



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

APLICADO A UNA PERSONA ADULTA JOVEN CON ALTERACIÓN
EN LA NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN, CON BASE
EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

Leticia Oropeza Alvarez

Nº DE CUENTA: 410136643

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



SECRETARÍA DE
ASUNTOS ESCOLARES

DIRECTORA DEL TRABAJO

M.E. María Aurora García Piña.



MÉXICO D.F. Mayo 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Quiero manifestar mi reconocimiento a Dios y todas las personas que a lo largo de la carrera han colaborado de manera concreta con diferentes aportaciones, o me han mostrado su interés y apoyo moral.

A Dios: Por todas las cosas maravillosas que me regalas día con día, por protegerme durante todo mi camino y darme las fuerzas para superar los obstáculos y dificultades que se presentaron durante esta etapa de mi vida.

A mis padres Matilde y Benito: Por haberme dado la vida y apoyarme en los inicios de mi carrera como enfermera.

A mi esposo Fredy: Por ser una persona importante en mi vida, por haberme apoyado en las buenas y en las malas pero sobre todo por tu paciencia y amor incondicional, motivo por el cuál te dedico el título profesional que obtendré.

A mis hijos Esteban, Ulises y Atziry: Por ser unas personitas mucho muy importantes de mi vida, por su apoyo, amor y comprensión que me brindaron para poder concluir con este proyecto.

A mis amigas Arisdelsy, Claudia, Francis y Minerva: les agradezco el apoyo que me han brindado siempre que lo necesite.

Leticia Oropeza Alvarez

ÍNDICE

	Pág.
I. Introducción.....	5
II. Justificación.....	8
III. Objetivos	9
IV. Metodología.....	10
V. Marco Teórico	12
5.1 Antecedentes históricos de enfermería	12
5.2 Definición de enfermería	16
5.3 Teorías y modelos de enfermería.....	16
5.4 Definición y etapas del proceso atención enfermería	19
5.5 Conceptos y definiciones de Virginia Henderson	30
5.6 Taxonomías NANDA, NOC, NIC	34
5.7 Etapa del adulto	40
VI. Desarrollo del proceso	44
6.1 Caso clínico.....	44
6.2 Valoración de necesidades	48
6.3 Conclusión diagnóstica	56
6.4 Plan de cuidados	62

VII.	Conclusiones.....	96
VIII.	Sugerencias	99
IX.	Referencias bibliográficas	101
X.	Anexos	104
	10.1 Instrumento metodológico	105
	10.2 Insuficiencia renal crónica	125

I. INTRODUCCIÓN

La insuficiencia renal crónica (IRC) resulta como consecuencia final de las enfermedades renales primarias o secundarias, cuya característica fundamental es el déficit lento, progresivo, difuso, bilateral y casi siempre irreversible de la función renal. En la actualidad la enfermedad renal crónica, ha adquirido las proporciones de una verdadera epidemia, ya que va en aumento acelerado y desenfrenado el número de personas con ésta enfermedad, según el INEGI reporta que en el 2012 la incidencia de muerte por esta enfermedad en mujeres fue de 5374, INEGI (2013).

En México como en muchos países, el número de personas con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT), requieren de tratamiento sustitutivo renal, mediante la diálisis peritoneal, hemodiálisis, así como de tratamiento farmacológico, dietético; atendido por el equipo multidisciplinario.

La Enfermería es la profesión que se encarga del cuidado de la salud de las personas y siendo parte del equipo de salud; la enfermera a través del método llamado proceso de enfermería, atiende las necesidades humanas de las personas.

El desarrollo del presente proceso de enfermería, se basa en el modelo de Virginia Henderson, quien pertenece a la escuela de las necesidades, donde el quehacer de la enfermera es dirigir las intervenciones hacia la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona favoreciendo la independencia.

Este proyecto está organizado en un primer momento con la **metodología del trabajo**, en la cual se describe como fue la elaboración de este proceso de enfermería, se mencionan técnicas, métodos y tiempos que se ocuparon para el desarrollo del mismo.

En un segundo momento se presenta el **marco teórico** donde se desarrollan los fundamentos que lo sustentan, es decir se presentan generalidades del proceso de enfermería así como los conceptos y definiciones de Virginia Henderson; así también se revisa la etapa de desarrollo del adulto.

En el **desarrollo del proceso**, se conocerá el caso clínico de una adulta joven con el diagnóstico médico de insuficiencia renal crónica, quien presenta alteración en la necesidad de nutrición e hidratación.

Dentro de ese mismo apartado, se encuentra la valoración de la persona, utilizando como guía el instrumento metodológico de las 14 necesidades básicas del modelo de Virginia Henderson (Ver anexo 1), así como las técnicas de exploración física para la recolección de datos.

Como siguiente apartado se encuentra la conclusión diagnóstica de enfermería, donde se presentan los juicios clínicos reales y de riesgo que presenta la persona por cada una de las 14 necesidades básicas.

A continuación se presenta el plan de cuidados para cada uno de los diagnósticos identificados en la persona, utilizando como apoyo la taxonomía NANDA-NOC-NIC; dicho plan abarca las etapas del proceso enfermero de diagnóstico, los resultados esperados con sus indicadores, así como la evaluación de estos, además de estar incluidas las intervenciones y acciones de enfermería que mejorarán, mantendrán o potenciarán la salud y bienestar de la persona.

En las conclusiones se exponen las razones por las cuales, es de suma importancia el proceso enfermero para la práctica de enfermería. En el apartado de sugerencias, se exponen y plantean algunas situaciones por las cuales se debe incluir seminarios de redacción y elaboración del proceso de enfermería.

En las referencias bibliográficas se encuentran los datos de los libros, procesos y páginas de internet que se consultaron para la elaboración de este proyecto.

En los anexos se encuentran el instrumento metodológico para la atención de enfermería del modelo de Virginia Henderson, así como generalidades de la insuficiencia renal crónica.

II. JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes mellitus e hipertensión arterial, han favorecido un aumento en la mortalidad de las personas por enfermedad renal crónica.

Según el INEGI en su reporte de noviembre del 2013, menciona que en México durante el 2011, 70 de cada 100 mil personas murieron por diabetes mellitus; así mismo de cada 100 egresos hospitalarios por alguna complicación de diabetes mellitus en población de 20 años y mas, 24 son de tipo renal; de esta manera las defunciones por diabetes mellitus tipo II, que se presentaron en el 2011 representaron el 62% en mujeres y el 61% en hombres, motivo por el cual se refiere como una enfermedad agresiva a la diabetes mellitus, INEGI (2013).

Tomando en cuenta que la pasante de enfermería se encuentra laborando en un hospital de tercer nivel, en la especialidad de nefrología en el área de hemodiálisis, se seleccionó a una adulta joven con alteración en la necesidad de nutrición e hidratación, ya que es una persona que requiere apoyo asistencial y educativo para que mantenga una adecuada independencia y de esta manera mejore tanto cuanto sea posible su bienestar.

El desarrollo del presente trabajo se realiza también con la finalidad de que el pasante de la licenciatura en enfermería, demuestre como aplicar el proceso de enfermería con base en el modelo conceptual de Virginia Henderson.

También se realizó este proyecto como opción para presentar examen profesional y obtener el título de Licenciado en enfermería.

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Desarrollar un proceso de Enfermería a una persona adulta joven, que presenta alteración en la necesidad de nutrición e hidratación, en el servicio de hemodiálisis del Hospital General de México, con base en el modelo de Virginia Henderson, en el 2014.

3.2 Objetivos específicos

- Realizar la valoración de las 14 necesidades.
- Estructurar los diagnósticos de enfermería que presenta la persona, utilizando la taxonomía de la NANDA.
- Elaborar y ejecutar un plan de cuidados, para favorecer la independencia de la persona, utilizando las taxonomías NOC y NIC.
- Realizar la evaluación del proceso enfermero, con base en los objetivos planteados.

IV. METODOLOGÍA

Este proyecto se inicia con la elaboración de un marco teórico, para lo cual se revisaron varias fuentes bibliográficas en un periodo de 3 semanas, conjuntamente se procedió a elegir a una persona para aplicar el proceso enfermero.

Se trata de una adulta joven con diagnóstico médico de insuficiencia renal crónica, que acude al servicio de hemodiálisis tres veces por semana a quien se solicita previa autorización, de tal manera se inició con la **valoración**, la cual se realizó en 5 sesiones de 30 a 45 minutos cada una, en un lapso de 2 semanas, ya que la paciente acude a sesión de hemodiálisis los días martes, jueves y sábado; como métodos para la obtención de datos se realiza entrevista utilizando el instrumento metodológico (Ver anexo 1); conjuntamente se realizó la exploración física a través de la inspección, palpación, percusión y auscultación, para cada una de las catorce necesidades.

La segunda etapa del proceso enfermero se realizó en una semana, posterior a la valoración de la persona; así se construyeron los **diagnósticos enfermeros**, para lo cual se utilizó la taxonomía NANDA 2009-2011, los juicios clínicos se plasmaron en la conclusión diagnóstica de este trabajo (ver página 56), donde se estableció el grado de dependencia así como la fuente de dificultad que presenta la persona en la necesidad.

El **plan de cuidados** se estructuró en un periodo de tres días con el apoyo de las taxonomías Clasificación de resultados (NOC), y Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Posterior a la construcción de los diagnósticos de enfermería, se utiliza la taxonomía NOC, ya que cada uno de estos resultados evalúan el estado real que presenta en ese momento la persona, basándose en una escala de medida de cinco puntos, a cada indicador se le coloca una puntuación

(puntuación DIANA) de cómo se encuentra la persona en ese momento y hasta donde se quiere lograr el cuidado.

Posteriormente, durante dos semanas se realizó la **ejecución** de las intervenciones de enfermería, en cada visita que la persona realizaba al hospital para su sesión de hemodiálisis, se ejecutaban las intervenciones a dos de sus necesidades o según lo planeado.

La **evaluación** de las intervenciones de enfermería se realizó conforme se ejecutaban las mismas, y este modo determinar la eficacia de la aplicación del proceso enfermero en la persona con alteración en la necesidad de nutrición e hidratación, esto se realizó colocando una medida al indicador, las cuales muestran el estado de salud de la persona.

Finalmente este trabajo se transcribe de manera simultánea, para concluir con los trámites administrativos requeridos para titulación.

V. MARCO TEORICO

En este apartado se revisará el desarrollo histórico que ha tenido la enfermería, desde los tiempos primitivos hasta la actualidad, donde se irá mostrando la esencia y evolución de esta disciplina.

Al ser la enfermería, la ciencia encargada del cuidado de la persona, familia y comunidad, García Martín (2001) menciona que es de suma importancia conocer la historia de esta disciplina, ya que de éste estudio se extraerá el significado de los cuidados, así como quien los proporcione, donde, como, el por qué y el para qué de su aplicación.

5.1 Antecedentes Históricos de enfermería

Según Donahue P. (1993) en su libro historia de la enfermería, no se puede saber a ciencia cierta los orígenes concisos de la actividad enfermera en la prehistoria, sin embargo los primeros escritos muestran información valiosa sobre las sociedades primitivas, en las cuales la crianza es esencial para mantener la vida, es por esta situación que se encuentra ligada la supervivencia con el desarrollo de la enfermería.

En la prehistoria se cree que las actividades del hombre, se encontraban basadas en la satisfacción de las necesidades y la conservación de la especie humana. En este periodo, el hombre se asoció en grupos para mantener la supervivencia, creían en dioses que los protegían, los cuidados se encontraban encaminados a la satisfacción de las necesidades de todo el grupo, donde todos y cada uno de los integrantes participaban en el cuidado de todos, fue ahí donde dio inicio el concepto de ayuda para mantener la supervivencia del grupo, el hombre aprendió a cuidarse y protegerse de las condiciones climatológicas o adversas del medio en

el que se encontraba, e iban transmitiendo ese aprendizaje a las futuras generaciones.

Según Hernández C. (1995), la división del trabajo que se dio en la prehistoria, así como la especialización del cuidado, fue lo que favoreció que a las mujeres se les atribuyera el papel de proveedoras de cuidados, las cuales ocupaban elementos del medio ambiente para proporcionar estos cuidados, por ejemplo ocupaba el agua para la limpieza, las pieles de los animales para el vestido, algunas plantas y frutos para la alimentación, los aceites para la piel, leña para mantener el fuego encendido y proporcionar una temperatura agradable para el resto del grupo.

Realizaban ritos encaminados al tratamiento de enfermedades, ya que tenían la creencia en espíritus que residían o animaban los objetos y personas, provocando alteraciones en estos, para eliminarlos del cuerpo de ese individuo realizaban rituales, conjuros, encantamientos, pócimas y cataplasmas con hierbas de la naturaleza; también proporcionaban cuidados a las mujeres embarazadas, durante el embarazo y parto, lo que dio origen al conocimiento empírico que adquirieron las parteras.

Es así como las mujeres pasan a ser las cuidadoras indispensables de los grupos sociales, ya que habían aprendido a proporcionar cuidados, y a través del tiempo se especializaron en estos para mantener la vida, asegurando la continuidad y supervivencia de la especie humana.

En la edad antigua, aproximadamente en el siglo III, los cuidados se encontraban vinculados con la creencia mágica religiosa que se habían heredado de la antigüedad, Hernández C. (1995).

Con la aparición de Hipócrates y la práctica de la medicina, da inicio la institucionalización de la práctica de enfermería, ya que los cuidados eran proporcionados por personas que auxiliaban y ayudaban a los practicantes de

medicina de esa época, quienes proporcionaban baños o seguían las indicaciones dietéticas sugeridas por los médicos hipocráticos.

Sin embargo las personas que proporcionaban cuidados, se encontraban orientados en el papel mágico religioso que predominaba en esa época. A las mujeres, se les atribuyó el papel de cuidadoras dentro de su hogar. Por otra parte los sacerdotes, quienes eran los intermediarios entre los dioses y la población, eran los encargados de realizar rituales y ceremonias, para mantener un equilibrio en la salud de las personas, ya que tenían la creencia que la enfermedad era un castigo divino proporcionado por los dioses, Hernández C. (1995).

En la edad media, con la aparición del cristianismo los enfermeros o personas encargadas del cuidado, no se les consideraba como integrantes de un oficio, más bien eran considerados personas de la caridad, que servían de medio para que la persona cuidada, consiguiera la salvación espiritual y la vida eterna, así también se encargaban de cubrir las necesidades básicas (alimentación e hidratación, vestido, acompañamiento) de los enfermos y débiles.

En esta etapa del cristianismo, las diaconisas influyeron en la organización de enfermería como tal, ya que ellas al ejercer la caridad, lo hacían en centros y lugares específicos de recepción para pobres y peregrinos, donde se proporcionaban cuidados a los enfermos, se auxiliaban a los necesitados y se educaban a los huérfanos.

Según Hernández C. (1995), el concepto de ayuda que promovía el cristianismo, fue quien permitió el desarrollo de los cuidados enfermeros en hospederías, leproserías y hospitales, con lo que se inicia la institucionalización del cuidado enfermero como se conoce en la actualidad.

En el renacimiento entre el siglo XV y XVI, los cuidados de enfermería fueron asignados a las mujeres y las criadas de la aristocracia, quienes se dedicaban a cuidar a los enfermos en las casas de estas familias. Otras figuras importantes en

esta época fueron las nodrizas, quienes se encargaban de cuidar a los niños y amamantar a los recién nacidos, esta actividad la realizaban en casas particulares o en hospitales. Así también derivado de los cambios sociales, las comadronas tuvieron que elaborar manuales donde se sistematizaba su conocimiento, en la atención de la mujer embarazada y el parto, dando como resultado la especialización de estas mujeres para la práctica comadrona en la alta burguesía del renacimiento.

En la edad moderna surge la enfermería profesional, con la aparición de Florence Nightingale en el siglo XIX, quien es la primera enfermera que al realizar observaciones del medio ambiente, ella afirmó que se requiere aire puro, agua pura, drenajes eficaces, limpieza y luz para mantener, una adecuada salubridad en las viviendas y los hospitales para disminuir la alta mortalidad que prevalecía en esa época.

Las enfermeras en el siglo XIX, proporcionaban cuidados relacionados con las enfermedades epidémicas, que se encontraban presentes en esa época, como la peste, el cólera, la gripe, la fiebre amarilla, la difteria, la fiebre tifoidea, el tétanos, etc. Para la atención de estos enfermos, se requirió de enfermeras capacitadas y especializadas en el cuidado, motivo por el cual se formaron centros de instrucción del cuidado enfermero, donde las estudiantes adquirirían conocimientos de las acciones específicas de la enfermera en el hospital y en el domicilio, la atención de los enfermos, conocimientos de fármacos así como una preparación en ética y doctrina religiosa.

Refiere Hernández C. (1995) que Florence Nightingale, al formar su escuela preparaba enfermeras hospitalarias, enfermeras visitadoras y enfermeras docentes, para continuar la transmisión de los aprendizajes sobre los cuidados. La enfermería para entonces ya era considerada plenamente como una profesión, ya que tenía conocimientos específicos y profundos sobre los cuidados, para atender eficazmente las necesidades de la persona, familia y comunidad.

En la actualidad la preparación universitaria da pauta a la enfermera para incursionar en otras áreas ligadas a la enfermería como la investigación y la docencia.

5.2 Definición de enfermería

La definición de enfermería según Virginia Henderson es:

“La función singular de enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir su independencia lo más rápidamente posible” Henderson V. (1994).

5.3 Teorías y modelos de enfermería

En este apartado, se revisará en qué consiste una teoría y modelo conceptual de enfermería, las cuales son el resultado del trabajo de grandes enfermeras. Con estos trabajos se ha desarrollado un cuerpo de conocimientos propios de la disciplina, dan un sustento a las investigaciones que se han desarrollado sobre el cuidado, proporcionan una orientación al cuidado enfermero, sirven de guía para la práctica enfermera, ya que cada una de las teorías y modelos enfermeros se especializa según su autor para proporcionar un cuidado específico.

Las teorías y modelos enfermeros surgieron del cuidado, y es de éste donde se pone en práctica e identifica su utilidad para el cuidado de la persona.

Florence Nightingale en el siglo XIX, fue la precursora de lo que hoy es un modelo conceptual, ya que tenía la convicción de que la enfermera, debería tener una función autónoma e independiente de la práctica de medicina, dicha función consistía en, “poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza

actuó sobre el” ; ella fue la primera que le dio un concepto a la salud y enfermedad en relación con la enfermería, así también definió el objetivo de los cuidados, y la praxis de la profesión, Marriner A.(2007).

Las teorías “son una serie de conceptos relacionados entre sí, que proporcionan una perspectiva organizada de los cuidados”

Continuando con la autora, las teorías de enfermería se encuentran clasificadas en: teorías filosóficas, modelos conceptuales y grandes teorías, y teorías de nivel medio.

Las teorías filosóficas son aquellas que ocupan la filosofía para analizar, razonar y darle un argumento lógico, al significado de los fenómenos de enfermería, por ejemplo la teoría del entorno de Florence Nightingale, teoría del cuidado humano de Jean Watson.

Las grandes teorías “proporcionan acción y dirección a las enfermeras” como la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem, teoría de logro de metas de Imogne King. Mientras los modelos conceptuales “son marcos teóricos que definen un paradigma que sustenta una teoría” por ejemplo el modelo conceptual del sistema conductual de Dorothy Jhonson.

Las teorías de nivel medio son aquellas que se encuentran centradas, en un punto específico de la práctica como la teoría del confort de Katherine Kolcaba, teoría del final tranquilo de la vida de Cornelia M. Ruland, teoría de la depresión posparto de Cheryl Tatano Beck, Marriner A.(2007).

Según Fernández F. (2000) un modelo conceptual enfermero, “es un conjunto de conceptos, proposiciones generales y abstractos que están integrados entre sí, de forma sistémica y que proporcionan una estructura significativa, para el ideal que representan”

Esta autora refiere que los modelos conceptuales se clasifican cronológicamente en tres corrientes filosóficas que son de categorización, de integración o totalidad hombre/entorno y de transformación o simultaneidad hombre/entorno.

En la corriente de categorización, la investigación se encuentra centrada en la obtención de datos cuantitativos; la persona se considera integralmente, haciendo hincapié en el aspecto biofisiológico, más que en los demás aspectos psicológico, espiritual, social y cultural; los fenómenos se aíslan en categorías que no guardan relación entre sí; se piensa que la enfermedad es causada por un solo origen; la salud es la ausencia de enfermedad o lesión; y la enfermera tiene que actuar por la persona.

En la corriente de integración o totalidad hombre/entorno, se pretende obtener datos cualitativos como cuantitativos; los fenómenos se clasifican en categorías y se pueden relacionar entre sí; la persona es considerada un ser biopsicosocial y espiritual; el entorno está conformado por el medio interno y el externo de la persona el cual influye positiva o negativamente en él; la enfermedad es considerada la pérdida del equilibrio; la salud es la adaptación positiva a los cambios; la enfermera actúa por la persona así como con ella.

En la corriente de transformación o simultaneidad hombre/entorno, la investigación que se realiza es cualitativa; los fenómenos son únicos ya que no hay dos iguales; la persona es holística, unitaria y se identifica por sus patrones; el entorno está compuesto por el universo; para esta corriente la enfermedad no es algo negativo más bien es una experiencia de la salud; la salud es un equilibrio que promueve el desarrollo y la actuación; la enfermera acompaña a la persona en las experiencias de salud, Fernández F. (2000).

5.4 Definición y etapas del proceso atención enfermería

Según Alfaro R. (1988) el Proceso Atención de Enfermería, es un método sistemático y organizado, que le ayuda a la enfermera a administrar, y proporcionar cuidados individualizados a la persona con necesidades de estos, con la finalidad de que se mejore el cuidado de enfermería, que es proporcionado a la persona.

Para Kozier B. (1993) el proceso atención de enfermería, tiene varios objetivos, dentro de los cuales se encuentran: el identificar las necesidades de salud reales o actuales así como potenciales de la persona, y establecer planes de cuidados para mejorar las necesidades que se han identificado como alteradas.

Así también refiere que la enfermera necesita de ciertas habilidades para que elabore el proceso atención de enfermería; debe mantener una adecuada comunicación, escucha activa, comprensión; expresar interés por el otro; debe favorecer el desarrollo de confianza; obtener datos respetando la individualidad de la persona; manejar adecuadamente los aparatos electro médicos y aplicar los protocolos establecidos; también debe contar con la capacidad para solucionar problemas, manteniendo un pensamiento crítico y establecer juicios de enfermería.

Continuando con la autora, refiere que el proceso atención de enfermería se encuentra compuesto por cinco etapas que son la valoración, el diagnóstico, la planificación, la ejecución y la evaluación.

La **valoración** es la primera etapa del proceso enfermero, y se encuentra presente durante todo el desarrollo de éste, es la fase más importante del proceso enfermero, ya que con esta se recopilan, verifican y organizan los datos que presenta la persona en todos sus aspectos (físico, social, emocional, espiritual, intelectual y de desarrollo), con lo que se determinará el estado de salud y se identificarán los problemas reales y de riesgo que puede presentar la persona.

Así mismo la autora, refiere que de la valoración de enfermería se obtienen datos objetivos, subjetivos, históricos y actuales. Donde los datos objetivos, son aquellos que se pueden observar y medir a través de los órganos de los sentidos. Los datos subjetivos son los que la persona refiere sentir y manifestar. Los históricos, son aquellos que ha presentado el paciente, en relación a su salud o enfermedad, como alergias a algún medicamento. Los datos actuales son situaciones que se encuentran presentes, que son el motivo de la consulta. En la etapa de valoración, se requiere realizar dos pasos que son, la recogida de datos y la confirmación.

Las fuentes de datos pueden ser primarias o secundarias, donde la persona o cliente es fuente primaria, y las fuentes de datos secundarias son la familia, amigos, conocidos de la persona, otros profesionales de la salud, la historia, otros registros y la bibliografía relevante o sobre el tema, Kozier B. (1993).

Los métodos para la recogida o recolección de datos son la entrevista, la observación, la consulta y la exploración. La observación es el método de recolectar información, a través de los cinco sentidos, de los cuales la vista es el que se usa con más frecuencia, donde se observan las características físicas que esta presentado la persona. La entrevista es otro método, para obtener datos e información acerca de la persona, a través de mantener un dialogo o comunicación con esta y con su familia, mediante preguntas abiertas, cerradas, neutras o dirigidas, siempre respetando los principios, valores, creencias e ideologías de la persona; es tarea de la enfermera favorecer una relación de confianza.

Siguiendo a la autora, refiere que la exploración o el examen físico, permite a la enfermera obtener datos, mediante los cuales se valora el estado de salud de la persona, se requiere de cuatro técnicas para realizarlo que son la inspección, palpación, percusión y auscultación, así como la medición de las constantes vitales.

La inspección se realiza a través de los sentidos de la vista, el olfato y el oído, detectando las características que presenta la persona, como la forma del cuerpo, coloración de la piel, el modo de respirar, sonidos que hace al respirar, etc.

Para la palpación se ocupa el tacto, es decir mediante sus manos, la enfermera puede determinar alteraciones en el cuerpo de la persona, como aumento de la temperatura y el tamaño de los órganos abdominales.

La percusión consiste en dar pequeños golpeteos sobre la superficie del cuerpo, para producir sonidos o vibraciones, mediante las cuales se puede determinar el tamaño y forma de los órganos, la presencia de aire o agua, esta técnica se ocupa principalmente para valorar el abdomen y el tórax.

La auscultación es el método de valorar los sonidos que genera el tórax y abdomen de la persona, se realiza con la ayuda de un estetoscopio.

Para la organización de la recogida de datos Kozier B. (1993) menciona que es importante que la enfermera se apoye en un instrumento o guía, que le facilite la valoración de la persona, dicha guía o instrumento debe tener presente datos biográficos de la persona como la edad, sexo, ocupación, estado civil, etc.; Antecedentes patológicos personales y familiares; los aspectos a valorar del modelo enfermero a ocupar en el proceso atención de enfermería. La finalidad de las guías es conseguir información de la persona, su salud, las respuestas que manifiesta a la enfermedad, factores socioculturales, creencias y prácticas sanitarias, las actividades que realiza la persona y para evitar omisiones en los datos.

La medición de las constantes vitales (presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura), determinan el estado de salud en que se encuentra la persona, para detectar problemas reales o potenciales en éste.

La validación o confirmación de datos se realiza con la finalidad de determinar, que los datos obtenidos sean verídicos y evitar omisiones en la atención de la

persona. Esto a través de revalorar a la persona y de realizar la comparación de los datos subjetivos con los datos objetivos.

El **diagnóstico de enfermería**, es la segunda etapa del proceso enfermero, el cual inicia al concluir la valoración. La elaboración del diagnóstico de enfermería requiere de la enfermera una función intelectual compleja, para que pueda analizar y sintetizar las respuestas de una persona ante una alteración, problema o enfermedad, ocupando el pensamiento crítico, la inducción y deducción, Koziar B. (1993).

Esta autora, menciona que en 1990 la NANDA define al diagnóstico de enfermería como: “Juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia y comunidad a los problemas actuales, o potenciales de salud/procesos de la vida. Los diagnósticos de enfermería aportan las bases para la selección de las actuaciones de enfermería, para conseguir los resultados por los que la enfermera es responsable”.

La realización del diagnóstico de enfermería requiere de tres pasos que son el procesamiento de datos; determinación del nivel de salud de la persona; y formulación del diagnóstico.

En la etapa del procesamiento de datos, posterior a la recogida de datos, se realiza una clasificación de estos, de modo que sean útiles para la elaboración del diagnóstico. Posteriormente se realizará una comparación con los estándares o valores normales de las constantes vitales, valores de laboratorio o tablas de crecimiento, esto con la finalidad de determinar, cuan alterado se encuentra el organismo de la persona. Se sigue con la agrupación de datos, donde se relacionan los hechos y el hallazgo de los patrones, esto a través de los conocimientos que ha adquirido la enfermera, dicha agrupación se puede realizar a través del método inductivo y el deductivo, Koziar B. (1993).

La determinación del nivel de salud de la persona, será posterior al procesamiento de los datos, debe ser en conjunto de la enfermera con la persona. Los problemas de salud identificados por la enfermera, deben ser aceptados por la persona para que estos se puedan solucionar, de no ser así la enfermera determinará si las necesidades de ayuda que requiere la persona están acorde al problema que se está presentando; otro punto importante de la determinación del nivel de salud de la persona, son los factores positivos de la persona, estos factores son propios de la persona, ésta conoce sus debilidades y problemas más que su energía y sus ventajas, razón por la cual se le ayudará a desarrollar una mejoría en su auto concepto y autoestima, lo que potenciará la recuperación de su salud.

En la formulación del diagnóstico, esta autora refiere, que la enfermera realiza una relación causal entre el problema de salud, y los factores asociados (ambientales, fisiológicos, sociológicos, psicológicos o espirituales), ya que un problema de salud se encuentra relacionado con uno o más de estos factores.

Los diagnósticos se elaboran con tres componentes esenciales que son: los términos que describen el problema, o la etiqueta de categoría diagnóstica; La etiología del problema, o los factores contribuyentes y las características definitorias, o los grupos de signos y síntomas.

Kozier B. (1993) la etiqueta de categoría diagnóstica es el problema de salud real o potencial que está presentando la persona, familia o comunidad. La etiología del problema o los factores relacionados, son las probables causas que están provocando la alteración, lo que da una dirección a la terapia o cuidados de enfermería requerida; dentro de la etiología se puede incluir las conductas de la persona, y los actores del entorno mental o ambos. Las características definitorias son los signos y síntomas, que se encuentran presentes en una entidad clínica o enfermedad.

Los diagnósticos enfermeros describen un problema real de salud, un problema potencial de salud y el área de enriquecimiento en el desarrollo de la persona.

El diagnóstico real describe la desviación del nivel habitual o el estado actual de salud de la persona, familia o comunidad, que se encuentra relacionado con los factores contribuyentes y además de presentar características definitorias que son los datos objetivos y subjetivos (signos y síntomas) que está manifestando la persona.

En el diagnóstico enfermero de riesgo o potencial, se describen las respuestas de la persona, que pudieran desarrollarse en un futuro próximo, este tipo de diagnósticos solo se apoyan en los factores de riesgo, y no presentan características definitorias (signos y síntomas).

El diagnóstico del área de enriquecimiento en el desarrollo de la persona, es aquel que se formula cuando la persona necesita desarrollar su autodesarrollo, su capacidad para mantener la salud, Kozier B. (1993).

Menciona la autora que la **planeación**, es la tercera etapa del proceso enfermero, en la cual se elabora un diseño de las estrategias o intervenciones necesarias, para evitar, reducir o corregir los problemas de salud que esté presentando la persona.

Dentro de la planificación, se encuentra el establecimiento de las prioridades; elaboración de los objetivos; planificar las estrategias; redactar las órdenes de enfermería; y registrar el plan de cuidado.

Establecer prioridades es el proceso mediante el cual la enfermera establecerá un orden preferencial, para aplicar las estrategias o intervenciones, es decir dará prioridad de atención a las necesidades que pongan en riesgo la vida de la persona, posteriormente se atenderán las que no pongan en riesgo la vida de ésta.

Los objetivos tienen como finalidad resolver el problema de salud de la persona, que se especifica en el diagnóstico de enfermería, así como medir la eficacia del plan empleado, Kozier B. (1993).

La elaboración del enunciado objetivo, debe basarse en el diagnóstico de enfermería, es decir deben encontrarse centrados a resolver el problema que está presentando la persona, se establecen en relación a la conducta que se desea obtener de la persona, deben ser realistas considerando las capacidades físicas, y psicológicas de la ésta, deben incluir verbos que se puedan observar y evaluar, con la finalidad de validar que se ha cumplido con lo planteado. Estos objetivos pueden reflejar mejoramiento, mantenimiento o promoción de la salud.

Siguiendo al autor, las estrategias de enfermería, son las acciones de enfermería que han sido elegidas por las enfermeras, las cuales deben encontrarse encaminadas a tratar un diagnóstico de enfermería. Es decir, las estrategias específicas de enfermería elegidas para un diagnóstico real, deben encontrarse centradas en la eliminación, o reducción de la causa del diagnóstico, en el caso de ser un diagnóstico de riesgo, las estrategias de enfermería deben estar centradas en las medidas para reducir los signos y síntomas que pudiera presentar la persona. Entonces la planificación de las estrategias de enfermería, es generar una serie de acciones de enfermería, que se encuentren encaminadas a solucionar el problema que está presentando la persona, teniendo en cuenta las consecuencias que se deriven de cada intervención.

Las prescripciones de enfermería, son las intervenciones específicas que realiza la enfermera, para ayudar a la persona a alcanzar los objetivos que se establecieron para el cuidado de su salud.

La redacción de las prescripciones de enfermería, requiere de cinco componentes que son la fecha, verbo, contenido y área, tiempos y firma. Kozier (1993). Donde la fecha es necesaria para indicar cuándo se escriben y se revisan las prescripciones de enfermería, la revisión dependerá de las necesidades de la persona. El verbo debe encabezar la prescripción, el cual debe ser preciso. En contenido y área, se refiere a donde y el qué de la prescripción. El tiempo contesta el cuándo, cuánto,

durante y cada cuanto se va a realizar la intervención. La firma es para demostrar la responsabilidad de la enfermera, que está realizando esa intervención.

El registro o redacción del plan de cuidados, es la guía que mantiene organizada la información sobre la persona, y centra las intervenciones de enfermería que se requieren, para solucionar el problema diagnosticado de la persona y alcanzar el objetivo propuesto. Las finalidades del plan de cuidados de enfermería, son proporcionar un cuidado individualizado a la persona; asegurar la continuidad del cuidado, ya que al estar escritos los cuidados se asegura una adecuada organización y comunicación de las actividades de enfermería, entre el personal que se encuentra asumiendo el cuidado del individuo, Kozier B. (1993).

Esta misma autora sugiere que el formato de los planes de cuidados, presenta variaciones en relación al lugar donde se estén aplicando, en general los planes de cuidados de enfermería, se encuentran estructurados en cuatro columnas o categorías donde la primera contiene el diagnóstico de enfermería, la segunda los objetivos, la tercera las acciones de enfermería y la cuarta los resultados o criterios de evaluación.

La **ejecución** es la cuarta etapa del proceso enfermero, y se inicia posteriormente a la elaboración del plan de cuidados, ya que en esta etapa se realizaran las actividades y estrategias de enfermería enumeradas en el plan de cuidados, las cuales ayudaran a la persona a conseguir los resultados deseados, Kozier B. (1993).

Los tipos de actividades de enfermería son dependientes, independientes y de colaboración. Las actividades independientes de enfermería, son aquellas que realiza la enfermera por iniciativa propia, derivadas de su conocimiento y capacidad como profesional de la salud. Las actividades dependientes de enfermería son aquellas que realiza la enfermera, pero requieren de la indicación o supervisión del médico. Las actividades de colaboración son aquellas que se realizan en conjunto con otros miembros del equipo multidisciplinario.

Dentro del proceso de ejecución se encuentran la actualización de la valoración de la persona; la validación del plan de cuidados; la determinación de las necesidades; la aplicación de las estrategias y la comunicación de las actividades de enfermería, Kozier B. (1993).

En la actualización de la valoración de la persona, la enfermera realiza la revaloración de las etapas de planeación, ejecución y evaluación, donde se valora específicamente las necesidades o respuestas específicas que este presentando la persona, con la finalidad de determinar la efectividad de las estrategias planificadas, es decir si son apropiadas las estrategias que se tienen contempladas en el plan de cuidados para la persona o no.

La validación del plan de cuidados, se determinar si los objetivos propuestos son los ideales para las respuestas que se encuentra presentando la persona, ya que si el estado de la persona cambia se tienen que cambiar los objetivos y por lo consiguiente las intervenciones de enfermería.

La determinación de las necesidades de apoyo, en este punto la enfermera determina si necesita apoyo para poner en práctica las estrategias planificadas, por ejemplo ayuda de alguna persona para movilizar a una persona o si está completamente segura de que tiene el conocimiento, para llevar a cabo esas intervenciones, que de no ser así, necesitara el apoyo o asesoría de otra enfermera que si conozca cómo llevar a cabo la intervención.

La ejecución de las estrategias de enfermería, en esta etapa de la ejecución se lleva a cabo las intervenciones para cumplir los objetivos propuestos. Donde las intervenciones pueden ser de educación o promoción; de mantenimiento; de recuperación y de cuidado durante la muerte. Al ejecutar las estrategias planeadas es importante tomar en cuenta el respeto a la individualidad de la persona, la necesidad de ésta a participar de su cuidado, prevenir complicaciones, mantener las defensas naturales de la persona, mantener y proporcionar un ambiente

seguro y confortable para ésta, desarrollar las actividades y cuidados exactamente.

Kozier B. (1993) menciona que la comunicación de las actividades de enfermería se puede realizar de forma verbal o escrita, posterior a la realización de estas. La forma escrita es a través de las anotaciones que realiza la enfermera en las hojas de enfermería, el cual es un documento legal, que se encuentra presente en las instituciones de salud que brindan atención al enfermo. Las anotaciones de enfermería sirven para mantener informado a otros profesionales de la salud, sobre lo que la enfermera ha encontrado en el paciente, los cuidados que se le han proporcionado, así como el modo de responder de la persona a las intervenciones de la enfermera, además sirven para evaluar la atención que presta la enfermera y aumentar la calidad de los cuidados, también sirve de apoyo legal a las actuaciones de la enfermera.

La autora señala que la etapa de **evaluación**, sirve para juzgar en qué grado se han logrado los objetivos propuestos, ya que los resultados obtenidos determinan si la intervención realizada tiene que terminarse, revisarse o cambiarse.

La evaluación como toda etapa del proceso enfermero requiere de seis puntos que son: identificar los criterios de resultado; recoger datos en relación con los criterios; comparar los datos con los criterios identificados; relacionar las actividades de enfermería con los resultados de la persona; analizar el plan de cuidados; modificación del plan de cuidados.

Los criterios de resultado son los estándares de medida, con los cuales la enfermera determinará el grado de alcance de los objetivos, las características de los criterios de resultado son que deben ser bien definidos, precisos y mensurables, ya que esto permite a la enfermera recoger datos en y durante el proceso de cuidado.

La recogida de datos objetivos y subjetivos, debe estar orientada con los criterios de resultado, para que pueda ser posible determinar el grado en que se han cumplido los objetivos. Los cuales se deben recoger por la observación, comunicación directa con la persona, y de los registros de otros profesionales de la salud. Para interpretar los datos objetivos, se hace una comparación entre los datos iniciales que presento la persona con los datos posteriores que presenta la persona a la intervención; para la interpretación de los datos subjetivos se tiene que tomar en cuenta el estado en que se encuentra la persona, es decir cuestionándole a esta cuanto ha mejorado su estado o disminuido su malestar.

La cuantificación del logro de los objetivos, sirve para determinar si se logró alcanzar los objetivos propuestos, en esta etapa de la evaluación se hace una comparación entre los datos recogidos con los criterios establecidos, donde hay tres probables resultados que son: se ha cubierto en su totalidad el objetivo; el objetivo se cumplió parcialmente; no ha sido posible cubrir el objetivo, Kozier B. (1993).

Relación de las actividades de enfermería con los resultados de la persona, en ésta etapa la enfermera determina, si las intervenciones que realizo con la persona tienen alguna relación con los resultados obtenidos, ya que algunas otras situaciones pudieron interactuar para lograr el resultado y no solo fue la intervención de la enfermera.

Revisión del plan de cuidados de la persona, ésta etapa de la evaluación consiste en hacer una revisión de todo el proceso enfermero en la cual se determinará, el logro de los objetivos (se cubrió el objetivo o no se cubrió el objetivo); la revisión de la base de datos determinará si se encuentra completa, y correcta para no afectar a todo el proceso de enfermería; la revisión de los diagnósticos establecidos, es para verificar que en éste se encuentran los datos que está presentando la persona, en caso de que la base de datos este incorrecta, los diagnósticos tendrán que replantearse; los objetivos establecidos se deben

revisar, para estar seguros que corresponden con el diagnóstico, ya que los objetivos deben ser realistas y alcanzables; la revisión de las estrategias de enfermería es para verificar que éstas se encuentren relacionadas y adecuadas para cumplir con los objetivos.

Kozier B. (1993) refiere que el último punto de la evaluación, es la modificación del plan de cuidados, lo cual se hará cuando se compruebe que es necesario hacerlo para lograr los objetivos de cuidado.

5.5 Conceptos y definiciones de Virginia Henderson

Virginia Henderson, es reconocida por ser una de las primeras enfermeras que explicó que es la enfermería, así como cuál es su campo donde ésta desarrolla sus actividades, y en qué momento la enfermera presta sus servicios profesionales a las personas.

Según Fernández F. (2000) el modelo conceptual de Virginia Henderson, se encuentra influenciado por la corriente de pensamiento de la integración, que pertenece a la escuela de las necesidades. Las teorizadoras de dicha escuela, para conceptualizar a la persona se basan en las teorías de las necesidades, y del desarrollo humano de A. Maslow, E.H. Erikson y J. Piaget.

Virginia Henderson, conceptúa a la persona como un ser integral biológico, psicológico, sociocultural y espiritual, los cuales interactúan entre sí, para desarrollar al máximo su potencial.

Refiere que el entorno provoca una influencia positiva o negativa sobre la persona, recomendando que éste se deba modificar por la enfermera, para que se promueva la salud de la persona.

La enfermería para ella, es el servicio de ayuda que prestan las enfermeras a las personas sanas o enfermas, para que éstas satisfagan sus necesidades básicas,

actividades que la persona realizaría por sí mismo y sin ayuda, si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, dichas actividades se deben hacer de tal manera que la persona, pueda lograr su independencia.

La salud para Virginia Henderson, es la satisfacción adecuada de las 14 necesidades básicas, esto mediante las acciones de la propia persona o mediante las acciones realizadas por otras personas.

Los supuestos principales o postulados de esta teórica son: primero cada individuo es un todo, el cual tiene 14 necesidades básicas; segundo cada individuo requiere de independencia y se esfuerza por conseguirla y tercero el individuo pierde su integridad e independencia, cuando no puede satisfacer adecuadamente una necesidad.

Fernández F. (2000) describe tres asunciones filosóficas o valores de esta teoría: como primera dice, la función de enfermería es propia, aunque comparta actividades con otros profesionales de la salud; segunda la enfermera que asume el papel de médico, abandona su función propia y tercera la sociedad espera de la enfermera un servicio propio que ningún otro profesional de la salud puede proporcionarle.

Los elementos fundamentales del modelo conceptual de Virginia Henderson son: El objetivo de los cuidados, se encuentra centrado en ayudar a la persona en la satisfacción de las necesidades; el usuario del servicio es la persona, que se encuentra presentando un déficit real o potencial en la satisfacción de sus necesidades; el rol profesional consiste en suplir la autonomía de la persona cuando ésta no pueda hacerlo, es decir hacer por la persona, otro rol es ayudar a la persona a que logre su independencia, es decir hacer con la persona, para que desarrolle su fuerza, conocimientos y voluntad utilizando adecuadamente sus recursos internos y externos.

La fuente de dificultad son la fuerza, la voluntad y el conocimiento, donde el conocimiento se refiere a las actividades que la persona tendrá que saber para manejar su salud, es decir la persona sabrá que hacer y cómo hacerlo. La fuerza puede ser física o psíquica, la falta de fuerza física es considerada cuando la persona carece de fuerza muscular o psicomotriz para realizar las actividades; la falta de fuerza psíquica, es considerada en aquellas situaciones, donde la persona a pesar de conocer y saber cómo realizar las actividades, ignora los beneficios que le traerían a su salud realizar dichas actividades. La voluntad es el compromiso de la persona para que satisfaga sus necesidades a través de las actividades que realice, es decir querer hacer las actividades para mantener, mejorar o potenciar la salud, Fernández F. (2000).

La intervención de la enfermera está encaminada en este modelo al centro de la intervención (que son las áreas de dependencia de la persona) y los modos de intervención (que son como intervendrá para aumentar, completar, reforzar o sustituir).

Continuando con la autora menciona que las 14 necesidades básicas, a las que hace referencia Virginia Henderson, se encuentran relacionadas con la fisiología, con la seguridad, con la autoestima, con la pertenencia, y la autorrealización.

Las necesidades fisiológicas son: respirar normalmente; comer y beber adecuadamente; eliminar por todas las vías corporales; moverse y mantener posturas; dormir y descansar; elegir las ropas adecuadas, vestirse y desvestirse; mantener la temperatura corporal.

Las necesidades de seguridad son mantener la higiene corporal y la integridad de la piel; evitar los peligros del entorno.

La necesidad de autoestima es comunicarse con los demás.

La necesidad de pertenencia es la de actuar de acuerdo con la propia fe.

Las necesidades de autorrealización son de actuar llevando a cabo acciones que tengan un sentido de autorrealización, participación en actividades recreativas, aprender a descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que se pueda alcanzar el desarrollo normal y la salud.

Virginia Henderson conceptúa a las necesidades básicas, como requisitos fundamentales indispensables para mantener la integridad de la persona. Para ella los cuidados básicos, son los cuidados proporcionados por el profesional de enfermería, con el objetivo de satisfacer las necesidades básicas de la persona, dichos cuidados pueden ser de suplir la autonomía de la persona, ayudando a que desarrolle la fuerza, los conocimientos o la voluntad para que este lo haga por sí mismo. La independencia, la define como el desarrollo adecuado del potencial de la persona para satisfacer sus necesidades básicas. La dependencia, es la incapacidad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas. La autonomía, es la capacidad de la persona ya sea física o psicológica para satisfacer sus necesidades básicas.

El agente de autonomía asistida, es la persona que asiste al usuario cuando éste carece de autonomía. Las manifestaciones de independencia, son los indicadores de conductas que manifiesta la persona para satisfacer sus necesidades. Los datos de dependencia son los indicadores que manifiesta la persona cuando es incapaz de cubrir por sí mismo las necesidades básicas. Los datos que deben considerarse son todos aquellos datos que deben considerarse al realizar el plan de cuidados, Fernández F. (2000).

5.6 Taxonomías NANDA, NOC, NIC

En la actualidad, el ejercicio profesional de enfermería se encuentra encaminado a la elaboración de planes de cuidados basados en las taxonomías NANDA (Diagnósticos de enfermería), NOC (resultados esperados), NIC (intervenciones de enfermería). Las cuales son nomenclaturas estandarizadas que permiten mantener un lenguaje único y propio de la práctica enfermera.

En las taxonomías NANDA, NOC, NIC se han etiquetado y categorizado los fenómenos enfermeros, permitiendo de este modo la unificación de los diagnósticos enfermeros, de los resultados esperados y de las intervenciones de enfermería, para la elaboración de los planes de cuidados son complementarias una de las otras.

Diagnósticos Enfermeros NANDA

En la segunda etapa del proceso enfermero se analizan y sintetizan los datos obtenidos de la valoración, donde se identifican los problemas de salud de la persona y se formulan los diagnósticos enfermeros. Los diagnósticos son la guía de los cuidados enfermeros para lograr cambios positivos en las conductas de salud de la persona.

Según Heater H (2010). Para la elaboración de los diagnósticos de enfermería, la enfermera requiere desarrollar habilidades y características tanto profesionales como personales. Dentro de las habilidades intelectuales se incluye el conocimiento de los diagnósticos, definiciones y características definitorias que comúnmente se encuentran en la población donde se trabaja, en este rubro también se incluye la habilidad para pensar donde se ocupa la capacidad para el análisis, el razonamiento lógico son necesarios para la precisión diagnóstica de enfermería.

Otros puntos importantes con los que debe contar la enfermera son las habilidades de comunicación interpersonal y técnica, ya que estas habilidades permiten que los pacientes confíen en la enfermera, y puedan externarle sus respuestas a los problemas de salud que está presentando así como de sus procesos vitales. Dentro de las competencias técnicas, la enfermera debe saber llevar a cabo una adecuada valoración, para que los diagnósticos se encuentren fundamentados en datos objetivos y subjetivos válidos y fiables.

Continuando con el autor, la valoración de enfermería y recogida de datos enfermeros, proporcionan los factores relacionados y las características definitorias para la formulación de los diagnósticos enfermeros. Las características definitorias sirven como claves que se agrupan como manifestaciones de una enfermedad o estado de bienestar. Los factores relacionados proporcionan el contexto para las características definitorias o signos y síntomas, es decir los factores relacionados pueden describirse como antecedentes de, asociados con, contribuyentes a.

La selección de la etiqueta diagnóstica se realiza a través de determinar que la etiqueta diagnóstica debería transmitir una combinación de las características definitorias y los factores relacionados, así como el diagnóstico seleccionado es el término junto con las características definitorias y los factores relacionados deben encajar con los datos obtenidos de la valoración.

Cuando un diagnóstico enfermero es adecuado y válido, por sí mismo determina el resultado sensible a la actuación enfermera, ya que los resultados guían la selección de las intervenciones que pretenden producir un efecto terapéutico deseado, Heater H. (2010).

Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)

La NOC está compuesta por una lista de conceptos, definiciones y medidas estandarizadas, que describen los resultados de la persona que ha sido influenciada por las intervenciones enfermeras, Moorhead S. (2009).

La clasificación de resultados de enfermería es usada para evaluar la efectividad de los cuidados enfermeros, así como para documentar los cambios favorables o desfavorables en el estado de salud de la persona posterior a las intervenciones de enfermería.

Siguiendo al autor menciona que cada resultado de la NOC representa un concepto variable que refleja el estado de la persona (hidratación, eliminación, nutrición, movilidad, etc.), así como del cuidador, la familia o la comunidad. Cada uno de estos cuenta con una definición, una escala de medida, una lista de indicaciones que se encuentran asociados para el concepto.

En cada uno de los indicadores de los resultados, se usa una escala de medición tipo Likert de cinco puntos, donde cada punto proporciona una opción numérica para demostrar la variabilidad en el estado, conducta o percepción descrita por el resultado.

La puntuación diana se puede utilizar para fijar un objetivo para el estado o conducta pos intervención de la persona, también se puede usar para resultados neutros donde no se especifica el estado deseado, lo cual mantiene la variabilidad del resultado y permite medir la situación de la persona en cualquier momento determinado, Moorhead S. (2009).

La escala de medición de cinco puntos varea según el resultado, ya que puede ser desde gravemente comprometido (1), hasta no comprometido (5); inadecuado (1) hasta completamente adecuado (5); Grave (1) hasta ninguno (5), donde 5 es siempre la mejor puntuación posible y 1 es la peor puntuación posible. Existiendo

también la opción de puntuar un indicador como no aplicable a la persona al elegirse la columna NA.

La medición del resultado antes y después de la intervención permite a la enfermera observar y medir los cambios en el estado de la persona, así como para el mantenimiento de los estados de los resultados a través del tiempo y en los diferentes entornos, es decir si se realiza una puntuación 3 antes de la intervención y una puntuación 5 después de la intervención, se tuvo un cambio positivo de 2, y es negativa cuando disminuye la puntuación del resultado; también puede ser de puntuación no variante cuando no hay cambio en el resultado o cuando no se espera una mejoría de la persona, más bien que se mantenga su estado actual a través de proporcionar las intervenciones para ello, Moorhead S. (2009).

Es de suma importancia que los resultados se midan verídicamente para examinar la efectividad de las intervenciones enfermeras, ya que la ausencia de cambio en la puntuación de los resultados posterior a la intervención, sugiere e indica que es necesario cambiar la forma de abordar el problema.

La valoración de enfermería como primera etapa del proceso enfermero, permite a la enfermera realizar el primer juicio enfermero donde se identifican y estipulan los problemas de salud que está presentando la persona, los diagnósticos de enfermería, los recursos, características y preferencias de la persona así como las capacidades de éste para el tratamiento, situaciones que serán determinantes para la elección del resultado.

Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)

La NIC incluye las intervenciones que son realizadas por los profesionales de enfermería a las personas con necesidades de cuidados, las cuales pueden ser independientes como de colaboración, y los cuidados directos como indirectos.

Una intervención se define como “cualquier tratamiento basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional de la enfermería para mejorar los resultados del paciente” McCloskey (2004).

Las intervenciones NIC incluyen la esfera biológica y la psicológica de la persona. Estas intervenciones se han incluido para la prevención y el tratamiento de enfermedades, así como para el fomento de la salud, estas se pueden utilizar en personas, familias o comunidades.

Cada intervención incluida en la NIC cuenta con una denominación, una definición, una serie de actividades necesarias para poder llevar a cabo la intervención. Las actividades se encuentran enlistadas en orden lógico, es decir primero se encuentran las actividades que tiene que realizar el profesional de enfermería y finaliza por lo que se debería hacerse al último para ejecutar la intervención, de estas actividades el profesional de enfermería elige las apropiadas para la persona o familia que se esté interviniendo.

Menciona el autor que aunque las actividades son relevantes para la enseñanza de una intervención, no son la esencia de la NIC, siendo las etiquetas y las definiciones de cada una de las intervenciones el punto clave de la NIC. El nombre de cada intervención proporciona un resumen para actividades concretas, así como para identificar y comunicar el trabajo que ha desarrollado la enfermera.

El uso de la NIC para documentar la práctica profesional, conlleva a la determinación del impacto que tienen los cuidados de enfermería sobre los resultados de la persona.

Para elegir una intervención tienen que tomarse en cuenta seis factores que son: resultados deseados en el paciente, características del diagnóstico de enfermería, base de investigación de la intervención, factibilidad de la ejecución, aceptación por el paciente y la capacidad de profesional.

Los resultados deseados en el paciente, son las conductas y respuestas que presenta la persona posterior a una intervención de enfermería, dichos resultados deben dirigirse a la mejoría de la salud y al tratamiento de los problemas que está presentando la persona, dichos resultados se pueden especificar mediante el uso de la NOC, McCloskey J. (2004).

Para el factor características del diagnóstico de enfermería, se deberá tomar en cuenta que todas las intervenciones deben encontrarse dirigidas a actuar sobre los factores etiológicos que se encuentran asociados al diagnóstico de enfermería. En el caso de que la intervención sea exitosa, tendrá que haber una modificación de la etiología y de este modo se puede esperar que el estado del paciente o persona mejore. En el caso de que se trate de un diagnóstico de riesgo, las intervenciones se encontrarán encaminadas a modificar o eliminar los factores de riesgo de este.

El factor base de investigación de la intervención, se refiere a que todas las intervenciones han sido investigadas, lo que determinara la efectividad al ser usada con algún cierto tipo de persona.

La factibilidad de la realización de la intervención se refiere a la disponibilidad para realizar la intervención y como esta interactúa con otras intervenciones.

Continuando con el autor, toda intervención debe tener la aceptación por el paciente y su familia, ya que estos son partícipes del éxito o fracaso de la intervención, porque frecuentemente el profesional de enfermería recomienda opciones de intervenciones para ayudar a conseguir un resultado particular y favorable para la persona.

5.6 Etapa del adulto

Un individuo es considerado adulto, cuando tiene entre 20 y 59 años de edad, es decir al terminar la adolescencia y antes de iniciar la vejez. Por ser una etapa de larga duración se divide en etapa del adulto joven (20 a 40 años) y etapa del adulto maduro (41 a 59 años). El inicio de la etapa del adulto joven va a depender de los aspectos familiares, socioculturales y ambientales en los que se desarrolle el individuo, SUAYED UNAM-ENEO (2004).

En la edad adulta, el desarrollo físico de la persona ha alcanzado su máximo nivel, tiene un mayor desenvolvimiento social y emocional, expresa un sentido de autorrealización y confianza en sí mismo, tiene capacidad para tomar decisiones, acepta responsabilidades, hay emancipación de los cuidados paternos es decir se independiza de los padres sin romper relación con ellos, termina alguna profesión y se establece en algún empleo, presenta tolerancia para la frustración, satisfacción e intereses, encuentra su lugar en la comunidad.

El autor menciona que en la etapa adulta, el individuo ha llegado a la madurez en cuanto al crecimiento físico, los huesos han dejado de crecer así como la masa muscular, la grasa se deposita en los tejidos blandos, en los hombros en los varones y en la cadera en las mujeres. La talla es la que mantendrán durante una parte de esta etapa, al igual que el peso. Se han desarrollado adecuadamente la visión y la audición, la persona tiene un alto rendimiento físico y en el trabajo.

Conforme van pasando los años, el adulto debe consumir una dieta balanceada, baja en grasas, condimentos y harinas, ya que después de los 30 años su metabolismo y actividad física van disminuyendo.

La edad adulta suele ser un periodo, donde la persona se prepare profesionalmente o se capacite para el trabajo, contará con más probabilidades de éxito, cuando haya recibido apoyo de sus padres, y se haya esforzado durante la etapa escolar y en la adolescencia.

Al concluir el largo periodo de estudios, el adulto se enfrenta a una vida laboral ardua, donde no solo se inicia a relacionarse con más personas, sino también está escogiendo un rol, dentro de la sociedad a la que pertenece.

Así mismo el autor, menciona que el adulto al ser una persona que cree en sí mismo, y en su capacidad que posee le hace pensar en la necesidad de trabajar y desempeñarse en un empleo, motivo por el cual recibe con agrado las actividades y responsabilidades que se deriven de él. Obtiene satisfacción al realizar bien las actividades, que le han sido impuestas, además de saber que esperan las otras personas de él, sabe enfrentar problemas por muy difíciles que parezcan, si es que se encuentran dentro de su área laboral, demuestra iniciativa e interés en su trabajo por lo cual su adaptación a éste es adecuada.

Para el adulto, el trabajo es una medida de subsistir, además de proporcionarle más independencia, ser un elemento activo dentro de la sociedad, además de ser capaz de manejar su propia economía con el ingreso económico derivado de su trabajo. El trabajo también le proporciona seguridad al adulto, ya que algunos trabajos cuentan con seguridad social y un sistema de pensión. SUAYED UNAM-ENEO (2004).

La recreación es algo indispensable como el comer y dormir, los adultos requieren del juego tanto como los niños, ya que el juego puede prevenir el sentimiento de cansancio y frustración en el trabajo. También es necesario tomar vacaciones mínimo una vez por año y realizar algunas actividades físicas y deportivas, hacer reuniones sociales, pertenecer a grupos de intereses comunes para distraerse por un momento de sus responsabilidades que le proporciona un cansancio físico y mental.

Es indispensable para todo individuo sentir aprobación o palabras de estímulo, cuando son expresadas sinceramente, ya que estos estímulos proporcionan a la persona confianza en sí mismo, así como un sentimiento de continuar creciendo más desde lo personal, social y profesional.

Continuando con el autor, menciona que el adulto joven pasa por dos etapas que son la soltería y la adultez. Donde la soltería es el lapso, en el cual la persona sea hombre o mujer empieza a ser adulto, en esta etapa se adquiere un bagaje cultural para su plena autonomía personal, tomando sus propias decisiones y haciéndose responsables de ellas, se inicia una independencia económica y tiene mayor capacidad de convivencia con otros, el adulto joven actúa, piensa y reacciona de forma menos egoísta e impulsiva, ya que no solo se preocupa por su propio bienestar y felicidad, sino también en la de los demás que se encuentren vinculados con él.

En el noviazgo, es un compromiso previo al matrimonio entre dos personas, que se sienten interesados y atraídos física y emocionalmente. En este proceso se da una exploración de la personalidad de un hombre y una mujer, para tener la oportunidad de conocerse mutuamente, para el intento de formar una pareja que pueda convivir, y comprenderse. Durante el noviazgo, la pareja reflexiona y busca conocer del otro sus intereses, ideales, criterios y aficiones, para saber si sus caracteres son compatibles o no.

El matrimonio es la unión de un hombre y una mujer, es una determinada forma de vida humana, que constituye la unidad funcional de la sociedad. Las bases del matrimonio residen en la naturaleza, en el consentimiento de realizar una vida comunitaria, compartiendo obligaciones, responsabilidades económicas, sociales y afectivas. Donde ninguno es más que el otro, ya que ambos tienen los mismos derechos y deberes, aunque no las mismas funciones por la diferencia estructural, biológica que condiciona física y psicológicamente a cada uno de los cónyuges a cumplir un compromiso personal y social, para contribuir a la formación de una sociedad sana y equilibrada.

SUAYED UNAM-ENEO (2004), refiere que antes de concebir a un hijo, la pareja tiene que preocuparse, por engendrarlo a partir de un estado de salud satisfactorio y después del nacimiento mantener un control para que el hijo que acaba de nacer

crezca saludable. Posterior a la concepción del nuevo ser, los padres deben velar por una nutrición, higiene y atenciones apropiadas, ya que el logro de la salud mental en el niño se concibe en el seno de la vida familiar.

VI. DESARROLLO DEL PROCESO

6.1 Caso Clínico

Nombre: F.M.L. Edad: 39 años. Sexo: Femenino. Escolaridad: Secundaria.

Fecha de nacimiento: 22 Junio 1974. Ocupación: Hogar. Talla: 165 cm.

Servicio: Hemodiálisis Religión: Católica. Estado civil: Divorciada. Peso: 66 Kg.

Talla: 165 centímetros. Familiar responsable: (H.J.L.) Cuñada

Dentro de los antecedentes personales y de salud de la señora F.M.L. se encuentra que es originaria y residente del estado de México, vive en casa propia, cuenta con todos los servicios públicos, vive con su hija de 18 años, su hermana y cuñado; se dedica a las labores domésticas principalmente a la preparación de los alimentos.

Inicia su padecimiento hace 8 años, cuando presenta un cuadro de bronquitis así como hipertensión arterial (180/110 mm/Hg), al acudir al médico le indica toma de estudios de laboratorio, es canalizada a un tercer nivel de atención, es ingresada al Hospital General de México, donde diagnostican insuficiencia renal crónica e inician tratamiento sustitutivo de la función renal (diálisis peritoneal intermitente), así como transfusión de concentrados eritrocitarios por presencia de anemia. En un lapso de tres años que se mantuvo con diálisis peritoneal, presentó peritonitis en 2 ocasiones lo que le provocó congelamiento de la cavidad, motivo por el cual es ingresada al programa de hemodiálisis con tres sesiones por semana.

A la valoración la señora F.M.L. se encuentra principalmente con alteración en la necesidad de nutrición e hidratación, ya que presenta datos físicos de desnutrición

(cabello seco y quebradizo), así como una albumina sérica de 3 g/dl, así mismo mantiene un exceso en el volumen de líquidos por una alta ingesta de estos, mantiene un deterioro en la dentición por falta de conocimientos sobre la salud bucal.

La señora F.M.L. muestra esfuerzo respiratorio al caminar, además de referir disnea, la cual mejora con la administración de oxígeno por puntas nasales, también presenta palidez de piel y tegumentos, los exámenes de laboratorio muestran una hemoglobina sérica de 7.7 g/dl, hematocrito de 19.9%, así como una presión arterial sistémica de 180/100 mm/Hg.

También presenta irregularidad para las deposiciones, condicionado con el consumo de carbonato de calcio y la falta de actividad física regular; aunque dentro del hogar se encuentra activa, ya que se encarga de realizar las compras y la preparación de los alimentos, camina erguida y sin apoyo.

Refiere dormir cuatro horas diarias además de levantarse muy temprano, presenta ojeras y al encontrarse en su sesión de hemodiálisis se duerme llegando a un sueño profundo que es difícil de despertar. Se puede vestir sola así como seleccionar su ropa que usará durante el día, menciona que prefiere la ropa cómoda como los pants, cuando sale de su casa usa ropa formal.

Se observa una adecuada higiene corporal con aspecto limpio sin despedir malos olores, su piel es seca; en brazo derecho tiene una fistula arterio-venosa para su sesión de hemodiálisis, la cual cuenta con múltiples aneurisma.

Refiere tener conocimientos sobre la prevención de accidentes dentro del hogar y la vía pública, así como en caso de sismo e incendios, solo que la falta de economía familiar le impide cumplir en su totalidad con el tratamiento indicado para su enfermedad, ya que no le alcanza para realizarse los estudios de laboratorio mensuales, así como para comprar sus medicamentos, lo que le provoca una ineficacia en el mantenimiento de su salud y por consiguiente

ansiedad e inquietud. Al inicio de su padecimiento presento en varias ocasiones caídas de su propia altura, ya que presentaba mareos frecuentemente.

Es capaz de mantener un diálogo con otros, muestra interés en el tema de conversación así como mantener un contacto visual, no se reprime y expresa claramente sus ideas y sentimientos.

La señora F.M.L. es creyente de la religión católica, “comenta su creencia en Dios y la Virgen acerca de que le han ayudado a superar las pérdidas de su salud”, y de su madre, así como para los problemas que se le han presentado.

Refiere no contar con un empleo por que la mayor parte del día se encuentra cansada, además que su tratamiento le absorbe más de medio día, motivo que le causa conflicto con el rol que está desempeñando, ya que ella quisiera trabajar para solventar los gastos que le genera su enfermedad y no molestar a su hermana y cuñado, quienes llevan el gasto de sus hemodiálisis.

Participa en las actividades de recreación familiar, como el asistir al cine, al zoológico y el centro de la ciudad de México, ya que refiere que esto le sirve para relajarse y distraerse. Refiere solo haber cursado la secundaria, así como interesarse en aprender a resolver y llevar un control de su enfermedad.

De manera general en el plan de cuidados a la señora F.M.L. se le enfatizó sobre la importancia en el apego al régimen terapéutico medicamentoso y dietético; la dieta diaria debe contener un alimento de origen animal como la carne roja, pollo, pescado, lácteos o huevo; la ingesta de líquidos en 24 horas se encuentran restringidos a 500 mililitros, debe tomar en cuenta el agua que contienen los alimentos que va a ingerir, es decir debe hacer un cálculo donde a cada alimento le proporcione un aproximado de líquido, lo cual debe restar de los 500 mililitros que tiene permitido.

Se le recordó e insistió en cada sesión de hemodiálisis sobre los cuidados que debe tener en su domicilio, ya que de estos depende que ella mantenga una adecuada calidad de vida.

Otros cuidados específicos son aquellos que se deben mantener para el brazo donde se encuentra la fístula arterio-venosa, se debe evitar hacer fuerza y cargar cosas pesadas, no se le debe puncionar ninguna vena de ese brazo por personas no capacitadas, no tomarse la presión arterial, evitar golpes y lesiones, en caso de sangrado colocar una gasa y hacer presión directa, así como acudir inmediatamente al hospital.

También debe mantener un monitoreo de su presión arterial, es decir tomarse la presión arterial mínimo dos veces por día, registrarla en una hoja con fecha y hora en que se realizó la toma, (hoja que tiene que enseñarse al médico para que este realice un ajuste a los antihipertensivos)

6.2 Valoración de Necesidades

En la necesidad básica de **oxigenación** la señora F.M.L. refiere que en épocas de lluvia y frío, presenta falta de aire y tos con flema blanquecina, sin dolor ni ruidos asociados a la respiración, ya que hace 8 años presento un cuadro de bronquitis, que remitió con uso del inhalador, menciona “no recuerdo cual fue el medicamento”. Se refiere como una persona no fumadora, se observa con esfuerzo respiratorio al caminar, palidez de piel, tegumentos y lechos ungueales, a la auscultación se encuentran campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire, sin ruidos agregados, satura por oximetría capilar al 93%. Se encuentra con signos vitales de 180/100 mm/Hg de tensión arterial, frecuencia cardíaca de 105 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto en reposo, temperatura de 36 °C, llenado capilar distal 3-4 segundos, Hemoglobina 7.7 g/dL, Hematocrito 19.9%, frecuencia respiratoria de 24 respiraciones por minuto al realizar pequeños esfuerzos como el caminar y cambiarse de ropa, con uso de músculos accesorios.

Necesidad de **nutrición e hidratación** la señora F.M.L. menciona que realiza tres comidas al día, mantiene una dieta que incluye pollo diario, verduras de 4 a 5 veces por semana, tortilla y pan diario, carne roja y huevo 1 vez por semana. No refiere alergias e intolerancias alimentarias, niega problemas para la masticación o la deglución, comenta que el único ejercicio que hace es el de subir y bajar las escaleras de su casa, a la exploración física se observa cabello bien implantado, seco y quebradizo, cuero cabelludo limpio y sin lesiones, piel pálida y seca con adecuada turgencia, mucosas orales hidratadas con presenta halitosis urémica, dientes amarillentos con falta de algunas piezas dentarias (muelas) en maxilar superior del lado derecho e inferior del lado izquierdo, con pequeñas caries en el resto de las muelas, uñas de manos cortas, gruesas y sin brillo, miembros inferiores con edema de ++, presenta adecuado funcionamiento neuromuscular y esquelético con fuerza 5 de 5. En varias ocasiones antes de su ingreso a la sala de hemodiálisis, se observó a la señora

F.M.L. ingerir líquidos (refresco de cola) a pesar que su régimen terapéutico restringe estos. En los registros clínicos de hemodiálisis, se observa que la paciente aumenta de 3 a 4 kilogramos de peso en 2 días (entre sesión y sesión de hemodiálisis), situación que corrobora la trasgresión de líquidos. Laboratorio con albúmina sérica de 3 g/dL, creatina sérica 10.3 mg/dL.

La señora F.M.L en la necesidad de **eliminación** refiere evacuar 1 vez cada 2 días, las heces son de color café, formadas, en ocasiones muy duras, cuando esto sucede presenta dolor al evacuar, niega el uso de laxantes así como problemas hemorroidales. Menciona iniciar su padecimiento renal hace ocho años como consecuencia de hipertensión arterial, no presenta diuresis desde hace cinco años, dejó de menstruar hace 1 año. A la exploración física, se encuentra abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, blando, depresible no doloroso a la palpación, sin megalias ni timpanismo, peristaltismo presente con adecuada intensidad y frecuencia, consume carbonato de calcio una tableta de junto con los alimentos, no mantiene un patrón de ejercicio diario.

La señora F.M.L en la necesidad de **termorregulación**, menciona que se adapta fácilmente a los cambios de temperatura, pero refiere que procura evitar los cambios bruscos de temperatura, ya que no quiere volver a presentar bronquitis. Cuando el clima es caluroso, refiere encontrarse bien durante el día, pero en la noche es cuando siente que el calor la agobia, mantiene una preferencia por los días fríos, ya que al abrigarse se le quita el frío y el calor no hay con que quitárselo, situación que le desespera. Dice no tener un patrón de ejercicio, la única actividad física que realiza es subir y bajar las escaleras de su casa y caminar para realizar las compras del día. Durante las sesiones de hemodiálisis, la señora mantiene una temperatura corporal de 36.5°C, no ha presentado alteraciones de la temperatura, durante el tratamiento o después de este, ni durante la transfusión de dos concentrados eritrocitarios.

En la necesidad de **moverse y mantener una buena postura**, la señora F.M.L refiere que no tiene un trabajo remunerado, aunque la mayor parte del tiempo se encuentra activa, ya que ella es la que se encarga de preparar los alimentos para su familia, acude a realizar las compras del día, en su tiempo libre juega con su sobrino de 3 años de edad, ya sea que le lleven el niño o ella se traslada a la casa de su sobrina. Dice que no tiene hábitos de descanso, solo cuando se siente cansada se sube a su habitación a descansar. Se observa que la señora F.M.L, camina en posición erguida con paso firme pero lento, presenta disnea de pequeños esfuerzos como al caminar y cambiarse de ropa, con uso de músculos accesorios, frecuencia respiratoria al caminar de 24 X', con expresión verbal de sentirse fatigada al realizar cualquier esfuerzo, el laboratorio reporta hemoglobina de 7.7 g/dL, Hematocrito 19.9%, masa muscular conservada con una fuerza 5 de 5, puede flexionar todas las articulaciones sin dolor, ni temblores en las extremidades. Su estado emocional es estable, ya que no mantiene llanto fácil, ni es agresiva con las personas, ha aceptado vivir con su enfermedad, por qué quiere ver que su hija sea una profesionalista y forme un hogar.

Necesidad **de descanso y sueño**, la señora F.M.L menciona que no mantiene un horario de descanso, por lo regular toma una siesta de 3 horas por la tarde, su horario de sueño es de las 23:00 a las 3:00 am, se despierta a las 3 am, y refiere no poder dormirse nuevamente, a las 5:30 se levanta, ya que tiene que prepararle el desayuno a su hija, con cuatro horas de sueño efectivas dice que al levantarse se siente descansada, pero durante el día tiene mucho sueño. En la exploración física encontré a la señora F.M.L con ojeras, aunque no bosteza ni refiere sueño, se le cierran los ojos al encontrarse cómodamente sentada en el sillón (reposit), se duerme y llegando a un sueño profundo, en caso de requerirla despierta hay que hablarle en varias ocasiones, ya que abre los ojos pero nuevamente se queda dormida, incluso cuando se encuentra haciendo hemostasia en los sitios de punción.

En la necesidad de **usar prendas de vestir adecuadas** la señora F.M.L, menciona que no influye su estado de ánimo para realizar la selección de sus prendas de vestir, menciona que no tiene mucha ropa, la ropa que tiene en su guarda ropa son pantalones, blusas, pants y playeras, pero le gusta ponerse más los pants por qué se siente más cómoda. La señora F.M.L al presentarse a su sesión de hemodiálisis viste con pantalón y blusa de vestir, zapato de piso, su atuendo es adecuado para su edad, presenta adecuada capacidad para vestirse y desvestirse, ya que antes de entrar a la sala de hemodiálisis se tiene que cambiar la ropa de calle por una pijama, lo cual realiza sola en un tiempo razonable.

En la necesidad de **higiene y protección de la piel**, la señora F.M.L, menciona que se baña a diario, por la mañana con cambio de ropa interior y exterior, el cepillado dental lo realiza 2 o 3 veces por día, el lavado de manos lo realiza en varias ocasiones durante el día y más cuando va a preparar los alimentos, después de ir al baño y antes de comer. Se observa que el aspecto general de la señora F.M.L, es pulcro, con cuero cabelludo limpio y libre de caspa, su ropa y calzado se encuentran limpios, su olor es agradable, ya que no despiden malos olores en axilas ni pies, aunque le faltan algunas piezas dentales y presenta caries en las muelas, no presenta mal hálito, la halitosis que presenta es por uremia. Su piel aunque esta reseca no presenta ningún tipo de lesión, en brazo derecho tiene una fistula arterio-venosa para hemodiálisis con múltiples zonas con aneurismas.

La señora F.M.L en la necesidad de **evitar peligros** refiere que su familia se encuentra compuesta por cuatro personas, su hermana, su cuñado, su hija y ella. Menciona que en caso de temblor ella y sus familiares, se recargan en una pared de la casa, y esperan que pase el temblor. Dice conocer las medidas de prevención de accidentes dentro del hogar, por ejemplo cuando se encuentra cocinando, mantiene cerrada la puerta de la cocina, no deja que su sobrino o los niños entren a la cocina, el cuchillo lo usa con mucho cuidado para evitar

cortarse, no deja fuera de la estufa los mangos de los sartenes, se mantiene al pendiente de la cocción de los alimentos, para evitar que se apague la lumbre y se escape el gas, usa el pasamanos de la escalera al subir y bajar, usa sandalias antiderrapantes durante el baño, en su casa no hay alfombras.

La señora F.M.L refiere que al inicio de su enfermedad se caía muy frecuentemente, por qué muy fácil perdía el equilibrio, situación que ya no sucede en la actualidad, menciona que actualmente al encontrarse en hemodiálisis, “lleva más o menos un control de su enfermedad, ya que asiste 3 veces por semana a este tratamiento, pero no le alcanza el dinero para realizarse los estudios de laboratorio mensuales así como para comprar la eritropoyetina que necesita”. La señora F.M.L. indica que cuando se siente estresada llora en su cuarto, y le platica a su hermana la situación por la que está pasando, esto con la finalidad de desahogarse. En algunas ocasiones se siente inquieta y ansiosa, calma esta sensación masticando hielo. La señora F.M.L no presenta deformidades óseas o congénitas, el calzado que usa es antiderrapante, camina con paso lento pero firme, en caso de permanecer de pie por un tiempo prolongado, se apoya en la pared.

En la necesidad de **comunicarse**, la señora F.M.L refiere ser separada, tuvo una relación con el padre de su hija que duro 5 años, vive con su hija de 18 años de edad, su hermana y el esposo de su hermana, menciona que algunas veces se encuentra preocupada por qué no puede trabajar para solventar el gasto de su enfermedad, ya que su hermana y cuñado son quienes aportan el dinero para las hemodiálisis. El rol que juega la señora F.M.L dentro de la familia es de madre y hermana, colabora con las actividades domésticas, ya que ella es quien se encarga de preparar los alimentos para toda la familia. Pasa sola de 2 a 3 horas por la mañana y por la tarde, ya que sus familiares salen a la escuela o al trabajo, tiempo que ocupa para jugar con su sobrino de tres años. La señora F.M.L es una persona que expresa claramente sus

sentimientos, e ideas, mantiene contacto visual durante el diálogo y se interesa por mantener una conversación.

En la necesidad de **vivir según sus creencias y valores**, la señora F.M.L es de religión católica, la cual no le genera conflictos personales, más bien le ha ayudado a salir delante de los problemas que se le han presentado. Refiere que antes de enfermar asistía a la escuela de pastoral junto con su madre, en la actualidad solo asiste a misa dominical, ya que las sesiones de hemodiálisis le absorben mucho tiempo, además de salir cansada y lo que quiere es llegar a su casa y descansar un rato. Los principales valores familiares son la familia como primer punto, ya que entre todos los integrantes de su familia se ayudan mutuamente, el respeto por las creencias de las demás personas, ya que no tienen conflicto por tener amistades de otras religiones, otro valor es la ayuda por los demás, ya que cuando su mamá estuvo enferma todos los integrantes de la familia ayudaban a cuidarla. Los principales valores personales de la señora F.M.L son la honradez, ya que es un valor que su madre les inculcó desde pequeños a ella y sus hermanos, el respeto y la familia. La señora F.M.L se observa creyente de la religión católica, ya que lleva puesto en el cuello un escapulario de la virgen de Guadalupe, es una persona que permite el contacto físico, ya que acepta se le tome de la mano para ayudarla a pesarse y tomar su lugar en la sala de hemodiálisis.

La señora F.M.L en la necesidad de **trabajar y realizarse**, refiere que actualmente no cuenta con un trabajo o empleo, ya que su enfermedad no se lo permite, se siente cansada la mayor parte del tiempo y no aguantaría una jornada completa de trabajo, motivo que le causa conflicto con el rol que está desempeñando actualmente, ya que ella quisiera trabajar y contar con un ingreso económico para ayudar con los gastos de la casa y su tratamiento, por qué cada sesión de hemodiálisis le cuesta \$ 650.00, y continuamente tiene que comprar sus medicamentos. La señora F.M.L se observa tranquila a su llegada al servicio de hemodiálisis y durante su tratamiento, solo que siempre se

encuentra masticando chicle, a lo que comenta “que es para relajarse, ya que algunas veces se pone algo ansiosa e intranquila y para calmarse necesita estar mordiendo algo, (en su casa mastica hielos, y en hemodiálisis mastica chicle)”.

La señora F.M.L en la necesidad de **jugar y participar en actividades recreativas** refiere que durante su tiempo libre asiste con su familia al cine, y al centro de la ciudad, específicamente a los eventos que se realizan en el zócalo, menciona que cuando se siente estresada, el salir a realizar estas actividades, le sirven de distracción y se relaja; en su comunidad se encuentra un parque de aves, áreas verdes, no muy lejos de ahí, en la localidad de Ameca se encuentran algunos balnearios, a los que asisten 1 o 2 veces por año. La señora F.M.L presenta un sistema neuromuscular integro, puede caminar sola, lento pero firme, con ayuda o apoyo de alguien camina a paso rápido, se integra adecuadamente a los convivios que se organizan por los familiares de los pacientes que asisten a hemodiálisis, participando activamente en estos, la observe jugando muy divertida con su sobrino de tres años, en varias ocasiones que éste la acompaña a su sesión de hemodiálisis.

La señora F.M.L en la necesidad de **aprendizaje**, menciona que cursó como nivel máximo de estudios la secundaria, dice que “para ella es suficiente contar con estos estudios, ya que durante el tiempo que trabajo no le pedían otro tipo de estudio, y en la actualidad no la contratan en ningún empleo por su enfermedad”. Ella prefiere leer novelas, ya que la lectura de estas, le hace imaginar que se encuentra en la época que está describiendo el libro. Refiere que en su comunidad se encuentran algunas fuentes para el aprendizaje como el INEA que promueve que los adultos concluyan la primaria y secundaria, solo que no le interesa ya que ella concluyó la secundaria.

Refiere interesarse en aprender a resolver sus problemas de salud, pero las indicaciones que se le proporcionan por el médico y enfermería no las lleva a

cabo, ya que llega al servicio de hemodiálisis hipertensa y con 3 o 4 kilos de más, situación que indica falta de apego al régimen terapéutico.

La señora F.M.L presenta un sistema nervioso integro, emocionalmente se encuentra estable, presenta alteración en el oído derecho, ya que presenta disminución de la audición de ese lado, los demás órganos de los sentidos sin alteración. La señora F.M.L presenta una memoria reciente y remota adecuada, ya que recuerda todas las situaciones que vivió de durante su niñez y juventud, así como cuando empezó su enfermedad y lo que realizo el día anterior.

6.3 CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

Necesidad		Grado de dependencia*		Fuente de dificultad**		Diagnóstico de enfermería.	
1	Oxigenación	I		F	X	Patrón respiratorio ineficaz relacionado con fatiga manifestado por disnea de pequeños esfuerzos (al caminar), frecuencia respiratoria de 24 x' y uso de músculos accesorios.	
		PD		V			
		D	X	C			
		I		F	X		Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz relacionado con aumento de las resistencias vasculares periféricas (T/A 180/100 mm/Hg).
		PD		V			
		D	X	C			
2	Nutrición Hidratación	I		F		Desequilibrio nutricional por ingesta inferior a las necesidades relacionado con incapacidad para absorber los nutrientes manifestados por palidez de piel, cabello seco y quebradizo, albumina sérica de 3 g/dL, creatinina de 10.3 mg/dL.	
		PD		V			
		D	X	C	X		

		I		F	X	Exceso del volumen de líquidos relacionado con compromiso de los mecanismos reguladores manifestado por edema de miembros inferiores ++.
		PD		V		
		D	X	C		
		I		F		Deterioro de la dentición relacionado con conocimientos deficientes sobre la salud bucal manifestado por falta de piezas dentarias y caries en la corona molar.
		PD	X	V		
		D		C	X	
3	Eliminación	I		F		Estreñimiento relacionado con actividad física insuficiente y medicación (carbonato de calcio) manifestado por eliminación de heces duras, formadas y secas, con dolor al defecar.
		PD	X	V		
		D		C	X	

4	Moverse y mantener una buena postura	I		F		Intolerancia a la actividad relacionado con desequilibrio entre el aporte y demandas de oxígeno manifestado por disnea de pequeños esfuerzo (al caminar), informe verbal de fatiga al realizar el esfuerzo y frecuencia respiratoria de 24X', Hemoglobina de 7.7 g/dL y Hematocrito 19.9%.
		PD	X	V		
		D		C	X	
5	Descanso y sueño	I		F		Insomnio relacionado con siestas frecuentes durante el día manifestado por informe verbal sobre la dificultad de permanecer dormido, así como de despertarse muy temprano.
		PD	X	V		
		D		C	X	
6	Usar prendas de vestir adecuadas	I	X	F		
		PD		V		
		D		C		
7	Termorregulación	I	X	F		
		PD		V		
		D		C		

8	Higiene y protección de la piel	I		F		Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionada con cambios en el tensor de la piel y alteración de los vasos sanguíneos (aneurisma en vena de fistula arterio-venosa).
		PD	X	V		
		D		C	X	
9	Evitar peligros	I		F		Mantenimiento ineficaz de la salud relacionado con recursos insuficientes (finanzas) manifestado por expresar dificultad con el régimen prescrito (dificultad para adquirir la medicación y pagar los estudios de laboratorio), ansiedad e inquietud.
		PD	X	V	X	
		D		C		
		I		F	X	Riesgo de caídas relacionado con historia de caídas y anemias (hemoglobina 7.7 g/dL).
		PD		V		
		D	X	C		

10	Comunicarse	I	X	F		
		PD		V		
		D		C		
11	Vivir según sus creencias y valores	I	X	F		
		PD		V		
		D		C		
12	Trabajar y realizarse	I		F		Desempeño ineficaz del rol relacionado con enfermedad física manifestado por cambios en la capacidad para reanudar sus actividades de la vida diaria.
		PD	X	V	X	
		D		C		
13	Jugar, participar en actividades recreativas	I	X	F		
		PD		V		
		D		C		

14	Aprendizaje	I		F		Gestión ineficaz de la propia salud relacionado con conflicto de decisiones manifestado por fracaso al incluir el régimen de tratamiento.
		PD	X	V		
		D		C	X	

*(I) Independiente (PD) Parcialmente dependiente (D) Dependiente

** (F) Fuerza (V) Voluntad (C) Conocimientos

6.4 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO: 2 Nutrición	CLASE: 1 Ingestión	NOC (RESULTADOS): Estado nutricional: determinaciones bioquímicas (1005)	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA	
Diagnóstico de enfermería NANDA ETIQUETA: Desequilibrio nutricional ingesta inferior a las necesidades (00002) FACTORES RELACIONADOS: Incapacidad para absorber los nutrientes CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: palidez de piel, cabello seco y quebradizo, albumina sérica de 3 g/dl, creatinina de 10.3 mg/dL.		Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Nutrición (K)	(100501) Albumina sérica.	1. Desviación grave del rango normal.	3	3
			(100514) Creatinina sérica.	2. Desviación sustancial del rango normal. 3. Desviación moderada del rango normal. 4. desviación leve del rango normal. 5. sin desviación del rango normal.	1	3

<p style="text-align: center;">NIC (Intervenciones)</p> <p>Manejo de la nutrición. (1100)</p>	<p style="text-align: center;">NIC (Intervenciones)</p> <p>Enseñanza de dieta prescrita. (5614)</p>
<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Determinar las preferencias de comida del paciente. ❖ Preguntar al paciente si presenta alergia a algún alimento. ❖ Fomentar la ingesta de calorías adecuadas. ❖ Fomentar el aumento de ingesta de proteínas. ❖ Asegurarse que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento. ❖ Ofrecer hierbas o especias como alternativa a la sal. ❖ Realizar una selección de comidas que puede consumir la persona. ❖ Ajustar la dieta al estilo de vida de la persona. ❖ Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas. ❖ Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico. ❖ Proporcionar información adecuada acerca de las necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas. 	<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita. ❖ Conocer los sentimientos y actitud del paciente acerca de la dieta prescrita y del grado de cumplimiento esperado. ❖ Explicar el propósito de la dieta. ❖ Informar a la persona sobre el tiempo durante el cual debe seguirse la dieta. ❖ Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas. ❖ Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas. ❖ Enseñar al paciente a leer las etiquetas y seleccionar los alimentos adecuados. ❖ Ayudar a la persona a sustituir ingredientes que se acomoden a sus recetas favoritas en la dieta prescrita.

NIC (Intervenciones)

Fomento del ejercicio. (0200)

Actividades

- ❖ Valorar las ideas de la persona sobre el efecto del ejercicio físico.
- ❖ Determinar la motivación de la persona para empezar un programa de ejercicios.
- ❖ Explorar las barreras del ejercicio.
- ❖ Fomentar la manifestación oral de sentimientos acerca de los ejercicios o las necesidades de los mismos.
- ❖ Animar a la persona a empezar con una actividad física.
- ❖ Ayudar a identificar un modelo positivo para el mantenimiento de un programa de ejercicios.

Actividades

- ❖ Ayudar a la persona a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.
- ❖ Ayudar a la persona a establecer metas a corto y largo plazo de su programa de ejercicios.
- ❖ Ayudar a la persona a integrar en programa de ejercicios en su rutina semanal.
- ❖ Realizar los ejercicios con la persona si procede.

NOTA DE EVALUACIÓN: En relación a la puntuación diana, la persona se mantiene en desviación moderada del rango normal (3), no se observaron cambios significativos sobre el estado nutricional, ya que dos semanas después de la intervención aún continuaba con cabello seco y quebradizo, los estudios de laboratorio para ver albumina y creatinina sérica los tiene en seis semanas.

6.4 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO: 2 Nutrición	CLASE: 5 Hidratación	NOC (RESULTADOS): Equilibrio hídrico (0601)	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA	
		Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Líquidos y electrolitos (G)	(060109) Peso corporal estable. (060112) Edema periférico.	1. Gravemente comprometido.	3	4
				2. Sustancialmente comprometido.	3	4
ETIQUETA: Exceso del volumen de líquidos (00026)						
FACTORES RELACIONADOS: Compromiso de los mecanismos reguladores						
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Edema de miembros inferiores ++						
3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido 5. No comprometido.						

<p style="text-align: center;">NIC (Intervenciones)</p> <p>Manejo de la hipervolemia (4170)</p>	<p style="text-align: center;">NIC (Intervenciones)</p> <p>Monitorización de líquidos (4130)</p>
<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Monitorizar el estado hemodinámico (T/A, PAM) ❖ Vigilar los niveles de albumina y proteínas totales en suero. ❖ Observar el patrón respiratorio por si hubiera dificultad respiratoria (disnea, taquipnea) ❖ Vigilar la ingesta y eliminación. ❖ Observar cambios del edema periférico. ❖ Observar el cambio de peso del paciente antes y después de la diálisis. ❖ Monitorizar la respuesta hemodinámica del paciente a la diálisis. 	<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de eliminación. ❖ Vigilar el peso. ❖ Vigilar ingresos y egresos. ❖ Valorar niveles de albumina y proteína total en suero. ❖ Llevar un registro preciso de ingresos y egresos. ❖ Observar si las venas del cuello están distendidas, si hay crepitación pulmonar, edema periférico y ganancia de peso. ❖ Observar si hay signos y síntomas de ascitis. ❖ Realizar diálisis o hemodiálisis si procede.

NOTA DE EVALUACIÓN: Al realizarle la sesión de hemodiálisis con ultrafiltración de 3500 o 4000 ml y orientándole sobre el ingreso y egreso de líquidos (control de líquidos) disminuyo a (+) el edema de miembros inferiores, manteniéndose en levemente comprometido con base en la puntuación diana.

6.4 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO: 11 Seguridad protección	CLASE: 2 Lesión física	NOC (RESULTADOS): Autocuidados: Higiene bucal (0308)	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA	
Diagnóstico de enfermería NANDA ETIQUETA: Deterioro de la dentición (00048) FACTORES RELACIONADOS: falta de conocimientos sobre la salud bucal CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: falta de piezas dentarias y caries en la corona molar.	Dominio: Salud funcional (I) Clase: Autocuidado (D).	(030801) Se cepilla los dientes. (030810) Utiliza un enjuague bucal. (030807) Acude al dentista regularmente.	1. Gravemente comprometido.	3	4	
			2. Sustancialmente comprometido.			
			3. Moderadamente comprometido.	3	3	
			4. Levemente comprometido	3	5	
			5. No comprometido.			

<p style="text-align: center;">NIC (Intervenciones)</p> <p>Mantenimiento de la salud bucal (1710)</p>	<p style="text-align: center;">NIC (Intervenciones)</p> <p>Manejo de la nutrición. (1100)</p>
<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Establecer una rutina de cuidados bucales. ❖ Observar el color, el brillo y la presencia de restos alimenticios en los dientes. ❖ Enseñar al paciente a realizar la higiene dental después de las comidas. ❖ Recomendar el uso de cepillo de dientes de cerdas suaves. ❖ Enseñar al paciente a cepillarse los dientes, encías y lengua. ❖ Establecer chequeos dentales, si es necesario. ❖ Enseñar al paciente a tomar chicles sin azúcar para aumentar la producción de saliva y limpieza de los dientes. 	<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida. ❖ Fomentar el aumento de ingesta de proteínas. ❖ Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas. ❖ Animar al paciente a que obtenga cuidados dentales. ❖ Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales.

NIC (Intervención Interdependiente)	
Derivación (8100)	
Actividades	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Realizar una evaluación bucal para determinar la necesidad de la remisión. ❖ Establecer la preferencia del paciente/ familia del centro al que hay que remitirse. ❖ Determinar la recomendación de los cuidadores para la remisión según corresponda. ❖ Establecer los cuidados necesarios. ❖ Determinar si se dispone de cuidados de apoyo adecuado en el hogar. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Evaluar las virtudes y debilidades de la familia en la responsabilidad de los cuidados. ❖ Determinar los recursos económicos del paciente para pagar al profesional de la salud bucal. ❖ Canalizarlo al especialista de la salud bucal. ❖ Evaluar la accesibilidad del paciente y familia para asistir con el profesional de la salud bucal. ❖ Disponer los servicios de cuidado bucal en el domicilio del paciente.

NOTA DE EVALUACIÓN: Se canalizó al servicio de estomatología del Hospital donde se le obturaron las caries que presentaba, sobre su placa dental se la realizará en un futuro próximo a referencia de la persona, por lo que en la puntuación diana se mantiene en un rango de moderadamente a levemente comprometido.

6.4 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO: 4 Actividad/repo so	CLASE: 4 Respuesta cardiovascular/ pulmonar.	NOC (RESULTADOS): Estado respiratorio: ventilación (0403)	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA	
Diagnóstico de enfermería NANDA ETIQUETA: Patrón respiratorio ineficaz (00032) FACTORES RELACIONADOS: Fatiga CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: disnea de pequeños esfuerzos (al caminar), frecuencia respiratoria de 24 x' y uso de músculos accesorios.		Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Cardiopulmonar (E)	(040301) Frecuencia respiratoria.	1. Desviación grave del rango normal.	2	4
			(040314) Disnea de esfuerzo.	2. Desviación sustancial del rango normal.	3	4
			(040309) Uso de músculos accesorios.	3. Desviación moderada del rango normal.	3	5
				4. desviación leve del rango normal.		
				5. sin desviación del rango normal.		

<p style="text-align: center;">NIC (Intervenciones)</p> <p>Monitorización respiratoria (3350)</p>	<p style="text-align: center;">NIC (Intervenciones)</p> <p>Oxigenoterapia (3320)</p>
<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. ❖ Observar si se producen respiraciones ruidosas. ❖ Palpar para ver si la expansión pulmonar es simétrica. ❖ Realizar percusión en tórax anterior y posterior desde los vértices hasta las bases de forma bilateral. ❖ Auscultar los sonidos respiratorios. ❖ Vigilar las secreciones respiratorias del paciente. ❖ Observar si hay disnea y sucesos que la mejoran o empeoran 	<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Mantenerla permeabilidad de las vías aéreas. ❖ Administrar oxígeno suplementario según órdenes. ❖ Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema humidificado. ❖ Vigilar el flujo de litro de oxígeno. ❖ Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita. ❖ Observar la ansiedad del paciente relacionada con la necesidad de la terapia de oxígeno. ❖ Observar si hay signos de toxicidad por el oxígeno y atelectasia por absorción.

NIC (Intervenciones) Ayuda a la ventilación (3390)	NIC (Intervenciones) Vigilancia (6650)
Actividades	Actividades
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Colocar al paciente de forma tal que alivie la disnea. ❖ Colocar al paciente que se minimicen los esfuerzos respiratorios (posición semifowler) ❖ Fomentar la respiración lenta una respiración lenta y profunda. ❖ Auscultar los sonidos respiratorios, tomando nota de disminución o ausencia de ventilación y presencia de sonidos extraños. ❖ Iniciar y mantener suplemento de oxígeno, según prescripción. ❖ Enseñar técnicas de respiración si procede. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Determinar los riesgos de salud del paciente. ❖ Preguntar al paciente por la percepción de su estado de salud. ❖ Preguntar al paciente por sus signos, síntomas o problemas recientes. ❖ Facilitar la reunión de pruebas diagnóstico según sea posible. ❖ Interpretar los resultados de las pruebas diagnósticas, si procede. ❖ Explicar los resultados de las pruebas de diagnóstico al paciente y familia. ❖ Vigilar signos vitales. ❖ Vigilar la oxigenación. ❖ Analizar las órdenes médicas junto con el estado del paciente para garantizar la seguridad del mismo.

NOTA DE EVALUACIÓN: De acuerdo con la puntuación diana mejoro el patrón respiratorio, de una desviación sustancial (2) a una desviación leve (4) del rango normal.

6.4 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO: 4 Actividad y reposo.	CLASE: 4 Respuesta cardiovascular/pulmonar.	NOC (RESULTADOS): Estado cardiopulmonar (0414)	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA	
<p>Diagnóstico de enfermería NANDA</p> <p>ETIQUETA: Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz (00201)</p> <p>FACTORES RELACIONADOS: Aumento de las resistencias vasculares periféricas (T/A 180/100 mm/Hg).</p>		<p>Dominio: Salud fisiológica (II)</p> <p>Clase: Cardiopulmonar (E)</p>	<p>(041401) presión arterial sistólica.</p>	<p>1. Desviación grave del rango normal.</p>	2	3
			<p>(041402) presión arterial diastólica.</p>	<p>2. Desviación sustancial del rango normal.</p> <p>3. Desviación moderada del rango normal.</p> <p>4. desviación leve del rango normal.</p> <p>5. sin desviación del rango normal.</p>	2	4

<p style="text-align: center;">NIC (Intervenciones)</p> <p>Monitorización de los signos vitales (6680)</p>	<p style="text-align: center;">NIC (Intervenciones)</p> <p>Vigilancia (6650)</p>
<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Controlar periódicamente la presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio. ❖ Anotar tendencias y fluctuaciones de la presión sanguínea. ❖ Monitorizar la presión sanguínea después de que el paciente tome la medicación si es posible. ❖ Auscultar la presión sanguínea en ambos brazos y comparar. ❖ Controlar la presión sanguínea, pulso y respiraciones antes, durante y después de la actividad. 	<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Comprobar el estado neurológico del paciente. ❖ Determinar los riesgos de salud del paciente. ❖ Preguntar al paciente sobre su percepción de su estado de salud. ❖ Establecer la frecuencia de recogida e interpretación de los datos, según lo indique el estado del paciente. ❖ Observar la capacidad del paciente para realizar las actividades de autocuidado. ❖ Vigilar signos vitales. ❖ Comprobar la perfusión tisular.

NOTA DE EVALUACIÓN: De acuerdo con la puntuación diana la presión arterial, se encuentra en 150/ 90 mm/Hg, ya que pudo conseguir y ministrar sus medicamentos para mantener un control de ésta, sin embargo sigue en monitorización para valorar la presión sistólica.

6.4 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO: 4 Actividad y reposo.	CLASE: 4 Respuesta cardiovascular/pulmonar.	NOC (RESULTADOS): Resistencia (0001)	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA	
<p>Diagnóstico de enfermería NANDA</p> <p>ETIQUETA: Intolerancia a la actividad (00201)</p> <p>FACTORES RELACIONADOS: desequilibrio entre el aporte y demandas de oxígeno</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: disnea de pequeños esfuerzo (al caminar), informe verbal de fatiga al realizar el esfuerzo y frecuencia respiratoria de 24X', hemoglobina de 7.7 g/dL y Hematocrito 19.9%.</p>	<p>Dominio: Salud funcional (I)</p> <p>Clase: Mantenimiento de la energía (A)</p>	<p>(000113). Hemoglobina</p> <p>(000114)Hematocrito</p> <p>(000118) Fatiga.</p>	<p>1. Gravemente comprometido.</p> <p>2. Sustancialmente comprometido.</p> <p>3. Moderadamente comprometido.</p> <p>4. Levemente comprometido</p> <p>5. No comprometido.</p>	2	4	
				2	4	
				2	4	
				2	4	
				2	4	

<p style="text-align: center;">NIC (Intervenciones)</p> <p>Manejo de la energía (0180)</p>	<p style="text-align: center;">NIC (Intervenciones)</p> <p>Fomentar los mecanismos corporales (0140)</p>
<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Determinar las limitaciones físicas del paciente. ❖ Determinar las causas de la fatiga. ❖ Determinar qué y cuanta actividad se necesita para reconstruir la resistencia física. ❖ Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados. ❖ Observar al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga física o emocional. ❖ Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad física. ❖ Facilitar la alternancia de periodos de reposo y actividad. ❖ Favorecer la actividad física. ❖ Instruir al paciente y familia a reconocer los signos y síntomas de fatiga que requieran una disminución de la actividad. 	<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Determinar el grado de compromiso del paciente para aprender a utilizar posturas correctas. ❖ Colaborar en el desarrollo de un plan de fomento de la mecánica corporal. ❖ Determinar la comprensión de la persona acerca de los mecanismos y ejercicios corporales (demostración de técnicas correctas mientras se realizan actividades o ejercicios). ❖ Instruir al paciente sobre la necesidad de corregir posturas para evitar fatigas, tensiones o lesiones. ❖ Enseñar al paciente a mover primero los pies y luego el cuerpo al girarse para andar desde la posición de bipedestación. ❖ Proporcionar información sobre causas posibles de dolor muscular o articular relacionados con la posición.

NIC (Intervenciones)

Administración de productos sanguíneos (4030)

Actividades

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">❖ Verificar las órdenes del médico.❖ Obtener la historia de transfusiones del paciente.❖ Obtener y comprobar el consentimiento informado del paciente.❖ Verificar que el producto sanguíneo ha sido preparado, clasificado y se ha realizado concordancia de cruce para el receptor.❖ Registrar según protocolo del centro hospitalario.❖ Verificar el paciente correcto, el tipo de sangre, el tipo de Rh, el número de unidad y la fecha de caducidad.❖ Enseñar al paciente los signos y síntomas de reacciones a una transfusión.❖ Monitorizar los signos vitales | <ul style="list-style-type: none">❖ Conjuntar el sistema de administración con el filtro adecuado al producto sanguíneo y el estado inmune del receptor.❖ Realizar veno punción con la técnica correcta y aséptica.❖ Vigilar el sitio de punción.❖ Observar si hay reacciones a la transfusión.❖ Observar si hay sobrecarga de líquidos.❖ Vigilar y regular el ritmo del flujo durante la transfusión.❖ No administrar medicamentos en las vías de administración del producto sanguíneo.❖ Evitar la transfusión de productos sanguíneos extraídos de refrigeración controlada durante más de cuatro horas. |
|---|--|

NOTA DE EVALUACIÓN: Mejoró su tolerancia a la actividad con la administración de dos concentrados eritrocitarios, de acuerdo con una puntuación diana de sustancialmente comprometido (2) que inicialmente presentaba la persona, logró una puntuación diana de (4) levemente comprometido.

6.4 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO: 3 Eliminación e intercambio	CLASE: 2 Función gastrointestinal.	NOC (RESULTADOS): Eliminación intestinal (0501)	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA	
Diagnóstico de enfermería NANDA ETIQUETA: Estreñimiento (00011) FACTORES RELACIONADOS: actividad física insuficiente y medicación (carbonato de calcio) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: eliminación de heces duras, formadas y secas, con dolor al defecar.		Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Eliminación (f)	(050101) patrón de eliminación.	1. Gravemente comprometido.	3	4
			(050105) heces blandas y formadas.	2. Sustancialmente comprometido.	3	5
			(050112) Facilidad de la eliminación de las heces.	3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido.	3	5

<p style="text-align: center;">NIC (Intervenciones)</p> <p>Manejo del estreñimiento (0450)</p>	<p style="text-align: center;">NIC (Intervenciones)</p> <p>Entrenamiento intestinal (0440)</p>
<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento. ❖ Vigilar la existencia de peristaltismo. ❖ Identificar los factores que pueden ser causa del estreñimiento (medicamentos, reposo, dieta). ❖ Enseñar al paciente que registre el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones. Instruir al paciente sobre el uso correcto de laxantes. ❖ Sugerir el uso de laxantes y supositorios de glicerina si procede. ❖ Enseñar a la persona los procesos digestivos normales. 	<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Planificar un programa intestinal con el paciente. ❖ Consultar al médico y paciente respecto del uso de supositorios. ❖ Enseñar al paciente los principios de la educación intestinal. ❖ Asegurarse que se realizan ejercicios adecuados. ❖ Dedicar para la defecación un tiempo coherente y sin interrupciones. ❖ Disponer intimidad. ❖ Evaluar el estado intestinal a intervalos regulares.

<p style="text-align: center;">NIC (Intervenciones)</p> <p>Fomento del ejercicio (0200)</p>	<p style="text-align: center;">NIC (Intervenciones)</p> <p>Manejo de la nutrición (1100)</p>
<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Valorar las ideas del individuo sobre el efecto del ejercicio físico en la salud. ❖ Explorar experiencias deportivas anteriores. ❖ Determinar la motivación del individuo para empezar con un programa de ejercicios. ❖ Explorar las barreras para el ejercicio. ❖ Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio. ❖ Ayudar al paciente a desarrollar un programa de ejercicios adecuados a sus necesidades. ❖ Ayudar al individuo a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal. 	<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Preguntar al paciente si presenta alguna alergia alimentaria. ❖ Determinar las preferencias de comidas del paciente. ❖ Fomentar la ingesta de calorías adecuadas con el estilo de vida de la persona. ❖ Fomentar el aumento, en la ingesta de alimentos ricos en fibra, siempre y cuando lo permita su enfermedad. ❖ Asegurarse de que la dieta incluya alimentos ricos en fibra. ❖ Realizar una selección de comidas. ❖ Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales.

NOTA DE EVALUACIÓN: De acuerdo con la puntuación diana se mantiene un nivel de 5 de no comprometido, ya que presenta evacuaciones blandas y no dolorosas, mantuvo un régimen de actividad física diario (caminata por 30 o 40 minutos), así como una alta ingesta de alimentos ricos en fibra.

6.4 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO: 4 Actividad/ reposo	CLASE: 1 Sueño/reposo	NOC (RESULTADOS): Sueño (0004)	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA	
<p>Diagnóstico de enfermería NANDA</p> <p>ETIQUETA: Insomnio (00095)</p> <p>FACTORES RELACIONADOS: siestas frecuentes durante el día</p> <p>CARACTERÍSTICAS</p> <p>DEFINITORIAS: informe verbal sobre la dificultad de permanecer dormido, así como de despertarse muy temprano.</p>		<p>Dominio: Salud funcional (I)</p> <p>Clase: Mantenimiento de la energía (A)</p>	(000401) Horas de sueño.	1. Gravemente comprometido.	3	4
			(000403) Patrón de sueño.	2. Sustancialmente comprometido.	3	4
			(000418) Duerme toda la noche.	3. Moderadamente comprometido.	2	4
				4. Levemente comprometido		
				5. No comprometido.		

NIC (Intervenciones)	
Mejorar el sueño (1850)	
Actividades	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Determinar el esquema de sueño/ vigilia del paciente. ❖ Incluir el ciclo regular de sueño/ vigilia del paciente en la planificación de cuidados. ❖ Explicar la importancia de un sueño adecuado durante la enfermedad, las situaciones de estrés psicosocial, etc. ❖ Observar y registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente. ❖ Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño. ❖ Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño. ❖ Controlar la ingesta de alimentación y bebidas a la hora de irse a la cama, para determinar los productos que entorpezcan o faciliten el sueño. ❖ Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día, disponiendo una actividad que favorezca la vigilia si procede.

NOTA DE EVALUACIÓN: Si bien presentó una mejoría en esta necesidad de sueño y descanso, ya que sus siestas diurnas se redujeron, lo que favoreció que mantuviera un periodo de sueño más prolongado durante la noche, sin embargo se encuentra moderadamente comprometido según la puntuación diana ya que sigue cambiando sus horas de sueño.

6.4 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO: 11 Seguridad/ protección.	CLASE: 2 Lesión física.	NOC (RESULTADOS): Integridad del acceso para hemodiálisis (1105)	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA	
<p>Diagnóstico de enfermería</p> <p>NANDA</p> <p>ETIQUETA: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047)</p> <p>FACTORES RELACIONADOS: cambios en el tesor de la piel y alteración de los vasos sanguíneos (aneurisma en vena de fistula arterio- venosa).</p>		<p>Dominio: Salud fisiológica (II)</p> <p>Clase: Integridad tisular (L)</p>	<p>(110502) Coloración cutánea local.</p>	<p>1. Gravemente comprometido.</p>	4	4
			<p>(110509) pulsos periféricos distales.</p>	<p>2. Sustancialmente comprometido.</p>	4	4
			<p>(110514) Tiempo de coagulación.</p>	<p>3. Moderadamente comprometido.</p> <p>4. Levemente comprometido</p> <p>5. No comprometido.</p>	4	4

<p style="text-align: center;">NIC (Intervenciones)</p> <p>Vigilancia de la piel (3590)</p>	<p style="text-align: center;">NIC (Intervenciones)</p> <p>Precauciones con hemorragias (4010)</p>
<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Valorar el estado del sitio de la fistula arterio venosa. ❖ Observar el color, calor, pulsos, textura de la piel en la fistula arterio-venosa. ❖ Observar si hay enrojecimiento, calor extremo o pérdida de la integridad de la piel. ❖ Observar si hay demasiada sequedad o humedad en la piel. ❖ Comprobar la temperatura de la piel. ❖ Tomar nota de los cambios en la piel. ❖ Instaurar medidas para evitar el deterioro de la integridad de la piel. 	<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Vigilar de cerca al paciente, por si se produce una hemorragia en la fistula arterio-venosa. ❖ Rotar el sitio de punción de la fistula arterio-venosa durante la hemodiálisis. ❖ Realizar estudios de coagulación, incluyendo tiempo de protrombina (TP), tiempo de tromboplastina parcial (TPT). ❖ Realizar presión sobre los sitios de punción, al retirar las agujas. ❖ Egresar al paciente hasta que no presente datos de sangrado en la fistula. ❖ Instruir al paciente/ familia acerca de los cuidados en caso de presentar hemorragia en la fistula arterio-venosa en su domicilio.

NOTA DE EVALUACIÓN: De acuerdo con la puntuación diana, mantuvo una adecuada higiene corporal, ya que lubricó su piel con crema de 2 a 3 veces por día, la zona con aneurismas en su fístula se mantuvieron intactas, es decir no presento lesión de ésta durante las sesiones de hemodiálisis, continuando con riesgo del deterioro de la integridad cutánea.

6.4 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO: 1 Promoción de la salud.	CLASE: 2 Gestión de la salud.	NOC (RESULTADOS): Creencias sobre la salud: percepción de recursos (1703)	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA	
<p>Diagnóstico de enfermería ANDA</p> <p>ETIQUETA: Mantenimiento ineficaz de la salud (00099)</p> <p>FACTORES RELACIONADOS: recursos insuficientes (finanzas)</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: expresar dificultad con el régimen prescrito (dificultad para adquirir la medicación y pagar los estudios de laboratorio), ansiedad e inquietud.</p>		<p>Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV)</p> <p>Clase: Creencias sobre la salud (R)</p>	<p>(170301) Apoyo percibido de otros seres queridos.</p> <p>(170310) percepción adecuada de la economía personal.</p>	<p>1. Muy débil. 2. Débil. 3. Moderado. 4. Intenso. 5. Muy intenso.</p>	<p>4</p> <p>4</p>	<p>4</p> <p>4</p>

<p style="text-align: center;">NIC (Intervenciones)</p> <p>Apoyo emocional (5270)</p>	<p style="text-align: center;">NIC (Intervenciones)</p> <p>Asesoramiento (5240)</p>
<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Comentar la experiencia emocional con el paciente. ❖ Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones. ❖ Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo. ❖ Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo. ❖ Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. ❖ Ayudar al paciente a reconocer sentimientos como la ansiedad, ira o tristeza. ❖ Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. ❖ Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. 	<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. ❖ Demostrar simpatía, calidez y autenticidad. ❖ Establecer la duración de las relaciones de asesoramiento. ❖ Disponer la intimidad para asegurar la confidencialidad. ❖ Proporcionar información objetiva según sea el caso. ❖ Ayudar al paciente a identificar la situación causante del problema. ❖ Ayudar a la persona a que realice una lista de prioridades de todas las alternativas posibles al problema. ❖ Ayudar al paciente a que identifique sus puntos fuertes y reforzarlos. ❖ Reforzar nuevas habilidades.

NOTA DE EVALUACIÓN: De acuerdo con la puntuación diana, la persona logró adecuarse a sus recursos económicos para mantener los cuidados de su salud, también recibe el apoyo económico de sus familiares.

6.4 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO: 11 Seguridad/ protección.	CLASE: 2 Lesión física.	NOC (RESULTADOS): Conducta de prevención de caídas (1909)	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA	
Diagnóstico de enfermería NANDA ETIQUETA: Riesgo de caídas (00155) FACTORES RELACIONADOS: historia de caídas y anemias (hemoglobina 7.7 gr/dl)		Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV) Clase: Control del riesgo y seguridad (T)	(190915) Uso de barandillas para agarrarse. (190910) Uso de zapatos con cordones bien amarrados.	1. Nunca demostrado.	4	5
				2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado.	5	5

NIC (Intervenciones)

Prevención de caídas (6490)

Actividades

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">❖ Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.❖ Revisar la historia de caídas con el paciente y la familia.❖ Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandilla).❖ Disponer una iluminación adecuada.❖ Compartir con el paciente observaciones sobre el paso y el movimiento.❖ Enseñar al paciente como caer para minimizar el riesgo de lesiones.❖ Retirar los muebles bajos para evitar tropezones.❖ Sugerir adaptaciones en el hogar para aumentar la seguridad. | <ul style="list-style-type: none">❖ Colocar los objetos al alcance del paciente, sin que tenga que hacer esfuerzos.❖ Asegurarse que el paciente lleve zapatos con las agujetas bien amarradas.❖ Evitar la presencia de objetos desordenados en el piso del suelo.❖ Uso de zapato de baño antiderrapante.❖ Orientar sobre la importancia de la sedestación previa a la pedestación.❖ Instruir a la familia sobre la importancia de los pasamanos en escaleras, baños y pasillos.❖ Ayudar a la familia a identificar los peligros del hogar y a modificarlos. |
|---|---|

NOTA DE EVALUACIÓN: La persona aprendió a medirse la presión arterial, tomar los medicamentos antihipertensivos como los indico el médico, limitando de este modo el riesgo de caídas por alteración en la perfusión cerebral. En cuanto al uso de zapatos y barandillas los utiliza adecuadamente.

6.4 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO: 7 Rol/ Relaciones.	CLASE: 3 Desempeño del rol.	NOC (RESULTADOS): Ejecución del rol (1501)	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA	
Diagnóstico de enfermería NANDA ETIQUETA: Desempeño ineficaz del rol (00055) FACTORES RELACIONADOS: Enfermedad física CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Cambios en la capacidad para reanudar sus actividades de la vida diaria.		Dominio: Salud psico-social (III) Clase: Interacción social (P)	(150107)	1. Inadecuado. 2. Ligeramente adecuado. 3. Moderadamente adecuado. 4. Sustancialmente adecuado. 5. Completamente adecuado.	3	5
			(150116) Expresa comodidad con el (los) cambios de rol		3	5

NIC (Intervenciones)

Potenciación de roles (5370)

Actividades

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">❖ Ayudar al paciente a identificar los diversos papeles en la vida.❖ Ayudar al paciente a identificar los roles habituales en la familia.❖ Ayudar al paciente a identificar periodos de transición de los papeles a lo largo de la vida.❖ Ayudar al paciente a identificar la insuficiencia de roles.❖ Ayudar al paciente a identificar las conductas necesarias para el cambio de roles a roles nuevos.❖ Ayudar al paciente a identificar los cambios de roles específicos necesarios debido a enfermedades o discapacidades | <ul style="list-style-type: none">❖ Animar al paciente a identificar una descripción realista del cambio del rol.❖ Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas en los cambios de papeles.❖ Facilitar la discusión sobre la adaptación de los roles de la familia para compensar los cambios de rol del miembro enfermo.❖ Servir como modelo de rol para aprender nuevas conductas, si procede.❖ Facilitar las interacciones grupales de referencia como parte del aprendizaje de los nuevos roles. |
|--|---|

NIC (Intervenciones)	
Aumentar el afrontamiento (5230)	
Actividades	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones. ❖ Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel. ❖ Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. ❖ Utilizar un enfoque sereno, de reafirmación. ❖ Disponer un ambiente de aceptación. ❖ Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento. ❖ Ayudar al paciente a identificar la información que más le interese obtener. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. ❖ Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones. ❖ Fomentar un dominio gradual de la situación. ❖ Animar al paciente a desarrollar relaciones. ❖ Favorecer las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos en comunes. ❖ Fomentar las actividades sociales y comunitarias. ❖ Reconocer la experiencia espiritual/ cultural del paciente.

NOTA DE EVALUACIÓN: De acuerdo con la escala de puntuación diana se mantiene en 5, es decir completamente adecuado, ya que la persona aceptó el rol que en este momento está desempeñando; se siente productiva con las actividades domésticas que realiza, por qué no puede trabajar en un empleo formal.

6.4 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO: 1	CLASE: 2	NOC	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA	
Promoción de la salud	Gestión de la salud.	(RESULTADOS): Conocimiento régimen terapéutico (1813)				
Diagnóstico de enfermería NANDA ETIQUETA: Gestión ineficaz de la propia salud (00078) FACTORES RELACIONADOS: Conflicto de decisiones CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: fracaso al incluir el régimen de tratamiento en la vida diaria		Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV) Clase: Conocimientos sobre salud (S)	(181302) Responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual. (181316) Beneficios del tratamiento de la enfermedad.	1. Ningún conocimiento. 2. Conocimiento escaso. 3. Conocimiento moderado. 4. Conocimiento sustancial. 5. Conocimiento extenso.	2	4
					2	4

NIC (Intervenciones)

Enseñanza: proceso de enfermedad (5602)

Actividades

- ❖ Identificar cambios en el estado físico del paciente
- ❖ Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con su proceso de enfermedad.
- ❖ Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología.
- ❖ Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad.
- ❖ Describir el proceso de enfermedad.
- ❖ Explorar con el paciente lo que ha hecho para controlar los síntomas.

- ❖ Dar seguridad sobre el estado del paciente.
- ❖ Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y poder controlar el proceso de la enfermedad.
- ❖ Describir el fundamento de las recomendaciones del control/ terapia/ tratamiento.
- ❖ Describir las posibles complicaciones derivadas de la enfermedad.
- ❖ Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir y minimizar los efectos secundarios de la enfermedad.

NIC (Intervenciones)

Facilitar el aprendizaje (5520)

Actividades

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">❖ Comenzar la instrucción sólo después de que el paciente demuestre estar dispuesto a aprender.❖ Establecer metas realistas objetivas con el paciente.❖ Identificar claramente los objetivos de la enseñanza y en términos observables.❖ Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente.❖ Proporcionar información adecuada al nivel de desarrollo.❖ Disponer un ambiente que induzca el aprendizaje.❖ Establecer la información en una secuencia lógica. | <ul style="list-style-type: none">❖ Disponer la información de simple a compleja, de conocida a desconocida o de concreta a abstracta.❖ Adaptar la información para que cumpla con el estilo de vida o rutina del paciente.❖ Relacionar la información con los deseos o necesidades personales del paciente.❖ Proporcionar materiales educativos para ilustrar la información importante.❖ Utilizar un lenguaje claro.❖ Presentar la información de manera estimulante.❖ Fomentar la participación activa del paciente. |
|--|---|

NIC (Intervenciones)

Enseñanza individual (5606)

Actividades

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">❖ Establecer una relación de confianza con el paciente.❖ Determinar las necesidades de enseñanza del paciente.❖ Valorar el nivel educativo del paciente.❖ Potenciar la disponibilidad del paciente para aprender.❖ Establecer metas de aprendizaje mutuas y realistas con el paciente.❖ Valorar el estilo de aprendizaje del paciente.❖ Seleccionar los métodos y estrategias de enseñanza del paciente.❖ Seleccionar los materiales educativos adecuados. | <ul style="list-style-type: none">❖ Instruir al paciente cuando corresponda.❖ Evaluar la consecución de los objetivos establecidos por parte del paciente.❖ Reforzar la conducta, si se considera oportuno.❖ Corregir las malas interpretaciones de la información.❖ Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.❖ Incluir a la familia, si es posible. |
|---|---|

NOTA DE EVALUACIÓN: Al mejorar sus conocimientos sobre su padecimiento, tratamiento y complicaciones tomó conciencia y llevó a cabo el régimen terapéutico indicado por el médico- enfermera, mejorando por consiguiente el estado físico de la persona, de tal manera que según la puntuación diana, es sustancial el conocimiento adquirido, encontrándose con una puntuación de 4.

VII. CONCLUSIONES

Durante la elaboración de este trabajo se comprobó la importancia que tiene para la profesión de enfermería el utilizar el proceso enfermero como metodología para la práctica profesional, por ser esta una metodología propia de la disciplina, permite brindar cuidados sustentados científicamente.

En la primera etapa del proceso enfermero, se logró determinar en cuál de las catorce necesidades la persona presentaba dependencia, lo cual dió sustento para la elaboración del título de este trabajo.

Del mismo modo la valoración dio la base para la estructuración de los juicios clínicos con apoyo de la taxonomía NANDA, guía de gran utilidad ya que cada una de las etiquetas diagnósticas presenta una definición que permitió determinar si es correcta la etiqueta en relación con el problema que está presentando la persona.

También se pudo comprobar la utilidad del uso de las taxonomías NOC, NIC durante la elaboración del plan de cuidados, ya que además de permitir un lenguaje estandarizado entre el personal de enfermería, también facilita la elaboración de dicho plan, por qué en ellas se utilizan escalas de medición que sirven de base para medir cuantitativamente el estado de la persona antes y después de realizar las intervenciones de enfermería.

La taxonomía NOC, sirve para determinar los resultados esperados que se pretenden lograr con la persona, cada resultado tiene algunos indicadores en los cuales se mide el estado de la persona. En la taxonomía NIC se eligen las intervenciones enfermeras, las cuales deben dirigirse a que la persona logre los resultados esperados.

En la etapa de evaluación se comprobó la factibilidad de aplicar estos planes de cuidados en el área de hemodiálisis, puesto que no solo se proporcionaron los cuidados en el entorno hospitalario, sino que se dirigieron a su vida cotidiana.

Así mismo se determinó la eficiencia de la aplicación del proceso enfermero, ya que además de generar habilidades en el desarrollo del PAE, la enfermera brinda cuidados anticipados, que evitan las posibles complicaciones que pueden poner en riesgo la vida de la persona, así mismo se realiza una nota de evolución por cada necesidad alterada, utilizando la escala y puntuación diana.

La elaboración del presente trabajo sirvió para que el pasante de enfermería conociera, comprendiera y aplicara el modelo conceptual de Virginia Henderson; así como para desarrollar el proceso a una persona con alteración en la necesidad de nutrición e hidratación.

A pesar de las limitantes que se encontraron durante el desarrollo de este proceso, los resultados esperados fueron favorables, ya que los objetivos planteados de este proyecto se cumplieron en un 90%, porque la pasante de enfermería aplicó el proceso enfermero a una persona con alteración en la necesidad de nutrición e hidratación, utilizando como base el modelo de Virginia Henderson; la persona pudo mejorar su bienestar con las intervenciones aplicadas, sin embargo durante la etapa de evaluación se observó que no todas las necesidades se cubrieron en su totalidad, restando el 10% al total del proyecto, cabe señalar que la persona ingreso a otro servicio de salud como derechohabiente, situación que le impidió regresar al servicio de hemodiálisis.

Aunque este modelo fue útil para la realización del PAE, las fuentes de dificultad que refiere Henderson fuerza, voluntad o conocimiento, son insuficientes ya que no menciona lo económico, siendo este último un factor importante para que la persona pueda cubrir al 100% sus necesidades.

En el caso particular de la persona a quien se aplicó el proceso, no solo se requerían las fuentes de dificultad de fuerza voluntad o conocimiento, sino también la económica, ya que de está depende el apego al tratamiento médico, dietético que conlleva la patología de la persona, que de no mantener una constancia podría favorecer la aparición de complicaciones a corto y largo plazo.

En la actualidad, la práctica de enfermería se encuentra basada en los modelos y teorías de la disciplina, estos son conceptos que clarifican la razón de ser de la profesión, establecen las pautas para que el profesional de enfermería adopte una actitud crítica durante su actuar, ya que favorecen la planificación y organización de las acciones enfermeras que permiten brindar cuidados oportunos y eficaces a las personas con necesidades de estos.

Por experiencia propia he observado que en las unidades de asistencia hospitalaria del Distrito Federal se ocupan los modelos de las necesidades humanas, los cuales parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la Salud como núcleo para la acción de Enfermería.

En el IMSS para proporcionar los cuidados de enfermería, se emplea el modelo propuesto por Virginia Henderson, el cual es un instrumento clave en la asistencia, ya que se centra en las actividades que las enfermeras realizan para suplir, supervisar o ayudar al paciente a cubrir las necesidades que no puede, no sabe o no quiere realizar por sí mismo de forma autónoma. En el Hospital general de México, se emplea el modelo de Dorotea Orem donde la enfermera ayuda al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón a las necesidades detectadas en el paciente.

VIII. SUGERENCIAS

La elaboración del presente trabajo fortaleció el conocimiento adquirido durante la carrera, además de darme cuenta que siempre existirán limitantes y obstáculos personales, familiares o académicos, que se encuentran presentes en todo momento, por lo que sugiero que:

El personal de enfermería retome el proceso enfermero como metodología de trabajo, ya que mediante su aplicación se evidencia el trabajo realizado, motivo por el cuál considero que es de vital relevancia para la práctica profesional, ya que la experiencia que obtuve de este proyecto me permitió brindar cuidado individualizado e integral.

El seminario para la elaboración del PAE, sea de más tiempo, con un grupo de 15 personas como máximo y se trabaje de forma presencial dos días a la semana, ya que en este momento el grupo rebasó el número de participantes, lo cual provoca un retraso tanto en la realización como en la revisión del proyecto, aunado a que se tiene el papel de trabajador y otros roles que disminuyen la cantidad de tiempo que se le dedica al desarrollo de dicho proceso.

También se sugiere, que sea obligatoria la asistencia del estudiante de la licenciatura en enfermería del sistema abierto, a seminarios en los cuales se explique ampliamente la elaboración del proceso de enfermería, esto con la finalidad de que no sea muy complicada la elaboración del proceso al final de la pasantía.

Otra sugerencia sería, implementar cursos de actualización anuales en los centros hospitalarios sobre el método enfermero, con la finalidad de fortalecer los conocimientos teórico-prácticos del personal de enfermería y lograr el dominio de dicho proceso. Así mismo, que la enfermera y la familia fomenten estilos de vida saludables así como la prevención de enfermedades crónicas degenerativas, con la finalidad de evitar las complicaciones que se derivan de estas, esto a través de elaboración de guías que se difundan en los grupos vulnerables

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alfaro, Rosalinda. (1988). Aplicación del proceso de enfermería guía práctica. Barcelona, Madrid.: Ediciones Doyma.

Archundia Sánchez, G. (2002). Proceso Atención de Enfermería aplicado a una persona del género femenino, adulto joven con alteración en la función renal por neoplasia con base en el modelo de Virginia Henderson.

Cárdenas Jiménez, M (2011). Escuelas de pensamiento. Manuscrito no publicado. UNAM-ENEO.

Donahue, Patricia (1993) Historia de la enfermería. España. Ediciones Doyma.

Fernández Ferrin, C. Ma Teresa, Luis Rodrigo. Ma Victoria, Navarro Gómez. (2000). De la teoría a la práctica, el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona, España. Masson.

García González, M.J (2002) El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. México D.F: Progreso.

García Martín, C. María Martínez Martín. (2001). Historia de la enfermería, evolución histórica del cuidado enfermero. Madrid, España.: Harcourt.

García Torres, V (2010). Los orígenes de los cuidados, la fase religiosa, los cuidados de la enfermería en la edad media los cuidados de enfermería en el renacimiento, la enfermería en la edad moderna. Manuscrito no publicado. UNAM-ENEO.

Heater, H (2010). NANDA Internacional Diagnósticos Enfermeros Definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona, España.: Elsevier

Henderson, V. (1994) La naturaleza de la enfermería reflexiones 25 años después. España: McGraw-Hill.

Hernández Conesa, J. (1995). Historia de la enfermería, un análisis histórico de los cuidados de enfermería. Madrid.: Interamericana Mc Graw-Hill

Hernández Martín, H.C (1996). Historia de la enfermería en España (desde la antigüedad hasta nuestros días). Madrid.: Síntesis, S.A

Hernández Ramírez, L. Rosa Ma Luna. Zoila León M. (2010). Fundamentación teórica de las necesidades humanas. Manuscrito no publicado. UNAM-ENEO.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2013) Mujeres y hombres en México 2012. En: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101215.pdf

Kasper, Dennis. Anthony, Fauci. et. al. (2006). Harrison Principios de Medicina Interna. México, Buenos Aires. Mc Graw-Hill

Kozier Bárbara. Glenora Erb. Rita Olivieri. (1993). Enfermería fundamental, conceptos, procesos y práctica. Nueva York.: Interamericana McGraw Hill.

McCloskey, J. (2004). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Madrid, España. Elsevier.

Moorhead, S. Johnson, M. (2009) Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Madrid, España. Elsevier.

Marriner Tomey, Ann. Raile, M. (2007). Modelos y teorías en enfermería. Madrid: Elsevier Mosby.

Méndez Durán A, J. F Méndez-Bueno, T Tapia-Yáñez, Angélica Muñoz Montes, Leticia Aguilar Sánchez. (2010). Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. Consultado 10 Diciembre 2013 En: <http://zl.elsevier.es/es/revista/dialisis-trasplante-275/epidemiologia-insuficiencia-renal-cronica-mexico-13147524-originales-2010>

Pérez Manjarrez, Idelma (2000). PAE El modelo de Virginia Henderson y el PAE aplicado a un paciente con Insuficiencia Renal Crónica.

Raile Alligood, M. Marriner Tomey, A. (2011) Teorías y modelos de enfermería Madrid España: Elsevier.

Real Academia Española. (2001).Diccionario de la lengua española (22.^a ed.). Madrid, España.

Rodríguez Sánchez, Bertha. (2002). Proceso enfermero aplicación actual. Guadalajara, México. Editorial Cuellar.

Sandoval Alonso, Leticia (2011). Fundamentos de la teoría de enfermería. Manuscrito no publicado. UNAM-ENEO.

Siles González, José (1996). Pasado, presente y futuro de la enfermería en España. Perspectiva histórica y epistemológica. Alicante: Cecova.

SUAYED UNAM-ENEO. (2004) Antología de Crecimiento y desarrollo Vol. 2. Documento publicado ENEO-UNAM. Sistema de Universidad Abierta.

Universidad panamericana (1998). Memorias misión y valores de una profesión. México: Universidad panamericana.

Casares, J. (2000). Diccionario ideológico de la lengua española. Barcelona. Gustavo GillX

X. ANEXOS

10.1 Instrumento metodológico

I.-FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: Lillan	Edad: 39 años	Talla: 165 cm.
Fecha de nacimiento: 24- Junio- 1974	Sexo: Femenino	
Ocupación: Hogar.	Escolaridad: Secundaria	Fecha de admisión:
Hora:	Procedencia: Domicilio	Fuente de información: Directa
Fiabilidad: (1-4) 4	Miembro de la familia/ persona significativa:	

II.- VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Oxigenación, nutrición e hidratación, Eliminación y termorregulación.

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Datos Subjetivos:

Disnea debido ha; refiere presentar falta de aire cuando hace frio o llueve.	Tos productiva /seca: Si refiere tener tos con flema blanquecina.
Dolor asociado con la respiración: no	
Fumador: no	
Desde cuando fuma/ cuántos cigarros al día/ varía la cantidad según su estado emocional: No fuma	

Datos Objetivos:

Registro de signos vitales y características: 180/100 mm/Hg. F.C. 105 latidos por minuto	
F.R. 20 respiraciones por minuto. Temperatura 36.0 °C	
Tos productiva /seca: no presento tos durante las entrevistas.	Estado de conciencia: Despierta y reactiva.
Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal: piel y tegumentos pálidos, lechos ungueales pálidos con llenado capilar de 3 a 4", con ligera palidez peribucal.	
Circulación del retorno venoso: no presenta estasis venosa en miembros inferiores, ni en miembro torácico izquierdo, en miembro torácico derecho tiene una fistula arterio-venosa para hemodiálisis con múltiples zonas de aneurismas.	
Otros: Al salir de la sesión de hemodiálisis no presenta disnea, para la próxima sesión de hemodiálisis Lillan presenta disnea al caminar o realizar algún esfuerzo, además de aumentar de 3 a 4 kilogramos en peso de sesión a sesión. Satura por oximetría capilar al 93%. Presenta hemoglobina de 7.7 g/dl y Hematocrito de 19.9%.	

NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATAACION

Datos subjetivos

Dieta habitual (tipo) Refiere mantener una dieta variada con consumo de verdura de 5 veces por semana, pollo 5 veces por semana, carne roja y huevo 1 vez por semana, en todas las comidas incluye carbohidratos como la tortilla o el pan.
Número de comidas diarias. 3
Trastornos digestivos. No refiere.
Intolerancia alimentarias/ Alergias. No refiere.
Problemas de la masticación y deglución. No refiere.
Patrón de ejercicio. No refiere tener un patrón de ejercicio, el único ejercicio que realiza es el de subir y bajar las escaleras de su casa 1 o 2 veces por día.

Datos Objetivos:

Turgencia de la piel: piel con adecuada turgencia.
Membranas mucosas hidratadas/ secas: mucosa oral hidratada con falta de piezas dentales.
Características de uñas/cabello: uñas gruesas con falta de brillo, cabello seco y quebradizo aunque bien implantado.
Funcionamiento neuromuscular y esquelético: adecuado, mueve correctamente todas las articulaciones, camina erguida, con fuerza muscular 5 de 5.
Aspecto de los dientes y encías: Dientes amarillentos con falta de muelas en maxilar superior derecho e inferior izquierdo.
Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: no presenta heridas por el momento, una lesión cortante refiere que le cicatriza en 6 o 7 días.
Otros: Se observó a la señora en varias ocasiones ingiriendo refresco de cola antes de entrar a su sesión de hemodiálisis a pesar de que su régimen terapéutico se lo

restringe. Presenta una ganancia de 3 a 4 kilogramos en peso en 2 días. Albumina sérica de 3 g/dl.

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Datos Subjetivos:

Hábitos intestinales: Refiere evacuar una vez cada 2 días

Características de las heces/orina/ menstruación: heces formadas de color café, en ocasiones muy duras. No presenta diuresis desde hace 5 años. No presenta menstruación de un año a la fecha.

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: No ha presentado hemorragias, inicio su padecimiento renal hace 8 años como consecuencia de hipertensión arterial.

Uso de laxantes: No usa ningún tipo de laxantes.

Hemorroides: No refiere.

Dolor al defecar/menstruar/orinar: Presenta dolor al defecar cuando la evacuación es muy dura.

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: No se alteran.

Datos Objetivos:

Abdomen, características: Abdomen globoso a expensas de pániculo adiposo, blando
Ruidos intestinales: presentes con adecuada frecuencia e intensidad.
Palpación de la vejiga urinaria: no se palpa globo de vejiga urinaria.
Otros: a la palpación se encuentra el abdomen depresible no doloroso a la palpación, sin megalias ni timpanismo.

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Datos Subjetivos:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: Se adapta a los cambios de clima del país, prefiriendo el clima frío por que al abrigarse se le quita el frío y el calor no hay con que quitárselo.
Ejercicio, tipo y frecuencia: Refiere no tener un patrón de ejercicio, la única actividad física que realiza es subir y bajar las escaleras de su casa y caminar al hacer las compras del día.
Temperatura ambiental que le es agradable: el frío.

Datos Objetivos:

Características de la piel: Piel pálida y seca
Transpiración: No presenta transpiración durante la sesión de hemodiálisis.
Condiciones del entorno físico: la sala de hemodiálisis es pequeña y se mantiene una

temperatura fría con el aire acondicionado, situación que es grata para Lillan ya que se tapa con una cobijita y mantiene adecuadamente su temperatura corporal.

Otros: Al recibir concentrados eritrocitarios no presenta alteración en la temperatura.

2.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Moverse y mantener una buena postura, Usar prendas de vestir adecuadas, Higiene y protección de la piel y Evitar peligros.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Datos Subjetivos:

Capacidad física cotidiana: refiere desplazarse sola por su casa y el entorno, se encuentra activa la mayor parte del día.

Actividades en el tiempo libre: juega con un sobrino de tres años de edad, lo lleva al parque o juega a la pelota.

Hábitos de descanso: No tiene hábitos de descanso, aunque refiere dormirse de dos a tres horas por la tarde.

Hábitos de trabajo: No tiene un trabajo remunerado por qué su enfermedad no se lo permite pero su trabajo es en el hogar al preparar los alimentos diariamente para toda la familia.

Datos Objetivos:

Estado del sistema músculo esquelético, fuerza: su sistema musculo esquelético se encuentra conservado, ya que puede moverse por sí misma mantiene una fuerza

muscular 5 de 5.	
Capacidad muscular, tono/resistencia/flexibilidad: Presenta adecuada capacidad y tono muscular, así como adecuada flexibilidad, ya que mueve correctamente todas las articulaciones de su cuerpo sin presentar dolor.	
Posturas: Su postura en descanso y el caminar es erguida.	
Necesidad de ayuda para la deambulaci3n: No requiere ayuda para la deambulaci3n, camina con paso firme pero lento.	
Dolor con el movimiento: No presenta.	Presencia de temblores: No presenta.
Estado de conciencia: Despierta y reactiva.	Estado emocional: Sin alteraci3n.
Otros: No presenta movimientos ni temblores de miembros inferiores al caminar, con esfuerzo respiratorio a los medianos esfuerzos como al caminar y cambiarse de ropa. camina en posici3n erguida con paso firme pero lento, presenta disnea de peque1os esfuerzos como al caminar y cambiarse de ropa, con uso de m1sculos accesorios, frecuencia respiratoria al caminar de 24 X', con expresi3n verbal de sentirse fatigada al realizar cualquier esfuerzo, el laboratorio reporta hemoglobina de 7.7 g/dL, Hematocrito 19.9%.	

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUE1O

Datos Subjetivos:

Horario de descanso: por la tarde de dos a tres horas.	Horario de sue1o: de 23:00 a 3:00 am
--	--------------------------------------

Horas de descanso: de 2 a 3 horas	Horas de sueño: cuatro
Siesta: por la tarde de 2 a tres horas	Ayudas: No
Insomnio: No	Debido a:
Descansado al levantarse: Si refiere sentirse descansada al levantarse, pero presenta mucho sueño en el transcurso del día.	

Datos Objetivos:

Estado mental. Ansiedad / estrés / lenguaje: Estado mental normal, sin presentar ansiedad o estrés, su lenguaje es fluido y comprensible.	
Ojeras: Si	Atención: Adecuada.
Bostezos: No	Concentración: Adecuada.
Apatía: No, es muy cooperadora.	Cefaleas: No presenta.
Respuesta a estímulos: Adecuada	
Otros: Al llegar a la sala de hemodiálisis se encuentra muy reactiva y sin referir sueño, pero al encontrarse cómodamente sentada en el reposet se duerme y llega a un sueño profundo, que en el caso de requerirla despierta hay que hablarle en varias ocasiones ya que siente el estímulo verbal pero se le cierran nuevamente los ojos, incluso también se queda dormida cuando se encuentra haciendo hemostasia en los sitios de punción.	

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Datos Subjetivos:

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: No
Su autoestima es determinante en su modo de vestir: No
Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: No
Necesita ayuda para la selección de su vestuario: No

Datos Objetivos:

Viste de acuerdo a su edad: Si	
Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Adecuado, ya que se viste y desviste sola.	
Vestido incompleto: No	Sucio: No
Inadecuado: No	
Otros: Al presentarse a la sesión de hemodiálisis usa pantalón y blusa de vestir con zapato de piso, teniéndose que cambiarse por ropa hospitalaria al entrar a la sala, situación que realiza sola en un tiempo razonable con esfuerzo respiratorio al realizar esta actividad.	

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Datos Subjetivos:

Frecuencia del baño: Diario.

Momento preferido para el baño: En la mañana.
Cuántas veces se lava los dientes al día: de dos a tres veces por día.
Aseo de manos antes y después de comer: Si
Después de eliminar: Si
Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: No

Datos Objetivos:

Aspecto general: Pulcro	
Olor corporal: Agradable ya que no despide malos olores en axilas ni pies.	Halitosis: No presenta mal aliento, la halitosis que presenta es por uremia.
Estado del cuero cabelludo: Limpio y libre de caspa.	
Lesiones dérmicas Tipo (Anote la ubicación en el diagrama): No presenta lesiones dérmicas a pesar de tener la piel seca.	
Otros: En brazo derecho tiene una fistula arterio-venosa para hemodiálisis con múltiples zonas de aneurismas.	

Masculino:

Femenino:

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Datos Subjetivos:

Que miembros componen la familia de pertenencia: Hermana, cuñado, hija y ella.	
Cómo reacciona ante situación de urgencia: Refiere que en caso de temblor ella y sus familiares se recargan en una de las paredes de la casa y esperan a que pase el temblor.	
Conoce las medidas de prevención de accidentes: También refiere conocer las medidas de prevención de accidentes dentro del hogar.	
Hogar: cuando se encuentra cocinando mantiene cerrada la puerta de la cocina para evitar que entren los niños, usa el cuchillo con mucho cuidado para no cortarse, no deja fuera de la estufa los mangos de las sartenes, se mantiene pendiente de la cocción de los alimentos para evitar derrames que apague el fuego y escape el gas, usa el pasamanos de la escalera para subir y bajar las escaleras, sus sandalias de baño tienen suela antiderrapante y en casa	Trabajo: No trabaja

no tiene alfombras.	
Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: Si, ya que asiste a sus sesiones de hemodiálisis tres veces por semana, pero no cuenta con una adecuada solvencia económica, situación que no le permite tomarse los estudios de laboratorio mensuales así como para comprar la eritropoyetina que necesita.	
familiares:	
Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: Cuando se siente estresada, llora en su cuarto y le platica a su hermana la situación por la que se siente estresada o tensa. Cuando solo se siente inquieta y un poco ansiosa mastica hielo para calmar esta situación.	

Datos Objetivos:

Deformidades congénitas: No presenta
Condiciones del ambiente en su hogar: mantienen un ambiente armónico de familia, su hermana y cuñado le apoyan económicamente para el pago de sus hemodiálisis. Se siente querida por su familia.
Trabajo: No trabaja.
Otros: usa calzado antiderrapante, camina con paso lento pero firme, cuando permanece de pie por un tiempo prolongado se apoya en la pared para que no se le venzan los pies y se caiga.

3.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas, aprendizaje.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Datos Subjetivos:

Estado civil: Separada.	Años de relación: cinco años de relación mantuvo con el padre de su hija.
Viven con: hija de 18 años, su hermana y el esposo de su hermana.	Preocupaciones / estrés: Menciona que en algunas ocasiones se encuentra preocupada por qué no puede trabajar para solventar los gastos que le genera su enfermedad, su hermana y cuñado son quienes aportan el dinero para que pague sus hemodiálisis.
Familiar: Mantiene una adecuada comunicación con su familia, ya que a ellos les informa cualquier cambio que sienta en su estado de salud, así como su estado de ánimo.	
Otras personas que pueden ayudar: No, solo su hermana y cuñado son quienes le ayudan económicamente para el pago de sus hemodiálisis.	
Rol en estructura familiar: Dentro de su familia juega el rol de madre y hermana, se siente a gusto ayudando con las actividades domésticas, ya que ella es quien prepara los alimentos para toda la familia.	
Comunica problemas debidos a la enfermedad / estado: A su hermana principalmente le comunica los cambios que presenta en su estado de salud y su estado anímico.	
Cuanto tiempo pasa sola: de 2 a 3 horas por día.	
Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: No trabaja.	

Datos Objetivos:

Habla claro: Si	Confuso: No.
Dificultad. Visión: No presenta alteración.	Audición: Adecuada.
Comunicación verbal / no verbal /con la familia / con otras personas significativas: expresa claramente sus sentimientos e ideas, con la familia y las personas con las que convive (compañeros de hemodiálisis, personal de enfermería y medico).	
Otros: Al momento de un dialogo mantiene contacto visual con la persona que se está comunicando y se muestra interesada por mantener la comunicación.	

NECESIDAD DE VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS Y VALORES

Datos Subjetivos:

Creencia religiosa: Es de religión católica, cree en Dios, en la Virgen María y los Santos.
Su creencia religiosa le genera conflictos personales: No
Principales valores en la familia: La familia, respeto y ayuda a los demás
Principales valores personales: Honradez, el respeto y la familia.
Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: Si, ya que lleva puesto en el cuello un escapulario con la imagen de la virgen de Guadalupe.

Datos Objetivos:

Hábitos específicos de vestido.(grupo social religioso):
Permite el contacto físico: Permite se mantenga con ella un contacto físico, ya que acepta se le tome la mano para ayudarle a pesarse y tomar su lugar en la sala de hemodiálisis.
Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: No.
Otros: Refiere que antes de enfermar asistía a la escuela de pastoral junto con su madre, en la actualidad solo asiste al a misa dominical, ya que las sesiones de hemodiálisis le absorben mucho tiempo, además de salir de esta muy cansada y lo que quiere es llegar a descansar a su casa.

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Datos Subjetivos:

Trabaja actualmente: No.	Tipo de trabajo: No trabaja.
Riesgos:	Cuánto tiempo le dedica al trabajo: Ni trabaja.
Está satisfecho con su trabajo: No tiene un empleo remunerado. lo que le causa conflicto	
Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega: No se encuentra conforme con su rol familiar, ya que la falta de un ingreso económico propio le provoca un conflicto con el rol que está desempeñando, ya que ella quisiera trabajar y contar con un ingreso económico para ayudar con los gastos de la casa y mantener adecuadamente su tratamiento, pero su enfermedad la mantiene débil y cansada la mayor parte del día.	

Datos Objetivos:

Estado emocional./calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/eufórico: A su llegada al servicio de hemodiálisis se observa tranquila así como durante el tratamiento.
Otros: Mastica chicle durante la sesión de hemodiálisis, a lo que comente que es para relajarse ya que algunas veces se pone inquieta y ansiosa y para tranquilizarse necesita encontrarse mordiéndolo algo, (en casa mastica hielos y en hemodiálisis

mastica chicle)

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Datos Subjetivos:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Menciona que en su tiempo libre asiste con su familia al cine y al centro de la ciudad, específicamente a los eventos que se organizan en el zócalo.

Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: No.

Recursos en su comunidad para la recreación: su colonia cuenta con un parque de aves, áreas verdes y no muy lejos de su domicilio esta la localidad de Ameca donde se encuentran algunos balnearios a los que asisten 1 o 2 veces por año.

Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: Si juega regularmente con su sobrino de tres años.

Datos Objetivos:

Integridad del sistema neuromuscular: sistema neuromuscular integro, puede caminar sola a paso lento pero firme, con ayuda o apoyo de alguien camina a paso rápido.

Rechazo a las actividades recreativas: No, ya que se integra adecuadamente a los convivios que organizan los familiares de los pacientes que asisten a hemodiálisis.

Estado de ánimo. Apático/aburrido/participativo: Participa activamente en los convivios.

Otros: Se observó a la señora jugando muy divertida con su sobrino de tres años en

varias ocasiones que la acompaño a su sesión de hemodiálisis.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Datos Subjetivos:

Nivel de educación: Menciona haber cursado como nivel máximo de estudios la secundaria.

Problemas de aprendizaje: No presenta.

Limitaciones cognitivas: No presenta. tipo

Preferencias. Leer/escribir: mantiene una preferencia por la lectura.

Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: Si menciona que en su colonia se encuentran algunas fuentes para el aprendizaje como el INEA.

Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo: Si solo que no le interesa ya que ella ya concluyo la educación básica.

Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: Refiere interesarse en aprender a resolver sus problemas de salud.

Otros: aunque muestra interés por aprender a resolver sus problemas de salud, pero las indicaciones proporcionadas por el personal de salud no las acata, ya que llega a su sesión de hemodiálisis hipertensa y con un aumento de 3 a 4 kilogramos en peso.

Datos Objetivos:

Estado del sistema nervioso: Sistema nervioso integro, emocionalmente se encuentra estable

Órganos de los sentidos: Presenta disminución de la audición del lado derecho, los

demás sentidos se encuentran íntegros.

Estado emocional ansiedad, dolor: No se observe con datos de ansiedad o dolor.

Memoria reciente: Adecuada, recuerda claramente que actividades realizo hace unas horas como el día anterior.

Memoria remota: Adecuada, ya que se acuerda de lo que paso cuando era pequeña.

Otras manifestaciones:

10.2 Insuficiencia Renal Crónica

Concepto: La IRC es un proceso fisiopatológico multifactorial de carácter progresivo e irreversible que frecuentemente lleva a un estado terminal, en el que el paciente requiere terapia de reemplazo renal (TRR), es decir diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante para poder vivir, Kasper (2006).

Etiología

Las causas de IRC se pueden agrupar en enfermedades vasculares, enfermedades glomerulares, túbulo intersticiales y uropatías obstructivas. Actualmente en nuestro país la etiología más frecuente es la diabetes mellitus, siendo responsable del 50% de los casos de enfermedad renal (USRDS), seguida por la hipertensión arterial y las glomerulonefritis. La enfermedad renal poliquística es la principal enfermedad congénita que causa IRC.

Fisiopatología

Las nefropatías crónicas son enfermedades con diferentes procesos fisiopatológicos acompañadas de anomalías de la función renal y deterioro progresivo de la tasa de filtración glomerular (GFR).

La fisiopatología de la enfermedad renal crónica comprende dos conjuntos amplios de mecanismos lesivos: 1) mecanismos desencadenantes que son específicos de la causa principal (como serían complejos inmunitarios y mediadores de inflamación en algunos tipos de glomerulonefritis o exposición a toxinas en algunas enfermedades tubulointersticiales renales) y 2) un grupo de mecanismos progresivos que incluyen hiperfiltración e hipertrofia de las nefronas viables restantes, que son consecuencia frecuente de la disminución permanente de la masa renal, independientemente de la causa fundamental.

En las etapas iniciales de la IRC existe un proceso de hiperfiltración adaptativa el cual es mediado por moléculas vasoactivas, proinflamatorias y factores de crecimiento que a largo plazo inducen deterioro renal progresivo. Esta compensación mantiene una TFG aumentada; no es hasta que hay una pérdida de al menos 50% de la función renal que se ven incrementos de urea y creatinina en plasma. Cuando la función renal se encuentra con una TFG menor del 5 a 10% el paciente no puede subsistir sin terapia de remplazo renal, Kasper (2006).

Manifestaciones Clínicas

Conforme disminuye la función renal de la persona se presentan alteraciones de:

❖ Líquidos y electrolitos

- Expansión y concentración del volumen.
- Hipernatremia e hiponatremia.
- Hiperpotasemia e hipopotasemia.
- Acidosis metabólica.
- Hiperfosfatemia.
- Hipocalcemia.

❖ Endocrinas y metabólicas

- Hiperparatiroidismo secundario.
- Osteomalacia adinámica.
- Osteomalacia por déficit de vitamina D.
- Intolerancia a los carbohidratos.
- Hiperuricemia.
- Hipertrigliceridemia.
- Disminución de lipoproteínas de alta densidad.
- Desnutrición proteínocalórica.
- Alteraciones del crecimiento y el desarrollo.

- Esterilidad y disfunción sexual.
- Amenorrea.
- Hipotermia.

❖ Neuromusculares

- Fatiga.
- Trastornos del sueño.
- Deterioro de los procesos mentales.
- Letargo.
- Neuropatía periférica.
- Síndrome de piernas inquietas.
- Parálisis.
- Convulsiones.
- Calambres musculares.

❖ Cardiovasculares y pulmonares

- Hipertensión arterial.
- Insuficiencia cardiaca congestiva o edema pulmonar.
- Pericarditis.
- Miocardiopatías.
- Pulmón urémico.
- Ateroesclerosis acelerada.
- Hipotensión, arritmias.
- Calcificación vascular.

❖ Dermatológicas

- Palidez.
- Hiperpigmentación.
- Prurito.
- Equimosis.

- Escarcha urémica.
- ❖ Hematológicas e inmunitarias
 - Anemia.
 - Linfocitopenia.
 - Aumento de la predisposición a las infecciones.
 - Esplenomegalia o hiperesplenismo.
 - Leucopenia.
 - Hipocomplementemia.

Tratamiento

Las opciones de terapia de remplazo renal para los pacientes en IRCT son el trasplante renal, la hemodiálisis y la diálisis peritoneal con su diferentes modalidades. Cuyo objetivo de la terapia dialítica es la extracción de moléculas de bajo y alto peso molecular y exceso de líquido de la sangre que normalmente se eliminarían por vía renal y la regulación del medio intra y extracelular, Kasper (2006).

Hemodiálisis

La hemodiálisis consiste en la difusión de solutos a través de una membrana semipermeable, El movimiento de los productos metabólicos de desecho ocurre a lo largo de un gradiente de concentración desde la circulación sanguínea hacia el líquido de diálisis.

Los tres componentes principales de la diálisis son: el dializador, el sistema de transporte y la composición del líquido de diálisis. La sangre se pone en contacto con el líquido de diálisis a través de una membrana semipermeable. El movimiento de sustancias y agua ocurre por procesos de difusión, convección y ultrafiltración.

Para poder realizar la hemodiálisis se requiere establecer de manera temprana un acceso vascular que permita la entrada y salida de sangre. Existen diferentes tipos de acceso: la fístula arteriovenosa (FAV), el injerto y el catéter central.

La FAV es una anastomosis que se realiza entre una arteria y una vena. Las más utilizadas son las fístulas radio cefálica, braquiocefálica y braquiobasílica.

Cuando se requiere de hemodiálisis con urgencia, se utiliza el catéter venoso central

Diálisis Peritoneal

El sistema de diálisis peritoneal consiste en infundir de 1 a 3 litros de una solución dializante a la cavidad peritoneal a través de un catéter y permitir que el líquido permanezca en ella durante 2 a 4 horas.

El peritoneo es la membrana serosa más grande del cuerpo, con un área de 1 a 2 m² en los adultos y está abundantemente vascularizado. La difusión de solutos mediada por las fuerzas oncóticas y líquido a través del peritoneo ocurre mediante un sistema de poros en los capilares peritoneales, los cuales proporcionan un área de intercambio extensa.

El acceso a la cavidad peritoneal se logra a través de un catéter peritoneal agudo o crónico, donde el agudo se emplea para realizar diálisis de forma aguda o de urgencia y el catéter crónico posee uno o dos manguitos de dacrón tunelizando la piel para llegar a la cavidad peritoneal.