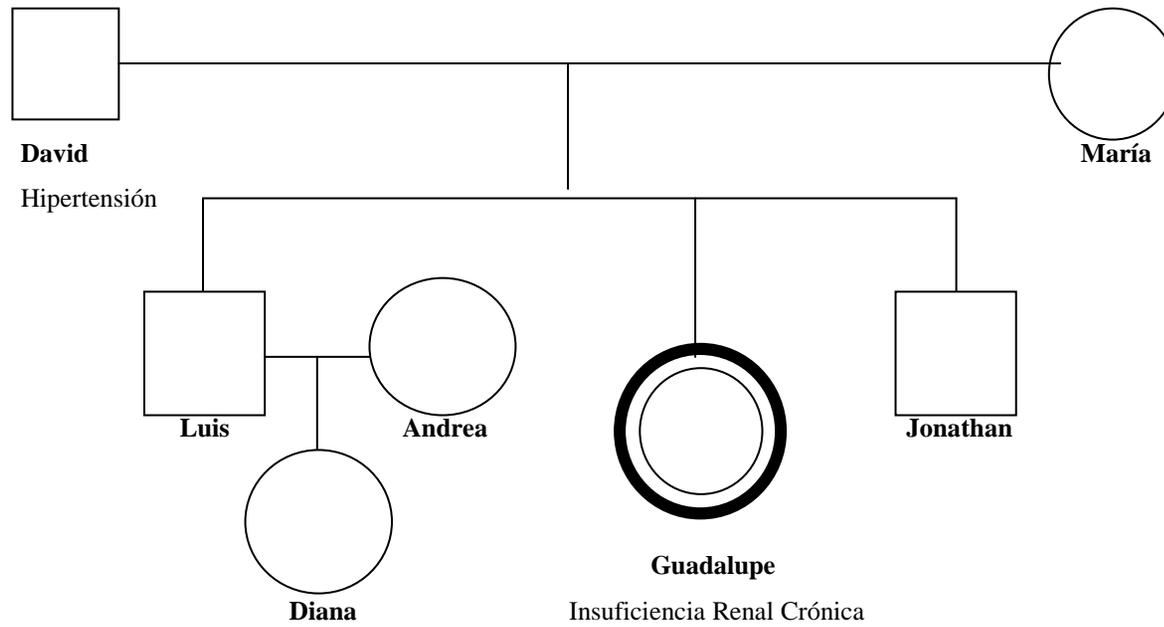
Estudia, y cuando se encuentra en condiciones de ánimo acude a la ludoteca para dibujar y colorear.

14.- Necesidad de aprendizaje

Muestra interés por aprender los cuidados sobre su patología, expresa que le gustaría seguir estudiando y ser una gran doctora para así algún día poder curarse y curar a los niños enfermos.

FAMILIOGRAMA

FAMILIA NUCLEAR



IDENTIFICACIÓN DE DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS

NECESIDADES	DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS
1.- Oxigenación	Suplemento de oxígeno por mascarilla con reservorio Secreciones en nariz y boca, palidez de piel y tegumentos. Mucosa oral semihidratada. Ciclos de hemodiálisis.	Llenado capilar de 4 segundos. Frecuencia Cardíaca: 100 Tensión arterial: 130/90, Frecuencia Respiratoria: 24
2.- Nutrición e Hidratación	Dieta hiposódica, Palidez de piel y tegumentos.	Peso: 32 Kg Talla de: 1.40m e IMC 16.32 Acido úrico elevado, urea y creatinina elevados.
3.- Eliminación	Sonda Foley a derivación sin anomalía a la palpación y la percusión, evacua una vez al día.	Micción de 50 ml a 200 ml por día, en ocasiones con oliguria, Presencia de ruidos peristálticos, heces semilíquidas, verdosas y fétidas.
4.- Movilidad y postura	Fatiga, debilidad muscular. Limitación de movimientos para desplazarse de un lugar a otro.	
5.- Descanso y sueño	Descansa todo el día con periodos intermitentes de sueño, y por las noches duerme 6 horas diarias aproximadamente.	
6.- Usar prendas de vestir adecuadas	Viste de acuerdo a su edad y estado climático en su domicilio, en estancia hospitalaria con ropa clínica.	

7.- Termorregulación	Dificultad para adaptarse a los cambios climáticos, siendo de su mayor agrado el calor.	De 36° a 37° centígrados,
8.- Higiene y protección	Requiere ayuda para los cambios de pañal.	Herida de catéter Niagara.
9.- Evitar Peligros.	Disminución de la autoestima	
10.- Comunicación	Tiene una adecuada relación familiar, presentando una expresión discontinua y de bajo tono.	
11.- Creencias y valores	Es católica, Cree en la virgen de Guadalupe y en el divino niño. Conserva estampitas religiosas	.
12.- Trabajo y realización	El rol que desempeña es el de hija y hermana; estudia el quinto año de primaria	
13.- Jugar y participar en actividades recreativas.	Estudia, y cuando se encuentra en condiciones de ánimo acude a la ludoteca para dibujar y colorear.	
14.- Aprendizaje	Refiere que le gustaría seguir estudiando y ser doctora.	

JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES

NECESIDADES	JERARQUIZACIÓN	CONDICIÓN
1.- Oxigenación	1.- Oxigenación	Dependiente
2.- Nutrición e hidratación	2.- Nutrición e hidratación	Dependiente
3.- Eliminación	3.- Eliminación	Dependiente
4.- Movilidad y Postura	4.- Higiene y Protección	Dependiente
5.- Descanso y sueño	5.- Movilidad y Postura	Poco dependiente
6.- Usar prendas de vestir adecuadas	6.- Usar prendas de vestir adecuadas.	Poco dependiente
7.- Termorregulación	7.- Evitar Peligros	Poco dependiente
8.- Higiene y Protección	8.- Comunicación	Poco dependiente
9.- Evitar Peligros	9.- Jugar y Participar en actividades recreativas	Poco dependiente
10.- Comunicación	10.- Termorregulación	Poco dependiente
11.- Creencias y Valores	11.- Descanso y sueño	Independiente
12.- Trabajo y Realización	12.- Trabajo y Realización	Independiente
13.- Jugar y Participar en actividades recreativas	13.- Aprendizaje	Independiente
14.- Aprendizaje	14.- Creencias y Valores	Independiente

**JERARQUIZACIÓN DE LAS NECESIDADES Y DIAGNÓSTICOS
DE ENFERMERÍA**

NECESIDAD	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA
1.- Oxigenación	<p>Dominio 4: Actividad y reposo</p> <p>Clase 4: Respuesta cardiovascular pulmonar</p> <p>Clave: 00032</p> <p>Patrón respiratorio ineficaz, relacionado con fatiga de los músculos respiratorios, manifestado por disnea. <u>NANDA 2009-2011, página 138).</u></p> <p>Dominio 11: Seguridad y protección</p> <p>Clase 2: lesión física</p> <p>Clave: 00031</p> <p>Limpieza ineficaz de las vías aéreas, relacionado con secreciones bronquiales, manifestado por excesiva cantidad de esputo. <u>(NANDA 2009-2011, página 315)</u></p>
2.- Nutrición e hidratación	<p>Dominio 2: Nutrición</p> <p>Clase 1: Ingestión</p> <p>Clave: 00002</p> <p>Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades, relacionado con incapacidad para absorber los nutrientes, manifestado por pérdida de peso con un aporte nutricional adecuado. <u>(NANDA 2009-2011, página 75)</u></p>
3.- Eliminación	<p>Dominio 3: Eliminación e intercambio</p> <p>Clase 1: Función gastrointestinal</p> <p>Clave: 00013</p> <p>Diarrea, relacionado con mala absorción, manifestado por</p>

	eliminación mínima de 3 deposiciones por día. (<u>NANDA 2009-2011, página 101</u>).
4.- Higiene y Protección	<p>Dominio 4: Actividad y reposo</p> <p>Clase 5: Autocuidado</p> <p>Clave: 00110</p> <p>Déficit de autocuidado: uso del inodoro relacionado con debilidad y fatiga, manifestado por incapacidad para llegar hasta el inodoro. (<u>NANDA 2009-2011, página 153</u>).</p> <p>Dominio 4: Actividad y reposo</p> <p>Clase 5: Autocuidado</p> <p>Clave: 00108</p> <p>Déficit del autocuidado: baño, relacionado con debilidad y deterioro musculoesquelético, manifestado por incapacidad para acceder al cuarto de baño. (<u>NANDA 2009-2011, página 152</u>)</p>
5.- Movilidad y Postura	<p>Dominio 4: Actividad y reposo</p> <p>Clase 2: Actividad/ejercicio</p> <p>Clave: 00088</p> <p>Deterioro de la deambulación, relacionado con fuerza muscular insuficiente, manifestado por deterioro de la habilidad para caminar a distancias requeridas. (<u>NANDA 2009-2011, página 121</u>)</p>
6.- Usar prendas de vestir	<p>Dominio 4: Actividad y reposo</p> <p>Clase 5: Autocuidado</p> <p>Clave: 00109</p> <p>Déficit de autocuidado: vestido, relacionado con debilidad y fatiga, manifestado por deterioro de la capacidad para ponerse las prendas de vestir necesarias. (<u>NANDA 2009-2011, página 154</u>).</p>

7.-Evitar Peligros	<p>Dominio 4: Seguridad/protección</p> <p>Clase 1: Infección</p> <p>Clave: 00004</p> <p>Riesgo de infección relacionado con enfermedad crónica y procedimientos invasivos. <u>(NANDA 2009-2011, página 303)</u></p>
8.- Comunicación	<p>Dominio 5: Percepción/cognición</p> <p>Clase 5: Comunicación</p> <p>Clave: 00051</p> <p>Deterioro de la comunicación verbal relacionado con condiciones fisiológicas, manifestado por dificultad para mantener el patrón de comunicación habitual y pronunciación poco clara. <u>(NANDA 2009-2011, página 176)</u></p>
9.- Jugar y Participar en actividades recreativas	<p>Dominio 4: Actividad y reposo</p> <p>Clase 2: Actividad/ejercicio</p> <p>Clave: 00097</p> <p>Déficit de actividades recreativas, relacionado con entorno desprovisto de actividades recreativas, manifestado por los pasatiempos habituales no pueden realizarse en el hospital. <u>(NANDA 2009-2011, página 120)</u></p>
10.- Termorregulación	<p>Dominio 11: Seguridad/protección</p> <p>Clase 6: Termorregulación</p> <p>Clave: 00008</p> <p>Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal, relacionado con inactividad. <u>(NANDA 2009-2011, página 342)</u> ¹</p>

¹ NANDA, Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2005-2006, Madrid, España.

PLAN DE CUIDADOS DE DICIEMBRE DEL 2010 A JUNIO DEL 2011

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Diagnóstico 1: Patrón respiratorio ineficaz, relacionado con fatiga de los músculos respiratorios, manifestado por disnea. NANDA 2009-2011, página 138)

Objetivo:

- La paciente mantendrá un soporte de oxígeno adecuado durante la expiración e inspiración.
- Mostrará un patrón respiratorio que apoye los gases sanguíneos para que estén dentro de los parámetros normales.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Asegurarse de que la paciente en estado disneico reciba medicación, oxígeno y esté libre de secreciones bronquiales.	Los sistemas de oxígeno de alto flujo proporcionan todo el gas necesario durante la ventilación en cantidades exactas, independientemente de la situación	Se brindó suplemento de oxígeno con lo cual favoreció su ventilación pulmonar.

<p>Valorar la respiración abdominal, usos de los músculos accesorios, aleteo nasal, retracciones, irritabilidad, confusión o letargo.</p> <p>Registrar y valorar la saturación de oxígeno y los gases sanguíneos de la paciente.</p> <p>Colocar a la paciente en posición semi-fowler.</p> <p>Administración de oxígeno según la prescripción médica.</p>	<p>respiratoria del paciente. (Kozier, 1220)</p> <p>Estos síntomas indican un aumento de la dificultad respiratoria y de la hipoxia. (Ackley, 1013)</p> <p>Una saturación de oxígeno inferior al 90% o una presión parcial de oxígeno inferior a 80% indican problemas significativos de oxigenación. (Ackley, 1013)</p> <p>La posición semi-fowler permite mayor expansión torácica en pacientes encamados, sobre todo en presencia de disnea. (Kozier, 1208).</p> <p>La oxigenoterapia ayuda a disminuir la disnea a través de la reducción del impulso central mediado por los quimiorreceptores periféricos en el cuerpo carotideo. (Ackley, 1013)</p>	<p>Presenta una respiración forzada e irritabilidad.</p> <p>Se mantuvo una saturación de oxígeno de 96%.</p> <p>Con esta posición disminuyó la disnea.</p> <p>Disminuyó la disnea y mejoró su respiración.</p>
---	--	--

Diagnóstico 2: Limpieza ineficaz de las vías aéreas, relacionado con secreciones bronquiales, manifestado por excesiva cantidad de esputo. (NANDA 2009-2011, página 315)

Objetivo:

- Mantendrá la vía aérea permeable en todo momento.
- La paciente mostrará una tos efectiva y ruidos respiratorios limpios; estará libre de cianosis y disnea.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>Ayudar a limpiar las secreciones de la faringe ofreciendo pañuelos de papel o succionando suavemente la orofaringe.</p> <p>Observar el esputo, comprobando el color, olor y volumen.</p>	<p>Cuando el paciente es incapaz de eliminar las secreciones del tracto respiratorio mediante la tos, la enfermera debe aspirar las vías respiratorias. (Potter, 1186)</p> <p>El esputo normal es trasparente o gris mínimo, el esputo anómalo es verde, amarillo o sanguinolento; maloliente y a menudo copioso. (Ackley, 859)</p>	<p>Disminuyeron las secreciones y se mantuvo la vía aérea permeable.</p> <p>Se muestran pocas secreciones, espesas y de aspecto normal.</p>

<p>Administrar medicamentos como broncodilatadores o esteroides inhalados según prescripción médica.</p> <p>Proporcionar drenaje postural, percusión y vibración.</p>	<p>Se administran medicamentos para ayudar a eliminar las grandes cantidades de secreciones de los pulmones. (Kozier, 1212)</p> <p>Terapias usadas para movilizar las secreciones bronquiales, debe seguirse de una tos productiva y aspiración en el paciente que tiene disminuida la capacidad para toser. (Kozier, 1185)</p>	<p>Se administraron nebulizaciones y se facilitó la expulsión de secreciones faríngeas.</p> <p>La fisioterapia facilitó la expulsión de secreciones faríngeas.</p>
---	---	--

2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Diagnóstico 1: Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades, relacionado con incapacidad para absorber los nutrientes, manifestado por pérdida de peso con un aporte nutricional adecuado. (NANDA 2009-2011, página 75)

Objetivo:

- Satisfacer las necesidades alimentarias de la paciente y aportar los nutrientes requeridos.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Valoración del IMC cada semana.	El IMC mide el peso en función de la altura y proporciona una alternativa a la relación altura-peso tradicional. (Potter, 1312)	Presenta un índice de masa corporal bajo.
Valorar la capacidad de la paciente para comer.	El reconocimiento temprano de los clientes mal nutridos o en riesgo de mal nutrición, tiene una fuerte	En ocasiones necesitaba ayuda para llevar los alimentos a la boca.

<p>Vigilar que los alimentos que consume estén libres de contaminación.</p> <p>Valorar los cambios recientes en el estado fisiológico que podrían interferir con la mal nutrición.</p> <p>Proporcionar cuidado bucal con gasas y bicarbonato después de cada comida.</p>	<p>influencia positiva sobre la evolución sanitaria tanto a corto como a largo plazo. (Potter, 1312)</p> <p>La infección puede resultar en confusión, anorexia y equilibrio negativo del nitrógeno, que van a contribuir a la mal nutrición. (Ackley, 970)</p> <p>Las consecuencias de la mal nutrición conducirían a un deterioro de la enfermedad del paciente que entonces se autoperpetúa si no se reconoce y se trata. (Ackley, 970)</p> <p>El cuidado de la boca en personas hospitalizadas es muy importante, porque sus bocas tienden a researse y estar predispuestos a infecciones. (Kozier, 801)</p>	<p>Aparentemente no presenta datos de infección.</p> <p>No presenta grandes cambios en su estado fisiológico.</p> <p>El aseo bucal es deficiente ya que las gasas limitan una limpieza profunda</p>
--	---	---

Proporcionar la dieta cuando la paciente presente apetito.	El tratamiento dietético depende de los síntomas del paciente y está diseñado para maximizar la ingesta nutricional. (Kozier, 1400)	Consumió todos los alimentos proporcionados.
Proporcionar un ambiente agradable a la paciente en el momento de consumir sus alimentos.	Un ambiente agradable favorece la ingesta de alimentos. (Ackley, 969)	Durante cada comida la paciente mostró conformidad con el ambiente para iniciar la alimentación.
Ofrecer una dieta hiposódica y disminuir la ingesta de líquidos.	El tratamiento de la insuficiencia renal crónica consiste en una dieta con restricción de proteínas, potasio, fósforo, sodio y líquidos. (Potter, 1401)	Mostró satisfacción y tolerancia con la ingesta de estos alimentos.

3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Diagnostico 1: Diarrea, relacionado con mala absorción, manifestado por eliminación mínima de 3 deposiciones por día. (NANDA 2009-2011, página 101).

Objetivo:

- La paciente mantendrá el área rectal limpia y sin irritación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Se identificará la causa de la diarrea Valorar la consistencia de las heces y su influencia en el riesgo de pérdidas.	La identificación de la causa subyacente es importante porque los tratamientos dependen de ella. (Ackley, 549) Un estudio de la consistencia de las heces comprobó una buena fiabilidad cuando eran evaluadas por enfermeras profesionales, estudiantes de enfermería y usuarios. (Ackley, 548)	Se observó que la causa de la diarrea fue por la mala absorción de nutrientes. La paciente presentó heces semilíquidas y fétidas.

<p>Observar y anotar el número de evacuaciones y la consistencia de las heces fecales.</p>	<p>La documentación de cantidades proporciona datos basales y ayuda a dirigir la terapia de restitución de líquidos. (Ackley, 549)</p>	<p>Se registró las características y cantidad de heces fecales por turno.</p>
<p>Control de líquidos y pesar cada semana a la paciente para observar si hay disminución de peso.</p>	<p>Es importante la comprobación diario del peso como indicador del equilibrio hídrico del cuerpo. Las enfermedades pueden alterar este equilibrio de forma que el cuerpo tenga un exceso o déficit de fluidos. (Kozier,1131)</p>	<p>El control de líquidos resultó positivo.</p>
<p>Limpiar y secar en cada cambio de pañal el área perianal empleando toallitas húmedas que eviten las lesiones dérmicas.</p>	<p>El frotamiento rápido puede exacerbar la erosión cutánea e incrementar aún más el riesgo de irritación e infección. (Ackley, 550)</p>	<p>Se evitaron rozaduras en zona perianal y la paciente mostró una sensación de confort.</p>

4-. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION

Diagnostico 1: Déficit de autocuidado: uso del inodoro relacionado con debilidad y fatiga, manifestado por incapacidad para llegar hasta el inodoro. (NANDA 2009-2011, página 153).

Objetivo:

- La paciente permanecerá sin olor corporal y con su piel intacta.
- La paciente mostrará satisfacción con la habilidad para utilizar mecanismos de adaptación para bañarse.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Tener en cuenta los factores humanos y ambientales que puedan limitar la habilidad para bañarse.	Los factores ambientales afectan a la ejecución de tareas. La función puede mejorar basándose en principios de ingeniería que adaptan los factores ambientales para satisfacer las capacidades de la usuaria. (Ackley, 296)	Los factores que limitaron la habilidad para bañarse fue el deterioro muscular.

<p>Sugerir a la usuaria el baño de esponja y emplearlo para su higiene personal.</p> <p>Mantener a la paciente cálidamente tapada y en un ambiente limpio y cómodo.</p> <p>Mejorar la comunicación durante el baño, para aumentar la confianza enfermera-paciente.</p> <p>Examinar el estado de la piel durante el baño.</p>	<p>El baño elimina la grasa acumulada, la transpiración, las células muertas de la piel y algunas bacterias. (Kozier, 780)</p> <p>Una unidad limpia y cómoda contribuye a la capacidad del paciente para descansar, dormir y para sentirse bien. (Potter, 1090)</p> <p>La mejora de la comunicación disminuye la agresión durante el baño y aumenta la confianza de enfermera paciente. (Ackley,297)</p> <p>La observación de la piel permite la detección de problemas cutáneos. El color de la piel y las mucosas pueden servir como indicio o signo para el diagnóstico de ciertos padecimientos. (Tortora, 148)</p>	<p>La paciente aceptó el baño de esponja y se mostró confortable.</p> <p>La paciente mostró satisfacción al ser cobijada y al estar en un ambiente agradable.</p> <p>Se llevó una buena comunicación con la paciente, lo que favoreció la confianza.</p> <p>Se observó una piel reseca y con tinte icterico.</p>
--	---	--

Diagnóstico 2: Déficit del autocuidado: baño, relacionado con debilidad y deterioro musculoesquelético, manifestado por incapacidad para acceder al cuarto de baño. (NANDA 2009-2011, página 152)

Objetivo:

- La paciente no mostrará restos de orina y heces en la piel.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>Valorar la causa de incapacidad para usar el WC con independencia.</p> <p>Utilización de pañal y cómodo tras la eliminación.</p>	<p>La determinación del nivel de actividad apropiado en un enfermo, permite que la enfermera prediga si éste tiene o no la fuerza y resistencia necesaria para participar en actividades que requieran gasto de energía. (Kozier, 556)</p> <p>Los mecanismos de adaptación promueven la independencia y la seguridad del paciente. (Ackley, 303)</p>	<p>La causa de la incapacidad para desplazarse al baño fue el deterioro musculoesquelético.</p> <p>El empleo del pañal y cómodo fue efectivo tomando en cuenta las condiciones físicas de la paciente.</p>

<p>Proporcionar intimidad a la paciente durante la eliminación.</p>	<p>La intimidad puede prevenir la supresión de la eliminación resultante. Del abrumamiento por el ruido y el olor. (Ackley, 303)</p>	<p>La usuaria mostró conformidad y seguridad al respetar su integridad.</p>
<p>Proporcionar un cuidado rápido de la piel y cambios de la ropa de la cama después de episodios de incontinencia.</p>	<p>La presencia de orina y heces en la piel llevan a lesiones cutáneas, y el mantenimiento de la limpieza de la cama contribuye a la sensación de bienestar de la paciente. (Ackle 305; Potter 1131)</p>	<p>Se evitó la presencia de rozaduras en la región perianal y la paciente se mostró comfortable.</p>

5-. MOVILIDAD Y POSTURA

Diagnostico 1: Deterioro de la deambulaci3n, relacionado con fuerza muscular insuficiente, manifestado por deterioro de la habilidad para caminar a distancias requeridas. (NANDA 2009-2011, p3gina 121)

Objetivo:

La paciente demostrar3 habilidad para dirigir a los dem3s respecto a la forma en que hay que ayudarla a caminar

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Explicar a la paciente la importancia de la movilizaci3n progresiva.	El objetivo de la movilizaci3n progresiva es ayudar al paciente a alcanzar una funci3n 3ptima, evitar lesiones d3rmicas, y restaurarla funci3n normal.(Sandra Smith, 229)	La paciente entendi3 la importancia de la movilizaci3n activa y se mostr3 cooperadora.
Realizar cambios frecuentes de posiciones cada 2 horas.	Los pacientes inmovilizados est3n en riesgo de sufrir ulceras por presi3n , por lo que deben dedicarse muchas	Se evitaron 3lceras por dec3bito.

<p>Emplear actividades que estimulen a la paciente para una mejor ampliación de movimientos.</p>	<p>horas de cuidados de enfermería para su prevención.(Bufalino,547) La falta de estímulos sensoriales puede desacelerar el desarrollo social e intelectual y retrasar el desarrollo de habilidades motoras.(Kozier, 555)</p>	<p>La paciente se mostró activa cuando estaba estable.</p>
--	--	--

6-. USAR PRENDAS DE VESTIR

Diagnostico 1: Déficit de autocuidado: vestido, relacionado con debilidad y fatiga, manifestado por deterioro de la capacidad para ponerse las prendas de vestir necesarias. (NANDA 2009-2011, página 154).

Objetivo:

- La paciente se vestirá la bata hospitalaria y se peinará con ayuda de la cuidadora y la enfermera.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Valorar la habilidad de la paciente para vestirse y arreglarse a través de la observación directa y de los informes de la paciente y cuidador.	La presencia de una enfermedad crónica altera las rutinas para vestirse, y la comprensión de estas rutinas puede permitir el desarrollo de métodos de conservación de energía para vestirse. (Ackley, 308)	Mostró una habilidad deficiente para vestirse y desvestirse.
Estimular a la paciente, mediante premios, para motivar a la paciente a	Es importante que el personal de enfermería determine y estimule el	La paciente se mostró cooperadora al vestirse la bata

<p>vestirse y peinarse.</p> <p>Asistir a la paciente en la actividad de vestirse y desvestirse cuando ella no se encuentre en condiciones de salud para hacerlo.</p>	<p>nivel funcional del paciente, para mantener y promover toda la independencia posible del paciente.(Kozier, 776)</p> <p>La conservación de la energía aumenta la tolerancia de la actividad y fomenta los autocuidados de la enfermera. (Ackley, 309)</p>	<p>hospitalaria y solicitó ayuda para peinarse.</p> <p>Se brindó ayuda para vestirse y desvestirse cuando la paciente se encontraba en estado de salud grave.</p>
--	---	---

7-. EVITAR PELIGROS

Diagnóstico 1: Riesgo de infección relacionado con enfermedad crónica y procedimientos invasivos. (NANDA 2009-2011, página 303)

Objetivo:

- La paciente demostrará las medidas higiénicas apropiadas como lavado de manos, cuidado bucal y cuidado perineal.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Valorar el calor, la humedad, la textura y la turgencia de la piel. Lavar y secar cuidadosamente la piel, incluyendo las áreas con pliegues cutáneos y usar cremas hidratantes en	La piel intacta es la primera línea de defensa en la naturaleza con los microorganismos que entran en el cuerpo. (Ackley, 763) El mantenimiento de la piel hidratada y flexible es el mejor método para mantenerla intacta. La piel seca puede	Presentó una piel reseca y mal hidratada. Se obtuvo una piel limpia con olor agradable y mejoró su textura.

<p>todas las superficies de riesgo.</p> <p>Fomentar en la paciente una higiene de manos apropiada.</p> <p>Utilizar técnicas cuidadosas cuando se cambian y se vacían las bolsas colectoras de orina para evitar la contaminación cruzada.</p>	<p>conducir a inflamación, excoriación y posibles episodios de infección. (Potter, 1075)</p> <p>La mejora en el seguimiento de la higiene de manos ha demostrado terminar con los brotes en las instituciones sanitarias, reducir la transmisión de organismos recientes a los antimicrobianos y reducir los índices generales de infección. (Ackley, 763)</p> <p>Los usuarios corren mayor riesgo de infección cruzada durante el cambio y vaciado de colectores. (Kozier, 708)</p>	<p>Se fomentó el hábito en la paciente para el lavado de manos antes de cada comida.</p> <p>Las técnicas aplicadas fueron efectivas y contribuyeron a la ausencia de infecciones genitourinarias.</p>
---	--	---

8-. COMUNICACIÓN

Diagnóstico 1: Deterioro de la comunicación verbal relacionado con condiciones fisiológicas, manifestado por dificultad para mantener el patrón de comunicación habitual y pronunciación poco clara. (NANDA 2009-2011, página 176)

Objetivo:

- La paciente mejorará la comunicación con la enfermera y su familia.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Dedicar tiempo a la comunicación con la paciente.	La comunicación es un proceso en el que las personas se ven influidas unas a otras a través del intercambio, de información de ideas y sentimientos. (Kozier, 456)	La comunicación de la paciente en ocasiones fue deficiente ya que mostraba fatiga.
Usar una comunicación clara y simple con la paciente.	Las enfermeras ofrecen información y emplean estrategias de ayuda al	Hubo una muy buena comunicación con la paciente lo cual aumentó la

<p>Explicar todos los procedimientos a realizar.</p>	<p>paciente a comprender y cambiar su conducta. (Kozier, 464)</p> <p>Las enfermeras con experiencia en comunicación pueden expresar el cuidado llegando a ser sensibles a sí mismas y a los demás, promover y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos y desarrollar relaciones de ayuda-confianza. (Potter, 456)</p>	<p>interacción.</p> <p>Aumentó la confianza entre paciente-enfermera para la realización de cualquier procedimiento.</p>
<p>No levantar la voz ni gritar a la paciente.</p>	<p>Una voz muy alta puede asustar y disminuir la comunicación de la paciente hacia la enfermera. (Ackley, 373)</p>	<p>Se fomentó el respeto de la paciente y se logró una buena comunicación enfermera-paciente.</p>

9-. JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Diagnóstico 1: Déficit de actividades recreativas, relacionado con entorno desprovisto de actividades recreativas, manifestado por los pasatiempos habituales no pueden realizarse en el hospital. (NANDA 2009-2011, página 120)

Objetivo:

- La paciente se dedicará a actividades recreativas personalmente satisfactorias

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Animar a la paciente a compartir sentimientos sobre la situación de inactividad fuera de las actividades de la vida cotidiana.	El trabajo y las aficiones proporcionan estructura y continuidad a la vida; la usuaria puede sentir sensación o perdida cuando es incapaz de dedicarse a las actividades normales. (Ackley, 169)	Expresó muy poco, acerca de la ansiedad que sentía al estar hospitalizada.
Fomentar la combinación de actividades físicas y mentales, como	El humor puede ayudar a los usuarios a disminuir la ansiedad y a sobrevivir	Esta implementación de actividades mejoró el estado de

chistes, juegos, dibujos.	en un entorno de alta tecnología. (Ackley, 169)	ánimo de la paciente ya que se mostró contenta y entretenida.
Proporcionar música agradable para la paciente.	La música puede ayudar a disminuir la ansiedad en pacientes hospitalizados. (Kozier, 380)	Fue satisfactoria ya que se mostró tranquila y contenta.
Estar siempre que se pueda con la paciente.	Estar disponible para la paciente como un ser humano próximo es importante y útil para aumentar la confianza de enfermera-paciente. (Ackley, 170)	Se favoreció la relación enfermera-paciente ya que aumentó la confianza.

10-. TERMORREGULACIÓN

Diagnóstico 1: Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal, relacionado con inactividad. (NANDA 2009-2011, página 342)

Objetivo.-

- La paciente mantendrá la temperatura corporal dentro de los límites normales

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Checar la temperatura corporal cada 4 horas.	La regulación de la temperatura corporal puede alterarse por enfermedades, lesiones o fármacos. (Ackley, 1201)	Se llevó un mejor manejo para el control de la temperatura.
Mantener una temperatura ambiente adecuada.	Una temperatura ambiente adecuada limita los efectos ambientales en la termorregulación. (kozier, 457)	Presentó cambios en la temperatura de acuerdo a la situación climática.
Adecuar la ropa para facilitar el	Esto ayudará a mantener una	La vestimenta siempre fue acuerdo

calentamiento y el enfriamiento de la paciente.	temperatura corporal adecuada. (Ackley, 1201)	a los requerimientos del hospital.
---	---	------------------------------------

^{18,19,20,21}

¹⁸ NANDA, Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2009-2011, Barcelona, España.

¹⁹ Ackley J. Betty, Ladwing B. Gail; Manual de diagnosticos de enfermería, Guia para la planificación de los cuidados; 7ª edición; editorial El sevier mosby, Madrid 2007; 1316 pp.

²⁰ Potter Perry: Fundamentos de enfermería, 5º edición, editorial Elsevier Mosby; 2005; 1750 pp.

²¹ B. Kozier, G. ERB: Fundamentos de enfermería, 5º edición, editorial Mc Graw-Hill Interamericana; 2002; 1395 pp.

CONCLUSIÓN

La realización de este trabajo me dejó una gran satisfacción ya que pude brindarle una mejor calidad de vida a la paciente por medio de cuidados holísticos y paliativos, adquirí nuevos conocimientos y comprendí que cuando una de las necesidades se ve afectada se requiere de ayuda para mejorarla o para recuperarla.

Fue satisfactorio involucrarme con la paciente y la familia ya que gracias a la confianza que me brindaron pude llevar a cabo mis cuidados y darle el seguimiento necesario para el logro de este trabajo en base a las 14 necesidades de Virginia Henderson.

La calidad de cuidados fue buena porque mejoraron algunas de sus necesidades y algunas otras continuaron afectadas, ya que la paciente se encontraba muy deteriorada debido a esta enfermedad, hubo una buena relación y comunicación con la familia y la usuaria ya que logre ganarme su confianza y su respeto.

Fue muy agradable en el momento que la paciente y la familia me expresaron su agradecimiento ya que me di cuenta que un gracias no tiene precio. Es una satisfacción que dura toda la vida y que me motiva a seguir implementando este proceso de enfermería basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson a lo largo de mi carrera.

La paciente falleció el 2 de agosto del 2011 ya que su enfermedad había llegado a fase terminal.

GLOSARIO

ANA	Asociación Americana de Enfermería.
ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA.	Acción realizada por la enfermera para prevenir la enfermedad. O sus complicaciones, mantener o mantener o restablecer la salud.
ATENCIÓN HOLÍSTICA	Cuidados orientados a atender las necesidades o de los diferentes aspectos del paciente biopsicosocial en los tres niveles de prevención.
CUIDADO	Es la acción de cuidar, preservar, guardar y conservar. El cuidado implica ayudar a otra persona, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio.
DAÑO RENAL	Anormalidades histopatológicas o alteraciones en las pruebas de sangre u orina o en los estudios de imagen, por 3 meses o más, con o sin disminución de la filtración glomerular.
DIAGNOSTICO	Es la segunda etapa de proceso enfermero de atención de enfermería, durante el cual se analizan los datos de la valoración.
EJECUCIÓN	Es la cuarta etapa del proceso de atención de

enfermería, que supone la puesta en práctica.

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA:	Proceso fisiopatológico con múltiples causas, cuya consecuencia es la pérdida inexorable del número y funcionamiento de nefronas, y que a menudo desemboca en Insuficiencia renal terminal.
ENFERMERA	Es una persona que ha completado un programa básico de educación en enfermería y está calificada y autorizada en su país, para proporcionar un servicio profesional, responsable y competente para la promoción de la salud.
ENFERMERIA	Ciencia de atender al individuo sano o enfermo en sus necesidades biopsicosociales básicas o adquiridas.
EVALUACIÓN	Quinta etapa del proceso de enfermería. Se determina si se han alcanzado los objetivos de los cuidados de enfermería, se identifican los factores que han contribuido al éxito o al fracaso del plan y se establece si han de modificarse los cuidados o pueden darse por concluidos.
NANDA	Asociación Norte Americana de diagnósticos de Enfermería.
NECESIDAD	Elementos imprescindibles para que el ser humano mantenga homeostasis física, social y psicológica.



Escuela de Enfermería de Zamora, A. C.

Incorporada a la U N A M

Martínez de Navarrete 611 Tel 51- 2-07-60 Zamora Mich.

CLAVE 8723

La Dirección de la Escuela de Enfermería de Zamora A.C. con estudios incorporados a la Universidad Nacional Autónoma de México clave 8723, AUTORIZA A:

LILIANA LIZETH GIRÓN HERNÁNDEZ

“PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIO
APLICADO A PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL
CRÓNICA”

Se extiende la siguiente a solicitud de las interesadas para los usos legales que a ellas convengan en la Ciudad de Zamora Michoacán, el día 30 del mes septiembre del año 20-08-11

ATENTAMENTE

LEO. Ignacia Escalera Mora

Directora

BIBLIOGRAFÍA

1. <http://portal.salud.gob.mx/>
2. <http://www.icn.ch/es/about-icn/icn-definition-of-nursing/>
(Consejo internacional de enfermeras).
3. Barbara Kozier, Erb Glenora, Audrey Berman, Shirlee Snyder;
Fundamentos de Enfermería: Conceptos, procesos y prácticas,
Segunda Edición, 2004, p.261
4. <http://portal.salud.gob.mx/>
5. Ann Marriner- Tomey; Modelos y teorías en enfermería;
editorial Mosby, tercera edición; Madrid España 1994, pág. 58-
60
6. Iyer P.W. Cols; Procesos y diagnósticos de enfermería; editorial
MC Graw Hill Interamericana, tercera edición, México DF.
2002; Pág.9
7. Martín García Catalina; Evolución histórica del cuidado de
enfermería; editorial Harcourt; México D.F, 2001 Pág. 199-217
8. www.vady.mx/enfermer/sitioflash/proceso/razonamiento
crítico.
9. Dugas Witler Bererly; Tratado de enfermería práctica; Editoria
Mc Graw Hill.

10. Moscardo P; Manual de enfermería; editorial Lexus; Barcelona España 2003; Pág. 1-3
11. www.terra.es/personal/duenas/pae.htm
12. Homey Marriner Ann y Cols; Modelos y teorías de enfermería; quinta edición; Madrid España 2003, Pág. 65-74
13. [Http.com.mx/virginiahenderson/.com](http://com.mx/virginiahenderson/.com)
14. Charles G. Morris; Psicología; editorial Pearson; decimotercera edición; México 2009, Pág. 209-432
15. Robert S. Feldman; Desarrollo en la infancia; editorial Pearson, Prentice Hall; cuarta edición; México 2008; 294-316
16. Jeffrey S. Nevid; Psicología conceptos y aplicaciones; editorial Cengage Learning; tercera edición; México 2011; Pág. 366-378
17. NANDA, Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2005-2006, Madrid, España.
18. NANDA, Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2009-2011, Barcelona, España.

19. Ackley J. Betty, Ladwing B. Gail; Manual de diagnosticos de enfermería, Guia para la planificación de los cuidados; 7ª edición; editorial El sevier mosby, Madrid 2007; 1316 pp.
20. Potter Perry: Fundamentos de enfermería, 5º edición, editorial Elsevier Mosby; 2005; 1750 pp.
21. B. Kozier, G. ERB: Fundamentos de enfermería, 5º edición, editorial Mc Graw-Hill Interamericana; 2002; 1395 pp.
22. Farreras y Rozman: Medicina Interna, 13º ed., Ed. Harcourt Brace, 1997, España, Vol. I, pp. 882 – 892.
23. Harrison y Cols; Principios de medicina interna; editorial Mac Graw-Hill; 15º edición; volumen 2, México D.F. 2003; 1815-1832
24. Evedaño Luis Fernando; Nefrología Clínica; editorial medico panamericana; segunda edición; México D.F 1998; Pág. 289
25. Ángel L. Martín de Francisco; Insuficiencia renal crónica; FMC: Nefrología e Hipertensión Vol. 3; 2007

ANEXOS

INSUFICIENCIA RENAL

Definición

Se define como Insuficiencia Renal (IR) la pérdida de función de los riñones, independientemente de cuál sea la causa. La IR se clasifica en aguda y crónica en función de la forma de aparición (días, semanas, meses o años) y, sobre todo, en la recuperación o no de la lesión. Mientras que la IR aguda es reversible en la mayoría de los casos y la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) presenta un curso progresivo hacia la Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT). Esta evolución varía en función de la enfermedad causante, y dentro de la misma enfermedad, de unos pacientes a otros.²²

Etiología

Las causas más comunes de ERC son la nefropatía diabética, hipertensión arterial, y glomerulonefritis. Juntas, causan aproximadamente el 75% de todos los casos en adultos. Ciertas áreas geográficas tienen una alta incidencia de nefropatía de HIV.

En la práctica clínica, la mayoría de las nefropatías progresan lentamente hacia la pérdida definitiva de la función renal. Históricamente, las

²² Farreras y Rozman: Medicina Interna, 13º ed., Ed. Harcourt Brace, 1997, España, Vol. I, pp. 882 – 892.

enfermedades del riñón han sido clasificadas según la parte de la anatomía renal que está implicada:

- Vascular, incluye enfermedades de las grandes vasos sanguíneos, como estenosis de la arteria renal bilateral, y enfermedades de los vasos sanguíneos pequeños, como nefropatía isquémica, síndrome urémico hemolítico y vasculitis
- Glomerular, abarcando a un grupo diverso y subclasificado en:
 - ❖ Enfermedad glomerular primaria, como glomeruloesclerosis focal y segmentaria y nefropatía por IgA
 - ❖ Enfermedad glomerular secundaria, como nefropatía diabética y nefritis lupus
- Tubulointersticial, incluyendo enfermedad poliquística del riñón, nefritis tubulointersticial crónica inducida por drogas o toxinas, y nefropatía de reflujo
- Obstructiva, por ejemplo con pedras del riñón bilaterales y enfermedades de la próstata.²³

Fisiopatología

Hay un desarrollo de uremia y se presenta efectos adversos en todos los sistemas del cuerpo. Mientras más productos de desechos se acumulen,

²³ Harrison y Cols; Principios de medicina interna; editorial Mac Graw-Hill; 15ª edición; volumen 2, México D.F. 2003; 1815-1832

más graves serán los síntomas; varios de estos son reversibles mediante la diálisis.

Evacuaciones renales disminuidas: se debe al número de glomérulos que funcionan, por lo cual disminuye las evacuaciones de las sustancias que normalmente son eliminadas de la sangre por los riñones.²⁴

Cuadro clínico

Inicialmente no tiene síntomas específicos y solamente puede ser detectada como un aumento en la creatinina del plasma sanguíneo. A medida que la función del riñón disminuye:

- La presión arterial está incrementada debido a la sobrecarga de líquidos y a la producción de hormonas vasoactivas que conducen a la hipertensión y a una insuficiencia cardíaca congestiva.
- La urea se acumula, conduciendo a la azoemia y en última instancia a la uremia (los síntomas van desde el letargo a la pericarditis y a la encefalopatía).
- El potasio se acumula en la sangre (lo que se conoce como hiperpotasemia), con síntomas que van desde malestar general a arritmias cardíacas fatales.
- Se disminuye la síntesis de eritropoyetina (conduciendo a la anemia y causando fatiga).

²⁴ Evedaño Luis Fernando; Nefrología Clínica; editorial medico panamericana; segunda edición; México D.F 1998; Pág. 289

- Sobrecarga de volumen de líquido, los síntomas van desde edema suave al edema agudo de pulmón peligroso para la vida.
- La hiperfosfatemia, debido a la excreción reducida de fosfato, asociada a la hipocalcemia (debido a la deficiencia de vitamina D3) y al hiperparatiroidismo, que conduce a la osteoporosis renal y a la calcificación vascular.
- La acidosis metabólica, debido a la generación disminuida de bicarbonato por el riñón, conduce a respiración incómoda y después al empeoramiento de la salud de los huesos

En las etapas iniciales de la (ERC), cuando las manifestaciones clínicas y resultados de laboratorio son mínimas o inexistentes, el diagnóstico puede ser sugerido por las manifestaciones del paciente. Los principales síntomas son: nicturia, poliuria u oliguria, edema, hipertensión arterial, debilidad, fatiga, anorexia, náuseas, vómito, insomnio, calambres, picazón, palidez cutánea, xerosis, miopatía proximal, dismenorrea y/o amenorrea, atrofia testicular, impotencia, déficit cognitivos o de atención, confusión, somnolencia, obnubilaciónn y coma. Los pacientes de ERC sufren de aterosclerosis acelerada y tienen incidencia más alta de enfermedades cardiovasculares, con un pronóstico más pobre.²¹

Diagnóstico

La presión sanguínea puede estar alta, con hipertensión que puede variar desde leve hasta severa. El examen neurológico puede mostrar poli neuropatía. Es posible que se escuchen sonidos anormales del corazón o de los pulmones a través del estetoscopio. El análisis de orina puede revelar proteína u otra anomalía. Un análisis de orina puede mostrar resultados anormales desde 6 meses hasta 10 años o más antes de que aparezcan los síntomas:

- Niveles de creatinina aumentan de manera progresiva
- El nitrógeno ureico en sangre(BUN) aumenta progresivamente
- La depuración de creatinina disminuye de manera progresiva
- El examen de potasio puede mostrar niveles elevados.
- El análisis de gases en sangre arterial y de química sanguínea pueden revelar acidosis metabólica.

Los cambios que indican insuficiencia renal crónica, incluyendo el que ambos riñones estén más pequeños de lo normal, pueden observarse en los siguientes exámenes:

- Rayos X de abdomen renales
- Tc abdominal
- Ultrasonido abdominal
- Resonancia magnética abdominal.

Tratamiento

- Control de la tensión arterial
- Restricción protéica
- Atenuar el estado anémico
- Control de hiperlipidemia
- Prevenir y corregir los trastornos hidroelectrolíticos.
- Evitar sustancias nefrotóxicas
- Trasplante renal
- Diálisis
- Hemodiálisis²⁵

²⁵ Ángel L. Martín de Francisco; Insuficiencia renal crónica; FMC: Nefrología e Hipertensión Vol. 3; 2007

VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre _____ Edad: _____ Peso: _____
Talla: _____ Fecha de nacimiento: _____ sexo: _____
Ocupación: _____ Escolaridad: _____
Fecha de admisión: _____ Hora: _____
Procedencia: _____ Fuente de información:
_____ Fiabilidad: (1-4): _____ Miembro de la
familia / persona significativa: _____

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1 NECESIDADES BÁSICAS DE OXIGENACIÓN, NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN, ELIMINACIÓN Y TERMOREGULACIÓN.

a) Oxigenación

Subjetivo:

Disnea debido a: _____ Tos productiva/seca: _____ Dolor
asociado con la Respiración _____

Fumador: _____ Desde cuándo fuma/cuántos cigarros al
día/varía la cantidad según su estado emocional:

Objetivo:

Registro de signos vitales y características:

Tos productiva _____ seca: _____ Estado de conciencia: _____ Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal: _____

Circulación del retorno venoso: _____

Otros: _____

b) Nutrición e hidratación

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): _____ Número de comidas diarias: _____ Trastornos digestivos: _____

Intolerancia alimentaria/alergias _____

Problemas de la masticación y deglución: _____

Patrón de ejercicio: _____

Objetivo:

Turgencia de la piel: _____

Membranas mucosas hidratadas _____ secas: _____

Características de uñas/cabello: _____

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: _____

Aspecto de los dientes y encías: _____

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización:

Otros: _____

c) eliminación

Subjetivo:

Hábitos intestinales: _____ características de las heces y orina _____

Menstruación: _____

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: _____

Uso de laxantes: _____ Hemorroides: _____

Dolor al defecar/menstruar/orinar: _____

Cómo influyen las emociones en sus patrones de eliminación: _____

Objetivo:

Abdomen/características: _____

Ruidos intestinales: _____

Palpación de la vejiga urinaria: _____

Otros: _____

Termoregulación

Subjetivo

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: _____

Ejercicio/tipo y frecuencia: _____

Temperatura ambiental que le es agradable: _____

Objetivo:

Características de la piel: _____

Transpiración: _____

Condiciones del entorno físico:

Otros: _____

2.- NECESIDADES BÁSICAS DE: MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA, USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS, HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

a) Moverse y mantener una buena postura

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: _____

Actividades en el tiempo libre: _____

Hábitos de descanso: _____

Hábitos de trabajo: _____

Objetivo

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza:

Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: _____

Posturas: _____

Ayuda para la deambulación: _____

Dolor con el movimiento: _____

Presencia de temblores: _____ Estado de conciencia: _____

Estado emocional: _____

Otros: _____

b) Descanso y sueño

Subjetivo:

Horario de descanso: _____ Horario de sueño: _____

Horas de descanso: _____ Horas de sueño: _____

Siestas: _____ Ayudas: _____

¿Padece insomnio? _____

A qué considera que se deba: _____

¿Se siente descansado al levantarse?: _____

Objetivo:

Estado mental: ansiedad/estrés/lenguaje:

Ojeras: _____ Atención: _____ Bostezos: _____ Concentración:

_____ Apatía: _____ Cefaleas: _____

Respuestas a estímulos: _____

Otros: _____

c) Uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivos:

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

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir?:

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría?:

¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario?:

Objetivo:

Vestirse de acuerdo a su edad: _____

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse:

Vestido incompleto: _____ Sucio: _____ Inadecuado: _____

Otros: _____

c) necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo:

Frecuencia del aseo: _____

Momento preferido para el baño: _____

Cuántas veces se lava los dientes al día: _____

Aseo de manos antes y después de comer: _____ Después de

eliminar: _____ ¿Tiene creencias personales o religiosas que

limiten sus hábitos higiénicos?: _____

Objetivo:

Aspecto general: _____

Halitosis: _____

Estado del cuero cabelludo: _____

Lesiones dérmicas, qué tipo: _____

(Anote su ubicación en el diagrama)

Otros: _____

d) Necesidad de evitar peligros

Subjetivo:

Qué miembros componen su familia de pertenencia: _____

Cómo reacciona ante una situación de urgencia: _____

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes?: _____

En el hogar: _____

En el trabajo: _____

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados?: _____

Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida:

Objetivos:

Deformidades congénitas: _____

Condiciones del ambiente del hogar: _____

Trabajo: _____

Otros: _____

3.- NECESIDADES BÁSICAS DE: COMUNICACIÓN, VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES, TRABAJAR Y REALIZARSE, JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS O DE APRENDIZAJE.

a) Necesidad de comunicarse

Subjetivo:

Estado civil: _____ Años de relación: _____ Vive

con: _____

Preocupaciones/estrés: _____ Familiares: _____

Otras personas que pueden ayudar: _____

Rol en la estructura familiar: _____

Comunica sus problemas debidos a la enfermedad/estado:

Cuánto tiempo pasa sola: _____

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: _____

Objetivo:

Habla claro: _____ Confusa: _____

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

Otros: _____

b) Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo:

Creencia religiosa: _____

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?:

Principales valores en su familia:

Principales valores personales: _____

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir?:

Objetivo

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): _____

¿Permite el contacto físico?: _____

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?:

Otros: _____

c) Necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo

¿Trabaja actualmente?: _____ Tipo de trabajo: _____
Riesgos: _____ Cuanto tiempo le dedica al trabajo:

¿Está satisfecho con su trabajo?: _____ ¿Su remuneración le
permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia?:

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

Objetivo

Estado emocional

calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/

Eufórico: _____

Otros: _____

d) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivo:

Actividades recreativas que realizan en su tiempo libre:

¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad?:

¿Existen recursos en su comunidad para la recreación?:

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa?:

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: _____

¿Rechaza las actividades recreativas?: _____

¿Su estado de ánimo es apático/aburrido/participativo?:

Otros: _____

e) Necesidad de aprendizaje

Subjetivo:

Nivel de educación: _____

Problemas de aprendizaje: _____

Limitaciones cognitivas: _____ Tipo: _____

Preferencias: leer/escribir: _____

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

¿Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo?:

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud?:

Otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: _____

Órganos de los sentidos: _____

Estado emocional/ansiedad/dolor: _____

reciente: _____

Memoria remota: _____

Otras manifestaciones: _____