



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UNA PERSONA
ADULTO MAYOR CON ALTERACIÓN DE LA NECESIDAD DE OXIGENACIÓN
CON BASE EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA
PRESENTA:**

**MARGARITA CHAVARRÍA ROSALES
No. DE CUENTA
409115341**

DIRECTORA DEL TRABAJO:

LEO.CRISTINA MARGARITA LÓPEZ RUIZ

CIUDAD DE MÉXICO A MAYO DE 2016



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.

ÍNDICE

	Pág.
Introducción	3
I Justificación	6
II Objetivos	9
III Metodología	10
IV Marco Teórico	14
4.1 Conceptos Básicos del Modelo de Virginia Henderson	15
4.2 Definición del Proceso de Enfermería y sus etapas	21
V Aplicación del Proceso Atención de Enfermería	36
5.1 Presentación del caso	36
5.2 Valoración de las 14 Necesidades	41
5.3 Conclusión diagnóstica de enfermería	50
5.4 Jerarquización de necesidades	53
5.5 Plan de cuidados (Ejecución y Evaluación)	55
5.6 Plan de Alta	72
VI Conclusiones	76
VII Referencias Bibliográficas	78
VIII Anexos	80
Anexo 1: Instrumento metodológico de Valoración de las 14 Necesidades Básicas del ser Humano, basado en el Modelo de Virginia Henderson.	81
Anexo 2: Tríptico, Dejar de fumar sí se puede.	90

Anexo 3: Tríptico “Información sobre un plan de alimentación de 1600 Kcal.”	91
Anexo 4: Folleto “Alimentación Saludable para persona con Hemodiálisis”.	92
Anexo 5: Díptico de Salud Bucal.	94
Anexo 6: Díptico de Información sobre cuidados básicos para una persona que necesita movilización y estimulación.	95
Anexo 7: Díptico de Cuidados en el hogar para la activación muscular.	96
Anexo 8: Tríptico ¿Qué es la Hemodiálisis?	97

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo esta constituido primeramente por la justificación, objetivos y la metodología implementada para poder desarrollar un Proceso de Enfermería. El cual, fue realizado en el Hospital General “Gral. José María Morelos y Pavón” del “Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)”, en el servicio de Hospitalización de Medicina Interna, en el periodo comprendido del 15 de enero al 05 de febrero de 2016, en donde se selecciono el caso clínico del señor Alberto, de 60 años de edad, quien ingreso con los diagnósticos médicos principales de Diabetes Mellitus tipo 2 e Insuficiencia Renal Crónica. Por ser algunas de las primeras causas de estancia hospitalaria prolongada, en un hospital de Segundo Nivel de Atención.

Posteriormente, dentro del Marco Teórico y la aplicación del Proceso de Enfermería, se utilizó el Modelo de Virginia Henderson y el Instrumento de las 14 necesidades básicas (anexo 1), lo que permitió identificar que necesidades son Independientes, parcialmente dependientes y dependientes, tomando en cuenta los cuatro elementos que son: enfermería, salud, entorno y persona que interactúan entre sí, para que exista un equilibrio que ayudará a la persona a ser independiente o parcialmente dependiente.

Por ende, el profesional de Enfermería para que proporcione un cuidado integral a la persona y a su familia, debe tomar como marco de referencia la satisfacción de las necesidades básicas. En este proceso se abordaron aspectos elementales de la practica de enfermería en sus dimensiones científica, técnica y humana; a fin de

que en la atención que se proporciona a la persona en la unidad hospitalaria, se evidencie el interés que tiene la enfermera al valorar y dar cuidados para lograr su bienestar, apoyarle en su tratamiento, prevenir las complicaciones o favorecer la realización de acciones que le permitan mantener su calidad de vida.

Además con la utilización del método NANDA, se identificaron los diagnósticos de enfermería y se realizó un plan de cuidados específicos. Por lo cual, con la ayuda de la taxonomía NANDA, NIC, NOC que incluyeron los resultados esperados y las intervenciones de enfermería que se implementaron, facilitaron su aplicación y registro del proceso enfermero. En donde se realizando diversas actividades dentro del plan de cuidados, como por ejemplo: se le menciona a la persona como última opción para sustituir la función renal, la terapia de hemodiálisis, dándole capacitación sobre ello (anexo 8), para sensibilizarlo a aceptar el tratamiento. Así mismo, se proporcionó educación para la salud al Señor Alberto y su familiar durante su estancia hospitalaria, sobre la técnica adecuada de cepillado de dientes (anexo 5), se le enseñó a su esposa técnicas de masaje en la espalda y miembros inferiores (anexo 7) para realizar por las noches a su persona para que pudiera dormir. De igual forma, se le enseñaron algunos juegos y asignaron tareas para ayudarlo a desarrollar sus capacidades y actitudes, para incrementar su autoestima y el uso productivo del tiempo libre, a través de un díptico (anexo 6). Para dar continuidad en el hogar se le entregó información relacionada con medidas preventivas para dejar de fumar, buena alimentación y de actividad física pasiva (anexos 2, 3, 4 y 6 respectivamente), garantizando con ello realizar las actividades parcialmente dependientes con el seguimiento de las indicaciones descritas en el Plan de Alta.

Para finalizar con el presente trabajo, se menciona en las conclusiones, el aprendizaje obtenido al elaborar el trabajo en mención y la experiencia dentro del servicio de hospitalización de Medicina Interna. Posteriormente se enlistan las referencias bibliográficas consultadas para el desarrollo del trabajo y en anexos se encuentran los instrumentos que se utilizaron durante el cuidado enfermero, los cuales fueron útiles para el otorgamiento del Plan de Alta de la persona y su familia.

I. JUSTIFICACIÓN

La elaboración del Proceso de Enfermería, es de vital importancia por el abordaje científico que los estudiantes de enfermería llevan a cabo a través de la práctica, desarrollando así las habilidades, destrezas y el cumplimiento del principio de interrelación con la familia, la persona y la comunidad. Por lo consiguiente, el haber elaborado un proceso de enfermería abre nuevos panoramas para incursionar dentro de la profesión de enfermería, en donde las principales competencias en el actual contexto tan cambiante, es brindar cuidados enfermeros a las personas que se encuentran en constante interacción con el entorno y viven experiencias de salud dentro de su ciclo vital.

Debido a la organización y estructuración de las actividades de forma racional, lógica y sistemática, fue posible llevar a cabo su aplicación con la utilización del método científico. Su estructura está constituida por una serie de pasos o etapas (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación). Dichas etapas están íntimamente interrelacionadas, y aunque se expongan, analicen y estudien por separado, en la práctica se traslapan durante las intervenciones de enfermería.

Aplicar los conocimientos adquiridos y actualizados durante el proceso de enseñanza-aprendizaje de la Licenciatura en Enfermería, a través de las diferentes asignaturas, en donde la mayoría de ellas, están enfocadas a la persona adulta y adulto mayor; lo que ayudó para que en un hospital de segundo nivel de atención, en donde es común tener saturado el servicio de hospitalización

de Medicina Interna, y que además las primeras causas de morbilidad hospitalaria son las enfermedades crónicas degenerativas, sirvieran de guía para poder realizar un Proceso de Enfermería. Es por ello, que se realizó en el Hospital General “Gral. José María Morelos y Pavón” del ISSSTE, ya que es el centro de trabajo de adscripción y en el servicio de hospitalización de Medicina Interna porque es en donde se puede realizar un trabajo de este tipo, por su grado de complejidad, el tiempo de estancia prolongada de los personas y los múltiples cuidados que hay que desarrollar. Aunado a ello la falta de personal de enfermería en el área, fue un factor importante que ayudó para seleccionar a una persona adulta mayor, que ingreso por presentar complicaciones por su padecimiento.

La finalidad de lograr objetivos de calidad y benéficos para la persona, es que recibió una atención adecuada y cuidados oportunos de Enfermería, dentro de su ámbito biopsicosocial, cultural y espiritual, para que goce de una recuperación favorable, haciendo énfasis en la importancia de seguir acudiendo oportunamente a los servicios de salud a los cuales tiene derecho.

Además con el presente trabajo se busca fortalecer los registros propios de enfermería que permitirán hacer visible el desempeño de la profesión. Enfermería tiene un mínimo de procedimientos registrados en comparación con todas las intervenciones que realiza durante el desempeño del cuidado, para lo cual se requiere establecer la cultura del registro propio de las actividades, para hacerlas visibles, reconociendo la importancia que tiene el proceso de enfermería en sus diferentes etapas y su aplicación en el contexto real de desempeño. El trabajo permite, además, construir un sistema de información y documentación

sistematizada que facilite la gestión del cuidado de enfermería en las diferentes áreas de práctica del ámbito hospitalario, y retroalimentar el proceso mediante información que facilite el análisis de los diagnósticos y las intervenciones de enfermería otorgadas al individuo, familia y comunidad.

II. OBJETIVO GENERAL

Aplicar el Proceso de Enfermería utilizando el Modelo de Virginia Henderson, en un adulto mayor, en el servicio de Hospitalización de Medicina Interna, del Hospital General “Gral. José María Morelos y Pavón” del ISSSTE, durante los meses de enero y febrero de 2016.

Objetivos Específicos:

- Realizar la valoración de las 14 necesidades básicas con base en el Modelo de Virginia Henderson.
- Elaborar los diagnósticos de enfermería real y/o de riesgo para la intervención oportuna y posibles soluciones.
- Realizar un plan de intervención individualizado a una persona con complicaciones de su padecimiento.
- Ejecutar las actividades contempladas en el plan de cuidados, para evaluar los avances en la recuperación de la persona.
- Elaborar el Plan de Alta para ayudar a la persona a continuar en su entorno, con los cuidados parcialmente dependientes.

III. METODOLOGÍA

El presente Proceso de Enfermería se eligió como opción de titulación, para lo cual fue necesario realizar varias revisiones bibliográficas acerca del Modelo de Virginia Henderson y del Proceso de Enfermería.

Se obtuvo información de las diferentes referencias bibliográficas de apoyo, obtenida de las asignaturas cursadas en el sistema de Universidad Abierta a Distancia (SUAYED) en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), para sustentar las bases teóricas, su desarrollo y aplicación del proceso enfermero. Así mismo, poder desarrollar un marco teórico debidamente fundamentado.

Se solicitó la asesoría de una docente de la ENEO, la cual aceptó, para ser asesora del presente trabajo, programando con ella las revisiones vía electrónica y de forma presencial; en donde realizó las revisiones y correcciones pertinentes.

La selección de la persona adulta mayor, fue debido a que es la principal población del servicio de hospitalización de Medicina Interna y la primera causa son las enfermedades crónico degenerativas y sus complicaciones, siendo una de ellas la Diabetes Mellitus tipo 2.

Se realizó la etapa de valoración (primera etapa), a través de una entrevista directa, en el servicio de Hospitalización de Medicina Interna en un Hospital General del ISSSTE. Esta primera entrevista (15 de enero de 2016) fue muy importante para generar la confianza de la persona y su familiar. En las dos

siguientes entrevistas (17 y 21 de enero de 2016) se pudo aplicar en su totalidad el “Instrumento metodológico de Valoración de las 14 Necesidades Básicas del ser Humano”, basado en el Modelo de Virginia Henderson (anexo 1), para identificar los problemas de salud, procesos vitales o manejos terapéuticos; de tipo fisiológico, de percepción, de sentimientos y de conductas.

Al mismo tiempo que se iban obteniendo los datos en el Instrumento de Valoración, se pudieron jerarquizar las necesidades que manifestaron independencia o dependencia de acuerdo a la metodología NANDA, para elaborar los Diagnósticos de Enfermería (segunda etapa del proceso); así como la conclusión de los mismos al situarse en el esquema de dominios y clases, realizando la selección de los mismos, correspondientes a la función vital o en riesgo potencial; para seleccionar la etiqueta diagnóstica que concerniera.

En la tercera y cuarta etapas se planearon los cuidados o intervenciones que se llevaron a cabo con el Sr. Alberto y su familia, utilizando la taxonomía NANDA, NOC y NIC, para ejecutar el cuidado integral y su reincorporación a su ámbito familiar.

Para ello, se utilizó la clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) en relación con la NANDA. Teniendo implícita la escala de medición a utilizar y la puntuación diana, con la cual basado en la valoración clínica inicial previa a la intervención de enfermería es “**mantener a**” y un segundo puntaje hipotético basado en lo esperado después de haber realizado la intervención de enfermería es “**augmentar a**”.

La selección de las intervenciones se realizó con base en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC con interrelación a NOC y NANDA. Una vez identificadas, se seleccionaron las actividades de enfermería acordes con la infraestructura, recursos y competencia profesional, tomando en consideración siempre la aceptación de la persona.

El Sr. Alberto ingreso el 06 de enero de 2016 al servicio de Hospitalización de Medicina Interna, pero el periodo de los cuidados de enfermería para la elaboración del Proceso de Enfermería, fue del 15 de enero al 05 de febrero de 2016, ejecutándose en el turno Matutino de lunes a viernes, de 08:00 a 15:00 horas. Después de ser dado de alta, se realizaron otras dos entrevistas, una a la esposa el día 07 de febrero de 2016 y otra a la persona el día 11 de febrero del mismo año, cuando asistieron a las sesiones de Hemodiálisis. Lo anterior, para obtener información sobre el estado de salud y verificar la continuidad del Plan de Alta.

La quinta etapa contempla la evaluación, en donde se evaluaron los logros obtenidos con el Sr. Alberto, durante su estancia hospitalaria hasta su egreso, el fomentó del aprendizaje y la educación para la salud, para colaborar en la mejora de los cuidados parcialmente dependientes.

En el último segmento del presente trabajo se sintetizaron y confirmaron los resultados obtenidos durante todo el procedimiento, registrando las dificultades y/o facilidades que se obtuvieron para su elaboración, el aprendizaje significativo que reflejó, así como algunas sugerencias y/o comentarios al respecto.

En el rubro de anexos se incorporaron los instrumentos que se utilizaron durante el desarrollo del presente Proceso Atención Enfermero para implementar un Plan de Alta con el cual, la persona puede dar continuidad de las actividades en su domicilio.

IV. MARCO TEÓRICO

En 1979, la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa publicó un documento básico sobre enfermería en el que expresa: “La Enfermería es una actividad innata y fundamental del ser humano y en su forma organizada, constituye una disciplina o ciencia sanitaria en si misma. Su responsabilidad esencial es ayudar a individuos y grupos (familia/comunidad) a funcionar de forma óptima en cualquier estado de salud en que se encuentren”¹. Este es el **deber ser** de la enfermera profesional que esta dirigida hacia la conservación o la recuperación de la salud, asistir en lo que el persona o su familia, no pueden hacer, pero se tiene que hacer de tal manera que el persona y su familia sean independientes a la mayor brevedad, para su reincorporación al medio ambiente que les rodea.

Una enfermera aumenta el valor profesional cuando utiliza el conocimiento teórico como una guía sistemática para el pensamiento crítico y la toma de decisiones. Al utilizar la teoría para estructurar la práctica mejoran la calidad de los cuidados porque organizan mas rápidamente los datos de la persona, deciden la acción enfermera necesaria y suministran el cuidado con una expectativa de resultado. Son capaces de discutir con otros profesionales de la salud el marco utilizado para estructurar su práctica.²

¹ Amaro C., MC (2004). **El método científico de enfermería, el proceso de atención y sus implicaciones éticas y bioéticas**. Rev. Cubana Enfermería; 20(1): 1-7.

² Raile A. M., Marriner T. A. (2011). **Modelos y teorías en Enfermería**. España, Séptima edición, Editorial ELSEVIER. Pág. 13.

4.1 Conceptos Básicos del Modelo de Virginia Avenel Henderson

Datos Biográficos:

Virginia Avenel Henderson, nació en 1897 en Kansas Missouri, EEUU, se graduó como enfermera del ejército en 1921. En 1922 inicia como docente en un hospital de Virginia, 5 años después obtiene la licenciatura en enfermería y posteriormente la maestría. Henderson hizo grandes contribuciones a la enfermería durante más de 60 años como enfermera, profesora, escritora e investigadora, y publicó mucho a lo largo de esos años. Dirigió el Nursing Studies Index Project patrocinado por la Universidad de Yale, que dio lugar a un índice anotado de 4 volúmenes sobre literatura biográfica, analítica e histórica de enfermería desde 1900 hasta 1959. Por lo que se puede considerar el trabajo de Henderson como una filosofía de la enfermería.³

Al igual que otras disciplinas, Henderson especifica que la Enfermería cuenta con una estructura de conocimientos que le permite definirse como una disciplina única que se centra en el estudio del cuidado de la experiencia o vivencia de la salud humana. Tomando en cuenta los cuatro elementos del meta paradigma:

Elemento 1. *Enfermería*: La función específica de la enfermera es asistir a la persona, enferma o sana, en la realización de actividades que contribuyan a la conservación de su salud o a la recuperación (o a una muerte tranquila) y que el persona realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible.

³ Marriner T. A., Raile A. M (2014). **Modelos y teorías en enfermería**. 8ª edición, Editorial ELSEVIER MOSBY, pp.54-56

También utilizó la frase de “meterse en la piel del persona para saber qué es lo que necesitan”, esto se refiere a la **empatía**.

Elemento 2. *Salud*: Estado de bienestar físico, mental y social. La salud es una cualidad de la vida básica para el funcionamiento del ser humano, que requiere de independencia e interdependencia. Además considera como algo muy importante la promoción de la salud para que las personas la puedan recuperar o puedan mantener la *fuerza, voluntad o conocimiento* necesario para mejorar su calidad de vida.⁴

- *Fuerza*: La dependencia proviene de que el individuo carece de fuerza, no solo de fuerza física (poder hacer) sino también de fuerza moral (por qué, para qué) para tomar decisiones y comprometerse en las acciones necesarias para conservar o recuperar la salud.
- *Voluntad*: Se ve disminuida por los problemas de salud, frecuentemente este estado esta relacionado con la capacidad intelectual (querer hacer) y se ve limitado por la falta de recursos económicos o por factores socioculturales.
- *Conocimiento*: Hay desconocimiento de los mecanismos de acción del desarrollo de enfermedades, de los recurso de salud, de los cuidados que se deben de tener en cuanto se presenta la enfermedad para evitar su

⁴ García G. M. J. (2004). *El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson*. México, D.F., 2ª edición, Editorial Progreso, S.A. de C.V. pp 12

desarrollo, en general lo que se refiere a prevención, curación y rehabilitación (qué y como).

La falta de estos tres elementos son las posibles causas de dificultad en la satisfacción de las necesidades, en donde la voluntad es un atributo del espíritu, el conocimiento es una capacidad de toda persona y resultado de la aplicación del razonamiento respecto de un hecho u objeto en particular. Por otra parte, se tiene que diferenciar si es fuerza de voluntad y/o fuerza física, en donde el reto es que la enfermera los identifique objetivamente y los conciba como criterios para definir sus intervenciones.⁵

Elemento 3. *Entorno*: Es el conjunto factores y condiciones externas, entre ellas las relaciones con la familia y la comunidad. Las condiciones del entorno son dinámicas y pueden afectar a la salud y al desarrollo. Las personas maduras pueden ejercer control sobre el entorno, aunque la enfermedad lo puede obstaculizar.⁶

Elemento 4. *Persona*: Individuo total (persona y familia) que cuenta con 14 necesidades fundamentales para mantener un equilibrio biológico, psicológico, social, cultural y espiritual (dimensión holística), las cuales interactúan entre sí y al existir un desequilibrio va a requerir de ayuda para ser independiente.

⁵ Ibídem, p.14

⁶ Bellido V. J. C., L. C. (2010). **Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN**. España, Primera edición, Editorial Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén, pág. 19

- *Estas Necesidades básica son:*

Las 14 necesidades están organizadas de acuerdo a las necesidades de Abraham Maslow. Las primeras siete están relacionadas con la Fisiología, la octava y novena con la seguridad, la decima con la autoestima, la onceava con la pertenencia y de la doceava hasta la catorceava necesidad con la autorrealización. Son universales, interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse de forma aislada, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera.

1. *Respirar normalmente.*- Función vital mediante la cual el organismo absorbe oxígeno y elimina dióxido de carbono, proceso fundamental para mantener la vida y sin el cual el resto de necesidades no tendría sentido alguno.

2. *Comer y beber adecuadamente.*- El organismo necesita hidratarse y nutrirse de manera adecuada para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, esta dependerá del ritmo y estilo de vida de cada persona.

3. *Eliminar los desechos por todas las vías corporales.*- El cuerpo procesa y elimina aquello que no necesita y que una vez usado se convierte en desecho tóxico. Se elimina de diferentes maneras (heces, orina, sudor, aire...).

4. *Moverse y mantener posturas adecuadas.*- El movimiento hace a la persona sea independiente de hacer aquello que necesita, quiere o debe. Cuando una persona ve limitado su movimiento se ve obligado a pedir ayuda para realizar sus actividades.

5. *Dormir y descansar.*- Se requiere de reponer fuerzas para emprender un nuevo día, el sueño reparador de la noche o los pequeños descansos en el día, hace que la persona sea capaz de proseguir con sus actividades habituales.

6. *Elegir ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.*- Una tarea simple al elegir la ropa que se quiere llevar puesta ese día y ser capaz de ponérsela por si mismo.
7. *Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.*- Contar con un ambiente en donde la temperatura sea la adecuada o ser capaz de regular el organismo según haga frío o calor.
8. *Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.*- Poder lavarse diariamente sin ayuda, mantener la limpieza corporal de sí mismo.
9. *Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otras personas.*- Ser capaz de identificar los riesgos de la vida diaria, saber como actuar para prevenirlos y obrar en consecuencia.
10. *Comunicarse con los demás, explicar emociones, necesidades, miedos y opiniones.*- Consiste en tener una vida social, un círculo de amistades, personas en las cuales pueda apoyarse.
11. *Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.*- Poder expresar y actuar de acuerdo a las creencias o religión de cada persona.
12. *Actuar llevando a cabo acciones que tengan un sentido de autorrealización.*- El trabajar para sentirse realizado, útil y parte de la sociedad.
13. *Participación en actividades recreativas y ocio.*- Es un tiempo de distracción, disfrute y relajación.
14. *Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que se pueda alcanzar el desarrollo normal y a usar los recursos disponibles de la salud.*

4.1.1 Afirmaciones teóricas de Virginia Henderson.

4.1.1.1 *Relación Enfermera-persona*: Esta relación surge en la medida en que la enfermera sea capaz de identificar y satisfacer adecuadamente las 14 necesidades de la persona, que van desde una relación dependiente (hacer por ella) hasta una práctica independiente (hacer con ella); desarrollando su fuerza, conocimientos y voluntad para que utilice sus recursos internos y externos, o en otro de los casos, ayudarle a morir con dignidad.

Existen tres niveles en la relación con el persona:

1. *La enfermera como sustituta del persona*: Realiza las acciones que le hacen falta al persona (se convierte en el cuerpo del persona), debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento. Compensa las carencias de la persona cuando se encuentra en un estado grave o crítico.

2. *La enfermera como auxiliar del persona*: Establece las intervenciones durante la convalecencia, ayuda al persona para recuperar su independencia, lo apoya en las necesidades que no puede realizar por sí misma...

3. *La enfermera como compañera del persona*: Fomenta la relación terapéutica con el persona. Supervisa y educa al persona y su familia, para su autocuidado.

4.1.1.2 *Relación enfermera-médico*: La enfermera ayuda al persona a seguir el plan de tratamiento en la forma indicada por el médico. Existe una colaboración mutua con los demás miembros del grupo médico, para planificar y ejecutar el plan de cuidados. Ningún miembro del grupo médico debe exigir de otro, actividades que le obstaculicen el desempeño de su función propia.

4.1.1.3 Relación enfermera-equipo de salud: La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de la salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidados al persona pero no deben realizar las tareas ajenas.

4.2 Definición del Proceso de Enfermería y sus Etapas.

El proceso enfermero es la competencia tradicional del pensamiento crítico que permite al profesional de enfermería realizar juicios clínicos y llevar a cabo acciones basadas en principios y normas, orientadas en la consecución de los objetivos de la profesión de enfermería.

- Prevenir la enfermedad y fomentar, mantener o restablecer la salud.
- Facilitar la autogestión de los cuidados de salud potenciando el bienestar y las capacidades de la persona.
- Brindar cuidados de salud de calidad y eficientes en función de las necesidades y deseos de la persona.
- Seguir buscando formas de incrementar la satisfacción al administrar cuidados de salud de calidad.

4.2.1. Proceso de Enfermería.

Concepto: Es una herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada. Como todo

método, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí y cuyo objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales o grupales reales o potenciales; está compuesto de cinco etapas: valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación⁷. Estas cinco etapas son correlativas y relacionadas entre sí, de forma que cada una de ellas depende de la anterior y condiciona la siguiente.

4.2.2 Etapas del Proceso de Enfermería:

1ª Etapa- Valoración.

Proceso organizado y sistemático de recogida de datos relacionados con el estado de salud de la persona, familia o comunidad. Se realiza a través de la entrevista, observación y exploración física.

Esta primera fase permite a la enfermera recoger datos sobre la situación de salud de la persona, que serán la base de la planificación de las actuaciones de enfermería, dirigidas al logro de unos resultados (objetivos) concretos. Sobre la información obtenida se establecerán las bases de una atención y cuidados individualizados y de calidad. Consta de tres fases:

1. **RECOGIDA DE DATOS.** Se recogerán valorando las 14 necesidades básicas teniendo en cuenta datos subjetivos, objetivos, antecedentes, actuales, generales y focalizados. Orientarán en cuanto al grado de autonomía y si los comportamientos y acciones del individuo son adecuados y suficientes para cubrir

⁷ SECRETARÍA DE SALUD (2011). *Lineamiento General Para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería (PLACE)*. México D.F. pág. 14

satisfactoriamente las necesidades básicas. La **OBTENCIÓN DE LOS DATOS** se realizará:

- **Directamente del persona** (entrevista, observación, exploración física...)
- **Indirectamente de familiares**, procedentes de informes de otros proveedores de cuidados, de la historia clínica, etc.

2. **VALIDACIÓN** o verificación de los datos, comprobando que sean exactos, veraces, suficientes y completos, evitando errores y conclusiones precipitadas. Se deben confirmar todos aquellos datos que sean prioritarios o claves para el establecimiento del diagnóstico, así como aquellos que resulten anómalos o incongruentes.

3. **ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS** agrupando por necesidades aquellos que parezcan ser relevantes o estar relacionados entre sí. Esta organización sistemática facilita la detección de problemas y permite identificar los problemas, manifestaciones de independencia y de dependencia sobre los que planificar los cuidados individualizados.

Agrupación de los datos obtenidos en la valoración por necesidades

Consideraciones para una adecuada organización de los datos:

- **Conductas (datos objetivos) o Indicadores de conducta** (datos subjetivos).
- **Datos a considerar** (aquellos que sin ser conducta ni indicadores de conducta son relevantes para la planificación de los cuidados, Ej. Recursos personales, familiares, económicos de los que dispone la persona, preferencias, limitaciones, características personales) y que repercuten en la satisfacción de las necesidades.

- **Manifestaciones de Independencia.** Satisfacción de la necesidad evaluada mediante la realización de las acciones adecuadas por la persona misma o por otros, en función de la edad, etapa de desarrollo y situación de salud en la que la persona se encuentre.
- **Manifestaciones de Dependencia.** Insatisfacción de la necesidad evaluada como consecuencia de acciones inadecuadas o insuficientes realizadas por la propia persona u otros en función de su edad, etapa del desarrollo y situación de salud. Se debe asociar a las fuentes de dificultad (Fuerza, Conocimiento, Voluntad) sobre las que se deberá trabajar con Intervenciones de enfermería para normalizar la situación.

2ª Etapa- Diagnóstico de Enfermería

Juicio clínico sobre las experiencias/respuestas de una persona, familia, grupo o comunidad frente a problemas de salud reales o potenciales y a procesos vitales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los resultados de los que la enfermera es responsable.

Son interpretaciones científicas procedentes de los datos de valoración que se usan para guiar a las enfermeras en la planificación, implementación y evaluación.

Consta de dos fases:

1. ANÁLISIS DE DATOS

Tras organizar los datos se determinan las conexiones existentes entre las claves y se interpretan, dando lugar a la detección de problemas de Colaboración (reales

o potenciales) que requieren de un abordaje interdisciplinar, y/o Diagnósticos de Enfermería (reales o potenciales) que se tratan de forma independiente.

2. IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS

- **Problema de Colaboración.** Complicaciones reales o potenciales derivadas de la enfermedad o el tratamiento, en las que la persona requiere que la enfermera haga por él las actividades necesarias para la detección, tratamiento y control *prescritas por otro profesional*, generalmente el médico.

- **Diagnóstico de Enfermería.** Juicio emitido sobre situaciones que la enfermera identifica, *valida y trata de forma independiente* con pleno control y autoridad sobre la situación y con total responsabilidad sobre el resultado final. La función de la enfermera es la de ayudar al persona a recuperar su autonomía en la satisfacción de sus necesidades básicas.

- **Problema de Autonomía.** Situación en la que el individuo no puede satisfacer por sí mismo las necesidades básicas debido a que no ha adquirido tal capacidad, la ha perdido temporal o definitivamente, por lo que no se resuelve trabajando sobre la fuerza, voluntad o conocimiento. En ellos, la función de la enfermera es la de suplir al individuo o capacitar a un Agente de Autonomía Asistida para que realice las intervenciones necesarias.

Tipos de diagnóstico (Estado del diagnóstico)

- **Diagnóstico real:** Describe la respuesta de una persona, familia o comunidad, de una situación de salud/proceso vital; se identifica a través de la valoración de los datos objetivos y subjetivos. Su identificación se basa en la existencia de características definitorias (manifestaciones del problema) en el momento de la valoración.

- *Diagnóstico de riesgo (Potencial)*: Describe reacciones del organismo a enfermedades o procesos biológicos que se pueden desarrollar en un individuo, familia o comunidad vulnerables. Especialmente como resultado de estar expuesto a factores que incrementan la posibilidad de lesión o pérdida presentes en el momento de la valoración.
- *Diagnostico de salud*. Describe respuestas humanas a niveles de salud de una persona, familia o comunidad, que están en disposición de mejorar⁸.

Estructura del diagnóstico enfermeros utilizando la taxonomía NANDA.

- *Etiqueta diagnóstica*. Representa una combinación de la definición, las características definitorias y el/los factor/es relacionado/s, si están disponibles. Descripción clara y precisa del problema. Matiza su significado y pone de manifiesto las diferencias entre diagnósticos.
- *Factores etiológicos o relacionados/ de Riesgo (relacionado con R/C)*. Factores y circunstancias que causan el problema o contribuyen a que se desarrolle. Deben ser resueltas mediante acciones puramente enfermeras, encaminadas a corregir los posibles déficits de fuerza, conocimiento o voluntad. Sobre estos factores se enfocarán las intervenciones enfermeras y actividades derivadas de éstas. Si sospechamos que los objetivos que nos planteamos (criterios de resultado: NOC) no pueden ser alcanzados con las intervenciones, porque con ellas no llegamos a tratar la causa del problema, estaríamos ante un Problema de Colaboración, o ante un problema de autonomía.

⁸ Moran A. V., M. R. A. L (2006) **Proceso de Enfermería, Modelo sobre interacción terapéutica y uso de los lenguajes NANDA, CIE Y CRE**. 2ª edición, México, D.F., Editorial Trillas. Pág.137

- *Características definitorias manifestadas.* Grupo de signos y síntomas que se asocian al problema, que se expresan u observan en la respuesta de una persona. Evidencias clínicas que describen una serie de conductas o manifestaciones objetivas y subjetivas que indican la presencia de esta etiqueta diagnóstica, en forma de signos, síntomas y/o verbalizaciones por parte del individuo/familia. Son concretas y mensurables mediante la observación o los informes de la persona/grupo. Al menos una de estas características ha de estar presente para formular un diagnóstico. Excepción: en los diagnósticos de riesgo, los signos y síntomas no están presentes, son aquellos que la persona puede desarrollar, como consecuencia de la presencia de factores de riesgo, de no intervenir adecuadamente.

Reglas para la formulación de los diagnósticos y problemas identificados:

- *Diagnostico real:* Formato **PES** (Problema-Etiología-Signos y síntomas) o **PER** (Problema-Etiología-factores Relacionados).
Problema (Etiqueta) Relacionado con (factor relacionado) Manifestado por (características definitorias).
- *Diagnostico de riesgo:* Problema (Etiqueta) Relacionado con (Factor de riesgo). No hay manifestaciones del problema, puesto que no ha aparecido, a pesar de la presencia de factores de riesgo.
- *Problema de autonomía:* **Área del déficit + Tipo de suplencia**
- *Problema de colaboración:* **Complicación Potencial** (Problema que puede aparecer) + **Secundario a/Relacionado con** (causa que puede originarlo).

- **Problema de Colaboración** (problema ya instaurado) + **Secundario a/Relacionado con** (causa que lo origina)

3ª Etapa- Planificación de cuidados enfermeros

Etapa en la que se establecen las estrategias centradas para prevenir, minimizar o corregir los problemas detectados en el diagnóstico o para promocionar la salud. Se determinan los resultados esperados e intervenciones independientes (aquellas que realiza el profesional de enfermería sin que exista de por medio una indicación médica) e interdependientes (realizadas en coordinación con otros miembros del equipo de salud).⁹

Se establecen prioridades para ayudar a la enfermera a anticiparse y secuenciar las intervenciones cuando la persona tiene problemas o alteraciones múltiples. Dicha selección, la realizan conjuntamente la enfermera y la persona según los deseos, las necesidades y la seguridad de la persona.

1. Establecimiento de **Prioridades** para el abordaje de los problemas

- Problemas que amenacen la vida del individuo.
- Problemas percibidos por el individuo o familia como prioritarios.
- Problemas que contribuyen a la permanencia o aparición de otros problemas y cuya resolución los minimiza o soluciona.
- Problemas a resolver por enfermería.
- Problemas a resolver desde un enfoque multidisciplinar.

⁹ Potter P. A., Griffin P. A. (2003). **FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA**. Volumen I, 5ª edición, España, Harcourt/Océano. pp. 301-384

2. *Establecimiento de **Resultados*** (objetivos) de forma clara de tal manera que orienten y guíen la actuación enfermera, formulados en términos de conducta observable del individuo.

¿Cómo se beneficiará la persona? ¿Qué podrá hacer? ¿Cuándo?

Los objetivos se establecen utilizando la *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*.

Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).

Se dispone actualmente de una clasificación completa de resultados en la persona, con verificación de la fiabilidad y validez de un gran número de resultados, a las investigaciones enfermeras a los cambios en el estado de estos resultados y los resultados completos obtenidos con herramientas de evaluación estandarizadas.

Esta clasificación estandariza el nombre y las definiciones del resultado para su uso en la práctica, la educación y la investigación. Cada uno de ellos incluye un nombre de identificación, una definición y un grupo de indicadores que describen estados, percepciones o conductas específicas en relación con el resultado, una escala de medida tipo Likert de 5 puntos y una selección de las citas bibliográficas utilizadas en la descripción del resultado.

Es necesario evaluar sistemáticamente la respuesta de los resultados NOC a las intervenciones de enfermería, además de que es fundamental para los estudios de

efectividad y eficacia de enfermería. Sin embargo, *el juicio clínico de la enfermera continúa siendo el factor más importante a la hora de seleccionar los resultados.*

*3. Selección de **Intervenciones** y Actividades*

- En los Diagnósticos Reales se dirigirán a actuar sobre las causas o factores relacionados para la reducción, control o eliminación de las manifestaciones.
- En los Diagnósticos de Riesgo se dirigirán a actuar sobre los factores de riesgo para evitar la aparición del problema, así como a la detección temprana en caso de producirse éste.

*4. **Registro del Plan de Cuidados**, elemento clave para la planificación de los Cuidados y la continuidad de éstos, facilitando la comunicación entre los profesionales de la salud. El registro dirige los cuidados y es la base para la evaluación de los progresos, además de ser herramienta para la investigación en materia de cuidados y requisito legal (derecho establecido por ley para el usuario de los Servicios de Salud que genera una obligación en el profesional).*

Las intervenciones enfermeras se establecen utilizando la *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*.

Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).

Cada intervención tiene una etiqueta, una definición, una lista de actividades que el profesional de enfermería debería realizar para llevar a cabo la intervención en el orden lógico en que tendría que desempeñarse y una pequeña lista de referencias bibliográficas. El lenguaje normalizado lo

constituyen la etiqueta y la definición de cada intervención. Cada una de las intervenciones tiene un único código numérico para ayudar a informatizar la NIC y facilitar la retribución a los profesionales de enfermería.

Estas intervenciones incluyen tratamiento y prevención de aspectos fisiológicos y psicosociales; tratamiento y prevención de enfermedades; fomentó de la salud; intervenciones para individuos, familias y comunidades, y cuidados indirectos. Tomando en cuenta la siguiente clasificación:

- *Intervención de enfermería directa*, consiste en un tratamiento realizado a través de la interacción con la persona. comprende acciones fisiológicas y psicosociales.
- *Intervención de enfermería indirecta*, es un tratamiento realizado lejos de la persona pero en su beneficio. Incluyen las acciones de cuidados dirigidas al ambiente que rodea la persona y la colaboración interdisciplinaria.
- *Intervención a la comunidad (o salud pública)*, esta dirigida a fomentar y a mantener la salud de las poblaciones. Proyectan el fomentó de la salud, el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades de poblaciones; además para dirigir el clima social y político en el que vive la población.
- *Tratamiento puesto en marcha por la enfermera*, es una intervención iniciada por un profesional de enfermería en respuesta a un diagnóstico de enfermería, una acción autónoma basada en fundamentos científicos que es ejecutada en beneficio de la persona en una forma

previsible relacionada con el diagnóstico de enfermería y los resultados proyectados.

- *Tratamiento puesto en marcha por el médico*, es una intervención iniciada por el médico en respuesta a un diagnóstico médico pero llevada a cabo por un profesional de enfermería en respuesta a una orden del médico.

La selección de una intervención de enfermería para una persona concreto forma parte de la toma de decisiones clínicas en el profesional de enfermería. Al elegir una intervención debe tomarse en cuenta seis factores: resultados deseados en la persona, características del diagnóstico de enfermería, base de investigación de la intervención, factibilidad de la ejecución, aceptación por la persona y la capacidad del profesional.

Aunado a ello, se requiere de la utilización de un lenguaje estandarizado para el cuidado de los personas y para la propia disciplina de enfermería, centrada en la documentación de las intervenciones y de los resultados de los personas susceptibles a la misma, y para ello se requiere de la utilización en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), de modelos de toma de decisiones para facilitar el razonamiento clínico.

El uso de la NIC:

- Ayuda a mostrar el impacto que tienen los profesionales de enfermería en el sistema de prestación de cuidados enfermeros.
- Normaliza y define la base de conocimientos de la práctica de enfermería.
- Facilita la elección correcta de una intervención de enfermería.

- Facilita la comunicación de los tratamientos de enfermería a otros profesionales de enfermería y a otros proveedores de cuidados.
- Permite a los investigadores examinar la eficacia y el coste de los cuidados.
- Ayuda a los formadores a desarrollar programas que articulen mejor la práctica clínica.
- Facilita la enseñanza de toma de decisiones clínicas a los profesionales noveles.
- Ayuda a los administradores a planificar de forma más eficaz las necesidades del personal y de los equipos.
- Favorece el desarrollo de un sistema de retribución para los servicios de enfermería.
- Facilita el desarrollo y el uso de los sistemas de información de enfermería.
- Comunica la naturaleza de los cuidados de enfermería al público.

El desarrollo y la utilización de esta clasificación sirven de apoyo para avanzar en el conocimiento de los cuidados, facilitando la aplicación clínica de las intervenciones de enfermería.

4ª Etapa- Intervenciones de enfermería

Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el logro de los objetivos establecidos en el plan de cuidados. Incluyen tanto cuidados directos como indirectos, dirigidos a la persona, la familia y la comunidad.

Cuenta con tres pasos:

1. Preparación revisando las intervenciones propuestas para:

- Determinar la adecuación del plan de cuidados a la situación actual del individuo antes de la puesta en práctica (¿algún problema nuevo?, ¿algún dato que oriente a la necesidad de introducir algún cambio en el Plan?).
- Valorar si el individuo cuenta con conocimientos y habilidades necesarios para realizarlas.
- Reunir y organizar los recursos materiales y humanos necesarios.
- Preparar el entorno para la realización de las actividades en condiciones adecuadas y seguras.

2. Realización de las actividades con la ejecución de las actividades prescritas y la valoración continua de la respuesta del individuo que detecte la pertinencia de continuar con el plan o modificarlo en base a la evaluación de nuevos datos. Enfermería realiza las intervenciones o delega en otros profesionales cualificados a los que designa y supervisa en su actividad.

3. Registro de las Intervenciones y respuesta del individuo.

5ª Etapa- Evaluación

Es la última etapa del proceso y se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud de la persona y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios indicadores.

Está presente en cada una de las etapas descritas, de forma continuada, y en cada una de ellas se evalúa:

- **Valoración:** la obtención de datos suficientes y correctos para la emisión del Diagnóstico Enfermero (DE).
- **Diagnóstico:** el DE es exacto y adecuado.
- **Planificación:** los objetivos e intervenciones son realistas y alcanzables, lo que puede provocar la revisión de los planteamientos del plan de cuidados.
- **Ejecución:** las respuestas del individuo, y en base a ellas puede hacerse necesario el mantenimiento, la modificación, la revisión o suspensión del plan de cuidados.

En esta última etapa del proceso enfermero, el profesional evalúa en qué medida se ha modificado la situación inicial como respuesta a las intervenciones enfermeras, es decir, la enfermera evalúa *la consecución de los Objetivos* establecidos para el individuo, determina *en qué grado* se ha cumplido y decide si es necesario *introducir algún cambio en el Plan de Cuidados*.

V. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: Alberto R M.	Edad: 60 años	Talla:162 Peso: 55Kg.
Fecha de nacimiento: 27 de enero de 1956		Sexo: masculino
Ocupación: Empleado Federal	Escolaridad: Media Superior	Fecha de admisión: 06/01/2016
Hora: 09:00	Procedencia: Colonia San Miguel Xico, Edo. México	Fuente de información: directa
Fiabilidad: (1-4) 4	Miembro de la familia/ persona significativa: Esposo	

5.1.- PRESENTACIÓN DEL CASO:

El Señor Alberto, es un adulto mayor de 60 años de edad, vive en San Miguel Xico, Estado de México, con su esposa de 56 años. Tiene tres hijos casados (dos hombres y una mujer) que no viven con ellos y lo visitan de forma ocasional únicamente, pelea con ellos, es lo que refiere la esposa. La casa donde habita es propia, de una planta en buen estado, dividida en: sala, comedor, dos recámaras, un baño completo con barandal para sostenerse y cocina; tiene ventilación e iluminación adecuada, está delimitada con bardas, puertas, ventanas y portón en buen estado; cuenta con todos los servicios intra domiciliarios de luz, agua, radio, televisión y teléfono. Convive con un animal doméstico que lo acompaña siempre, dentro y fuera de su casa. La zona donde vive es urbana contando con servicios extra domiciliarios de transporte suficiente, drenaje, alcantarillado y pavimentación.

El Señor Alberto, se observa en malas condiciones físicas para su edad, se encuentra orientado en tiempo y espacio, es muy amable y platicador con el personal del hospital, pero con su esposa se observa muy agresivo. Sus hábitos higiénicos son aceptables con baño cada tercer día y cambio de ropa interior y exterior, lavado de manos antes de comer y después de ir al baño o cuando lo cree conveniente. Aseo bucal irregular, con presencia de halitosis, coloración pálida de labios, encías rosas y dentadura completa, lengua seca y deshidratada.

Hábitos de eliminación inadecuados para su edad, evacua una vez al día en pequeña cantidad, en ocasiones es cada tercer día, a la exploración física no presenta hemorroides. Presenta micciones en poca cantidad de 3 a 5 veces durante las 24 horas y por la noche se levanta dos o tres veces, pero solo siente la sensación.

Su horario de sueño es de 22:00 a 6:00 horas, refiere que se despierta de dos a tres veces durante la noche y que le cuesta trabajo volver a conciliar el sueño, no toma medicamentos para conciliar el sueño.

La alimentación en su domicilio es inadecuada en calidad y cantidad, consume alimentos con abundantes hidratos de carbono, no le gustan las verduras y vegetales, ingiere refresco de cola de 600 ml todos los días y solo un vaso de 200 ml con agua, refiere que si ingiere el agua le sabe a fierro y le dan nauseas.

Camina muy poco, no le gusta salir de su casa, le ayuda a su esposa en algunos quehaceres (barrer, pelar tomates, doblar la ropa) dentro del hogar. Solamente

sale al parque los domingos con su esposa y su perro. Es trabajador activo del Gobierno Federal y debido a la incapacidad médica que tiene, le están pagando la mitad de su sueldo, ya que no lo han dictaminado para la pensión. El señor Alberto perdió la vista desde hace dos años por lo cual siempre deambula con ayuda de su familiar (esposa). Refiere que su perro es quien está siempre con él y ahora que está hospitalizado, lo extraña mucho. No rechaza las actividades recreativas, sólo necesita que alguien le enseñe a distraerse con algunos juegos didácticos para que no se aburra.

Tabaquismo desde los 26 años, fumaba 8 cigarros al día, bajo estrés fumaba más cigarros de lo acostumbrado, no menciona cuantos y dejó de fumar hace seis meses. Alcoholismo hasta llegar a la embriaguez desde los 25 años, cada semana con sus compañeros de oficina. Desde hace dos años que perdió la vista y está de incapacidad médica, no ingiere bebidas alcohólicas. No recuerda enfermedades importantes en su infancia. Refiere que fue intervenido quirúrgicamente de una luxación de hombros. Presentó peritonitis secundaria a perforación apendicular, siendo manejado con tratamiento quirúrgico hace 4 días con buena evolución. Tiene amputación de primer y segundo orjejo de miembro podálico derecho. Antecedentes heredo-familiares de importancia negados. Es el tercero de cinco hermanos, actualmente viven él y su hermano mayor de 70 años, el cual vive también en el Estado de México, a quien refiere ver, dos o tres veces al mes; pero mantienen comunicación telefónica una vez por semana.

Refiere ser diabético desde hace 27 años, descontrolado por suspender tratamiento médico, llegando a manejar 250 mg/dl de glucosa en sangre. También

refiere que desde hace 25 años es diagnosticado con Hipertensión Arterial Sistémica controlada, iniciando con Captopril, 25 mg cada 12 horas, pero se lo suspendió su médico porque le provocaba tos y se está controlando actualmente con Telmisartán 40 mg cada 24 horas. Su presión arterial actual es de 131/72mm/Hg.

En días anteriores se le colocó catéter de Tenckhoff por presentar Insuficiencia Renal Crónica, estadio 5. Presenta datos de Bronquitis Crónica: tos con flemas, dificultad respiratoria, sibilancias, accesos de tos, fatiga, edema de miembros inferiores ++, FR. 22 x', Sat O² 99%, campo pulmonar derecho hipoventilando en un 70% por el derrame pleural, lechos ungueales cianóticos. Se le diagnostica derrame pleural y se le coloca pleur-evac para drenaje de líquidos de la cavidad pleural, lado derecho.

Presentó disfunción de catéter de Tenckhoff en tres ocasiones, debido a la lesión del peritoneo se requiere cambiar a la modalidad de Hemodiálisis; por lo cual se hace labor de convencimiento para que acepte la Hemodiálisis.

Posteriormente se le efectúa colocación de catéter Mahurkar subclavio derecho, e inicia con las sesiones de Hemodiálisis los días martes y viernes, en el turno vespertino, pendiente panel viral, por lo que se le asigna a la máquina 4 y se le retira el catéter de Tenckhoff. El 05 de febrero del año en curso es dado de alta del servicio, después de la sesión de hemodiálisis.

Durante su estancia se comporta de forma agresiva, insulta y escupe a su esposa, lo anterior referido por los familiares de los personas del cubículo. Al conversar con él, refiere que “su esposa no ha entrado a cuidarlo por estar de loca”, por lo que se le explica que ella estuvo primero en el curso de Diálisis y luego tuvo que esperar el horario de visita. En una ocasión al no tranquilizarse, se le pide a la señora que se retire a descansar y regrese al siguiente día. Se le informa a Trabajo Social para que localice a algún otro familiar e informe de lo sucedido. Durante el turno vespertino la Trabajadora Social le comenta lo sucedido a su hija, quien refiere que la persona siempre ha sido muy agresiva, pero que hablará con él.

5.2 VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES

Necesidad de Oxigenación.

✓ *Datos que manifiestan independencia*

Al momento de la exploración se encuentra consciente y orientado en tiempo, persona y espacio, con T/A de 131/72mmHg, normal, palpable, temperatura de 36.5 °C, F.C. 62 x', con ritmo regular, de acuerdo al ECG con ritmo sinusal, F.C. de 78 1mp, eje P-R-T: 54°, 56°, 65°.

✓ *Datos que manifiestan dependencia*

Se observa con frecuencia respiratoria de 22 por minuto, SatO₂: 99%, campo pulmonar derecho hipoventilando en un 70% (por el derrame pleural), dificultad respiratoria, tos productiva, palidez generalizada, lechos ungueales cianóticos, labios pálidos, se fatiga al hablar y tiene accesos frecuentes de tos.

Necesidad de Nutrición e Hidratación

✓ *Datos que manifiestan independencia*

Realiza tres comidas al día, no utiliza prótesis, no es alérgico a ningún alimento, tiene dentadura completa y mastica sin dificultad.

✓ *Datos que manifiestan dependencia*

Habitualmente lleva una dieta inadecuada, consume alimentos ricos en hidratos de carbono, no le gustan las verduras y vegetales, toma refresco de cola de 600 ml. todos los días y poca agua, refiere nauseas, boca con presencia de halitosis, coloración pálida en labios, muestra mala higiene dental, lengua seca y deshidratada, mucosas orales secas, encías rosa pálido, dientes con caries, sin faltante de piezas, su piel es reseca y se descama, se observa deshidratada. Con peso de 55 Kg. y talla de 1.62 cm.

Necesidad de Eliminación

✓ *Datos que manifiestan independencia*

Ruidos y motilidad presente a la exploración, refiere no presentar hemorroides, no utiliza laxantes, no refiere dolor al evacuar.

✓ *Datos que manifiestan dependencia*

Presencia de micciones escasas y en poca cantidad, orina color amarillo claro, olor a manzana dulce (cetoacidosis) y con sedimentación. Presenta edema de miembros inferiores ++. Con disfunción de catéter de Tenckoff, inicia con edema en párpados (+). De acuerdo al signo de Godet seria +++, sin edema de miembros superiores.

Necesidad de termorregulación

✓ *Datos que manifiestan independencia*

Mantiene una temperatura corporal de 36.5°C acorde a su estilo de vida y edad, no se expone a cambios bruscos de temperatura, uso de vestimenta apropiada de algodón que funciona como aislador de la temperatura ambiental. Habitación cálida y con luz.

✓ *Datos que manifiestan dependencia*

Refiere que es muy friolento, no tolera el frío y utiliza tres cobertores para taparse durante la noche.

Al momento de la valoración no se observaron otros datos que manifiesten dependencia.

Necesidad de Movilización y Postura

✓ *Datos que manifiestan independencia*

Se encuentra consciente, orientado en lugar, espacio y persona. Se moviliza libremente en la cama.

✓ *Datos que manifiestan dependencia*

Deambula con ayuda del familiar, es invidente y requiere de apoyo para realizar sus actividades, muestra debilidad general, camina despacio, los brazos los levanta despacio y le cuesta trabajo utilizar los utensilios para comer.

Necesidad de Descanso y Sueño

✓ *Datos que manifiestan independencia*

Toma siesta y descansa todo el día, duerme 8 horas.

✓ *Datos que manifiestan dependencia*

Presenta insomnio, duerme durante el día y no puede conciliar el sueño durante la noche. Se encuentra estresado, le cuesta trabajo concentrarse, refiere tener cefalea por no poder dormir. Se torna agresivo con su esposa y angustiado por no aceptar la hemodiálisis. Presenta ojeras y bostezos.

Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas

✓ *Datos que manifiestan independencia*

Se viste adecuadamente de acuerdo a su edad, le gusta estar limpio y se coloca la pijama adecuadamente. Usa ropa adecuada de acuerdo al clima. Usa calzado ancho, cómodo y limpio.

✓ *Datos que manifiestan dependencia*

Solo requiere de ayuda para seleccionar su vestimenta, porque es invidente.

Al momento de la valoración no se observaron datos que manifiesten dependencia.

Necesidad de Higiene y protección de la piel

✓ *Datos que manifiestan independencia*

Se lava las manos antes de comer y después de ir al baño. Presenta orejas y nariz limpias. Se baña cada tercer día porque es muy friolento. Se coloca él solo los zapatos.

✓ *Datos que manifiestan dependencia*

Presenta piel seca, depende de otra persona para su higiene personal como por ejemplo en la lubricación de la piel, secado de los pies con especial cuidado después del baño, el mantenimiento de las uñas de las manos y pies limadas y limpias.

Necesidad de Evitar Peligros

✓ *Datos que manifiestan independencia*

Casa construida de tabique y loza, cuenta con todos los servicios de sanidad, drenaje y alcantarillado, servicio de recolección de basura, agua, luz, gas y teléfono. No realiza actividades de alto riesgo, se encuentra consciente, activo y reactivo. Conoce las medidas preventivas de accidentes en el hogar y en el trabajo, le están pagando la mitad de su sueldo por el exceso de licencias médicas y no quiere pensionarse, conoce los números de emergencia por si los llegará a requerir.

✓ *Datos que manifiestan dependencia*

Es invidente, se apoya de un barandal para bañarse. No se realiza revisiones periódicas en su Clínica de Adscripción (Chalco). No desea utilizar el bastón para salir a la calle.

Necesidad de Comunicación

✓ *Datos que manifiestan independencia*

Expresa sus sentimientos e inquietudes con el personal de salud, presenta lenguaje claro y coherente, tiene buena agudeza auditiva y sensitiva. Tiene 27 años de casado.

✓ *Datos que manifiestan dependencia*

No existe una buena comunicación con su familia, por lo que se encuentra la mayor parte del tiempo solo. No tiene ningún contacto con sus compañeros de trabajo. Refiere que en ocasiones se siente mal porque no se puede desplazar con seguridad, por eso no sale de su casa y no tiene vida social. El ambiente en el hogar es tenso, se comporta de forma agresiva con su esposa. Tiene 2 años que no trabaja.

Necesidad de Vivir según sus creencias y valores

✓ *Datos que manifiestan independencia*

Profesa la religión católica, aunque no asiste todos los domingos a misa. Su creencia religiosa le permite estar en paz consigo mismo y le permite tener valores en la familia como la humildad, confianza, identidad, cariño, responsabilidad, compromiso; para conducirse con honradez para que no se rompan las reglas de la familia. En su hogar tiene imágenes que le han dado grandes satisfacciones por la fe que tiene.

✓ *Datos que manifiestan dependencia*

Al momento de la valoración no se observaron datos que manifiesten dependencia.

Necesidad de Trabajar y Realizarse

✓ *Datos que manifiestan independencia*

Es Empleado activo del Gobierno Federal como Administrativo, realiza labores de oficina, su jornada laboral es de 8 horas. Menciona que le gusta su trabajo aunque al manejar hojas se puede cortar, ya tiene dos años que no se presenta a trabajar.

✓ *Datos que manifiestan dependencia*

Desde hace 2 años que perdió la vista no se ha presentado a trabajar y se encuentra de licencia médica, por lo que su remuneración económica disminuyó

porque solo le están pagando la mitad de su salario, y no ha realizado los tramites para pensionarse, pero sus hijos los ayudan económicamente. Manifiesta que depende de su esposa para realizar las actividades dentro y fuera del hogar.

Necesidad de Jugar y participar en actividades recreativas

✓ *Datos que manifiestan independencia*

Escuchar la radio y televisión. Sale a caminar con su esposa al parque ya que existe uno cerca de su casa, siempre acompañado de su perro. Le gusta jugar con su perro en la casa. Realiza algunas actividades domesticas (barrer, pelar tomates, doblar la ropa). Profesa la Religión católica, aunque no asiste a misa todos los domingos.

✓ *Datos que manifiestan dependencia*

Menciona que no le gusta salir de su casa. No rechaza las actividades recreativas, solo necesita que alguien le enseñe a distraerse con algunos juegos didácticos para que no se aburra.

Al momento de la valoración no se observaron datos que manifiesten dependencia.

✓ *Datos que manifiestan independencia*

En el hospital platica con el personal y algunas personas. Sabe leer y escribir. Escucha programas en la radio donde hablan de los cuidados de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 e Insuficiencia Renal Crónica. Conoce diferentes cuidados para personas con su padecimiento. Le gusta escuchar programas de política o noticieros locales o nacionales para saber al acontecer diario en la sociedad. Cuando inicio con la Diálisis Peritoneal Ambulatoria asistió al curso de una semana, para ingresar a dicho programa junto con su esposa.

✓ *Datos que manifiestan dependencia*

Solicita información relacionada al manejo de la Hemodiálisis para evitar posibles complicaciones, ya que se encuentra renuente para aceptar esta modalidad. Perdió la vista hace dos años a causa de la Diabetes.

5.3 CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

Necesidad		Grado de dependencia*		Causa de dificultad**		Diagnóstico de Enfermería.
1	Oxigenación	I		F		Patrón respiratorio ineficaz, relacionado con dolor torácico al respirar, manifestado por dificultad respiratoria, alteración en la profundidad respiratoria, lechos ungueales cianóticos.
		PD		V		
		D	X	C	X	
		I		F		Limpieza ineficaz de las vías aéreas, relacionado con tabaquismo y secreciones bronquiales, manifestado por cambios en la frecuencia respiratoria, lechos ungueales cianóticos, se fatiga al hablar y tos productiva.
		PD		V	X	
		D	X	C		
2	Nutrición e Hidratación	I		F	X	Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades, relacionado con aporte excesivo en relación con desequilibrio metabólico; manifestado por consumo excesivo de carbohidratos, sequedad de membranas mucosas, lengua seca y deshidratada, polidipsia.
		PD		V	X	
		D	X	C		
		I		F		Deterioro de la dentición, relacionado con higiene oral ineficaz, consumo prolongado de tabaco, manifestado por dientes desgastados, halitosis y presencia de caries.
		PD	X	V	X	
		D		C		
3	Eliminación	I		F		Deterioro de la eliminación urinaria, relacionado con disfunción renal, manifestado por micciones de poca cantidad, edema de miembros inferiores ++ y palpebral +, disfunción de catéter de Tenckoff.
		PD		V		
		D	X	C	X	
4	Moverse y mantener una buena	I		F	X	Deterioro de la movilidad física, relacionado con disminución de la fuerza en las extremidades;

	postura					manifestado por enlentecimiento al caminar, al levantar los brazos y le cuesta trabajo utilizar los utensilios para comer, muestra debilidad general.
		PD	X	V	X	
		D		C	X	
5	Descanso y sueño	I		F		Insomnio, relacionado con depresión y ansiedad, manifestado por cambios de humor, dificultad para concentrarse, dificultad para conciliar el sueño, dificultad para dormir, cefalea, ojeras y bostezos.
		PD	X	V	X	
		D		C		
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	X	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, relacionado con cambios en la turgencia de la piel y falta de movilidad física.
		PD		V		
		D	X	C	X	
9	Evitar peligros	I		F	X	Riesgo de caídas, relacionado con ser persona invidente y uso de dispositivos de ayuda (bastón).
		PD		V	X	
		D	X	C	X	
10	Comunicarse	I		F		Deterioro de la comunicación verbal, relacionado con alteración de las percepciones, manifestado por ser invidente y dificultad para mantener el patrón de comunicación habitual.
		PD	X	V	X	
		D		C	X	
11	Vivir según sus creencias y valores	I	X	F		
		PD		V		
		D		C		
12	Trabajar y realizarse	I		F		Estilo de vida sedentario, relacionado con conocimientos deficientes sobre los beneficios del ejercicio físico para la salud y falta de motivación, manifestado por demostración de falta de
		PD		V	X	
		D	X	C	X	

						condición física.
13	Jugar, participar en actividades recreativas	I	X	F		
		PD		V		
		D		C		
14	Aprendizaje	I		F		Disposición para mejorar los conocimientos sobre su enfermedad, manifestado por descripción de experiencias previas relacionadas con el tema y el interés de aprender.
		PD	X	V		
		D		C	X	
*(I) Independiente(PD) Parcialmente dependiente (D) Dependiente ** (F) Fuerza (V) Voluntad (C) Conocimiento						

5.4 JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES

NECESIDAD	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA
Oxigenación	Patrón respiratorio ineficaz, relacionado con dolor torácico al respirar, manifestado por dificultad respiratoria, lechos ungueales cianóticos.
	Limpieza ineficaz de las vías aéreas, relacionado con Tabaquismo y secreciones bronquiales, manifestado por cambios en la frecuencia respiratoria, lechos ungueales cianóticos, se fatiga al hablar y tos productiva.
Nutrición e Hidratación	Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades, relacionado con desequilibrio metabólico; manifestado por el consumo excesivo de carbohidratos, sequedad de membranas mucosas, lengua seca y deshidratada, polidipsia.
	Deterioro de la dentición, relacionado con higiene oral ineficaz, consumo prolongado de tabaco, manifestado por dientes desgastados, halitosis y presencia de caries.
Moverse y mantener una buena postura	Deterioro de la movilidad física, relacionado con disminución de la fuerza en las extremidades; manifestado por enlentecimiento al caminar, al levantar los brazos y le cuesta trabajo utilizar los utensilios para comer, disminución de la resistencia y poca flexibilidad en las piernas y brazos.
Descanso y sueño	Insomnio, relacionado con depresión y ansiedad, manifestado por cambios de humor, dificultad para concentrarse, dificultad para conciliar el sueño, dificultad para dormir, cefalea, ojeras y bostezos.
Aprendizaje	Disposición para mejorar los conocimientos sobre su enfermedad, manifestado por descripción de experiencias previas relacionadas con el tema y el interés de aprender.
Eliminación	Deterioro de la eliminación urinaria, relacionado con

	disfunción renal, manifestado por micciones de poca cantidad, edema de miembros inferiores ++ y palpebral +, disfunción de catéter de Tenckoff.
Higiene y protección de la piel	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, relacionado con cambios en la turgencia de la piel y falta de movilidad física.
Evitar peligros	Riesgo de caídas, relacionado con ser invidente y uso de dispositivos de ayuda (bastón).
Comunicarse	Deterioro de la comunicación verbal, relacionado con alteración de las percepciones, manifestado por ser invidente y dificultad para mantener el patrón de comunicación habitual.
Trabajar y realizarse	Estilo de vida sedentario, relacionado con conocimientos deficientes sobre los beneficios del ejercicio físico para la salud y falta de motivación, manifestado por demostración de falta de condición física.

5.5 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO: 4 Actividad/ Reposo	CLASE: 4 Respuestas cardiovasculares/ pulmonares			
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	(Resultados) NOC	Indicador	Escala de medición	Puntuación Diana
<p>ETIQUETA: 00032 Patrón respiratorio ineficaz</p> <p>Definición: La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.</p> <p>FACTORES RELACIONADOS: dolor torácico al respirar</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Dificultad respiratoria, lechos ungueales cianóticos.</p>	<p>0403 Estado respiratorio:</p> <p>Ventilación</p>	<p>040316 Dificultad respiratoria</p>	<p>1 gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido</p>	<p>Mantener a: 3</p> <hr/> <p>Aumentar a: 5</p> <hr/> <p>Durante la estancia</p>

INTERVENCIONES (NIC): 3140 Manejo de las vías aéreas

ACTIVIDADES

1. Se colocó a la persona en la posición de semifowler la mayor parte del tiempo, lo que le permitió que la ventilación fuera lo mejor posible.
2. Se administró oxígeno humidificado (nebulizaciones) con mascarilla, una vez por turno por 20 minutos a las 10:00, 16:00 y 22:00 horas.
3. Se regularizó la ingesta de líquidos para mejorar el equilibrio, otorgándole un vaso de 200 ml con agua en las tres comidas (desayuno, comida y cena).
4. Se utilizaron técnicas para estimular la respiración profunda (hizo burbujas y soplar con un popote en un vaso con agua).

INTERVENCIONES (NIC): 3320 Oxigenoterapia

ACTIVIDADES

1. Se administró oxígeno suplementario 3 litros por minuto, por medio de catéter nasal, de manera intermitente (PRN).
2. Se comprobó la capacidad de la persona para tolerar la suspensión de la administración de oxígeno mientras comía. Se le retiraba el oxígeno por una hora en los horarios de desayuno y comida, vigilando si existía algún signo de dificultad respiratoria.
3. Se vigiló la permeabilidad de las vías aéreas.

INTERVENCIONES (NIC): 1872 Cuidados del drenaje torácico	
ACTIVIDADES	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se observó durante el turno, a la persona si presentaba algún signo y/o síntoma de neumotórax espontaneo (dolor, disnea y tos). 2. Se aseguró que todas las conexiones de los tubos estuvieran firmemente fijadas, a través de la verificación continua y en los enlaces de turno. 3. Se observó periódicamente (dos veces por turno) la corriente/ salida del tubo torácico, para valorar las características y cantidad del líquido drenado y las fugas de aire. 4. Se observó que no hubiera burbujas en la cámara de aspiración de sistema de drenaje del tubo torácico y corrientes en la cámara hermética. 5. Se monitorizó la permeabilidad del tubo torácico desmontando e inspeccionado pérdidas del tubo, para su registro en la hoja de enfermería y hoja de control de líquidos. 6. Se ayudó al persona a toser, a realizar inspiraciones profundas y girarlo (movilizarlo) cada dos horas en la cama, para prevenir posible hemotórax. 7. Se realizó limpieza de la zona alrededor del sitio de inserción del tubo, en el turno matutino, de lunes a viernes, a las 09:30 horas. 8. Se retiro drenaje torácico según protocolo: primeramente informando a la persona lo que se le iba a realizar, se retiro el apósito para pinzar el catéter torácico, se le pidió a la persona que realizará una inspiración profunda para que el médico pudiera retirar el tubo en la fase de espiración, se asistió al médico durante el procedimiento, se cubrió la herida con un apósito estéril. Al término se valoro si presentaba algún signo de dificultad respiratoria. 	
<p>Evaluación: El Sr. Alberto mantuvo una frecuencia respiratoria normal (F.R. 16 x'), con ritmo y buena profundidad, se mantuvo con as vías aéreas permeables, no presentó signos o síntomas de neumotórax, ni hemotórax, por lo que se le retiro el oxígeno por catéter nasal y el pleur-evac. Consecutivamente los signos vitales se encontraron dentro de los parámetros normales (F.R. 16 x', F.C. 62 x', ritmo regular, T/A: 131/72 mm/Hg, Temp. 36°C), por lo que fue una buena referencia para ser dado de alta del servicio.</p>	

DOMINIO: 11 Seguridad/ Protección	CLASE: 2 Lesión Física			
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	(Resultados) NOC	Indicador	Escala de medición	Puntuación Diana
<p>ETIQUETA:00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas Definición: Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.</p> <p>FACTORES RELACIONADOS: Ambientales: Tabaquismo Obstrucción de las vías aéreas: Secreciones</p>	<p>0410 Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías respiratorias</p>	<p>041006 Movilización del esputo hacia afuera de las vías respiratorias</p> <p>041010 Elimina el esputo de las vías aéreas</p>	<p>1 gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido</p>	<p>Mantener a: 3 _____</p> <p>Aumentar a: 5 _____</p> <p>Durante la estancia</p>

bronquiales				
CARACTERISTICAS DEFINITORIAS: Cambios en la frecuencia respiratoria, lechos ungueales cianóticos, fatiga al hablar y tos productiva.				

INTERVENCIONES (NIC): 0840 Cambio de posición
ACTIVIDADES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se colocó en las posiciones terapéuticas indicadas (semifowler, decúbito lateral, sedente). Los primeros días se bajo a la persona al reposit, una vez en el turno. 2. Se colocó en posición semifowler, para el alivio de disnea cuando fuera necesario. Todo el tiempo de estancia fue la posición más común. 3. Se realizaron cambios de posición a la persona cada dos horas, en el turno. 4. Se proporcionó un apoyo para el cuello (almohada pequeña), durante la estancia en cama. 5. Se vigiló el estado de oxigenación antes y después de cada cambio de posición.

INTERVENCIONES (NIC): 3230 Fisioterapia respiratoria
ACTIVIDADES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se le administró un agente mucolítico (ambroxol 5 ml. cada 8 horas por 5 días). 2. Se estimuló la tos durante y después de realizar el drenaje postural. Éste se realizó con los cambios de posición cada dos horas, cuando estaba en cama y no se podía movilizar. 3. Se realizó percusión con drenaje postural juntando las manos y golpeando la pared torácica en rápida sucesión para producir una serie de sonidos huecos, al cambiar de posición. 4. Se utilizaron almohadas para que la persona se apoyara en las posiciones de decúbito lateral derecho e izquierdo, para ayudar en el drenaje postural.

INTERVENCIONES (NIC): 3250 Mejorar la tos
ACTIVIDADES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Todos los días se animó a la persona a realizar varias respiraciones (inhalar-exhalar) durante el turno matutino. 2. Se animó a la persona para que realizará una inspiración profunda, la mantuviera durante dos segundos y tosiera dos o tres veces de forma sucesiva, estos ejercicios los realizó en el turno matutino cada dos horas, al realizar las movilizaciones. 3. También se le enseñó a la persona a que inspirará profundamente varias veces, expirará lentamente y a que tosiera al final de la exhalación. 4. Se ayudó a la persona a sentarse con la cabeza ligeramente flexionada, los hombros relajados y las rodillas flexionadas, cada vez que él lo solicitaba, para evitar la ansiedad al toser. 5. Se enseñó a la persona, para que mientras tenía la tos, se comprimiera el abdomen (zona de incisión) con la mano plana y se le ayudó a que se inclinará hacia adelante para ayudarlo a expectorar.

INTERVENCIONES (NIC): 4490 Ayuda para dejar de fumar
ACTIVIDADES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se otorgo consejería de forma clara y consistente para que la persona dejará de fumar a través de un tríptico (anexo 2). 2. Se orientó a la persona informándole que la boca seca, la tos, la garganta irritada y el nerviosismo, son síntomas que pueden producirse después de dejar de fumar; los parches o los chicles pueden ayudar a evitar las ansias de fumar. 3. Se motivó a la persona para que intente dejar de fumar y se sirvió como modelo de no fumador.
Evaluación: El Sr. Alberto aprendió a respirar, mantiene una frecuencia respiratoria normal (F.R. 16

x'), con ritmo y buena profundidad, se disminuyó la tos, no presenta acumulación de esputo, ya no se fatiga al hablar, los signos vitales en general se encuentran dentro de los parámetros normales (F.R. 16 x', F.C. 62 x', ritmo regular, T/A: 131/72 mm/Hg, Temp. 36°C). Se llevaron a cabo los 5 correctos y las precauciones universales al ministrar los medicamentos vía oral. Se le dio consejería junto con su esposa y se les hizo entrega de un tríptico informativo para dejar de fumar (anexo 2). Se le aconseja que continúe realizando los ejercicios de respiración en su casa. Se espera que la persona continúe sin fumar al estar en su casa.

DOMINIO:2 Nutrición	CLASE: 1 Ingestión			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	(RESULTADOS) NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>ETIQUETA: 00001</p> <p>Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades</p> <p>Definición: Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas.</p> <p>FACTORES RELACIONADOS: Aporte excesivo en relación con desequilibrio metabólico</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Consumo excesivo de carbohidratos. Se observa sequedad de membranas mucosas, lengua seca y deshidratada, polidipsia.</p>	<p>1008</p> <p>Estado nutricional: Ingestión alimentaria y de líquidos.</p>	<p>100801 Ingestión alimentaria oral</p> <p>100803 Ingestión de líquidos orales.</p> <p>100804 Administración de líquidos I.V.</p>	<p>1 Inadecuado</p> <p>2 Ligeramente adecuado</p> <p>3 Moderadamente adecuado</p> <p>4 Sustancialmente adecuado</p> <p>5 Completamente adecuado</p>	<p>Mantener a: 3</p> <hr/> <p>Aumentar a: 5</p> <hr/> <p>Mantener a: 4</p> <hr/> <p>Aumentar a: 5</p> <hr/> <p>Durante la estancia hospitalaria</p>

INTERVENCIONES (NIC): 4200 Terapia intravenosa (i.v.)
ACTIVIDADES
<ol style="list-style-type: none"> Se verificó la orden de la terapia intravenosa (solución fisiológica al 0.9% de 250 ml. para 24 horas). Se cumplió con los cinco principios antes de iniciar la administración de medicamentos (fármaco, dosis, persona, vía y frecuencia). Se realizó cambio del sistema i.v. de infusión cada 72 horas, de acuerdo al indicador. Se realizaron los cuidados de sitio i.v. de acuerdo con el indicador. Se registraron los ingresos y egresos en la hoja de control de líquidos. Se registró la terapia prescrita en la hoja de enfermería. Se mantuvieron en todo momento las precauciones universales y se evaluó de acuerdo al indicador de Vigilancia y Control de Venoclisis Instalada.

INTERVENCIONES (NIC): 4120 Manejo de líquidos
ACTIVIDADES
<ol style="list-style-type: none"> Se vigiló el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática).

2. Se reforzó el cumplimiento de la administración de líquidos vía oral.
3. Se distribuyó la ingesta de líquidos en 24 horas.
4. Se animó a la esposa para que asista a la persona con las comidas.

INTERVENCIONES (NIC): 5614 Enseñanza: dieta prescrita

ACTIVIDADES

1. Se valoró el nivel de conocimientos de la persona acerca de la dieta prescrita (de 1600 kcal. para persona renal), a través de preguntas dirigidas sobre: si conocía los grupos de alimentos para comer correctamente, tanto en cantidad, calidad y variedad, ¿Qué es el plato del bien comer?
2. Se le explico el propósito de la dieta prescrita.
3. Se le orientó a la persona sobre las comidas permitidas y prohibidas.
4. Se observó la selección que hizo la persona de los alimentos adecuados de la dieta prescrita, para valorar los conocimientos adquiridos.
5. Se proporcionó un plan de comidas a través de un tríptico (anexo 3).
6. Se solicito la intervención de la nutricionista para reforzar la información proporcionada.
7. Se incluyó a la esposa para que realice una buena selección de los alimentos.

INTERVENCIONES (NIC): 5246 Asesoramiento nutricional

ACTIVIDADES

1. Se estableció una relación basada en la confianza y el respeto con la persona y su familiar, para que pudieran aceptar la asesoría sobre la alimentación adecuada en personas con hemodiálisis.
2. La duración del asesoramiento tanto para la persona como para su esposa, fue de 30 minutos en turno matutino, una semana de lunes a viernes.
3. Se les proporcionó a la persona y su esposa, material informativo para seguir un plan alimenticio, a cerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud, a través de un folleto (anexo 4).
4. Se hizo un análisis de los alimentos de compra, para las comidas y los límites del presupuesto, ya que la persona esta cobrando solo la mitad de su sueldo.
5. Se solicito una consulta para la esposa con la nutricionista del hospital, para que la orientara sobre la dieta prescrita por el médico y los alimentos permitidos y prohibidos.

Evaluación: El Sr. Alberto y su esposa conocieron los diferentes grupos de alimentos, así como sus características en cuanto a calidad y cantidad, sobre la dieta prescrita para persona diabética y renal de 1600 Kilocalorías, teniendo la confianza para comer, por lo cual mejoro su apetito y consumió diariamente 800 ml. de agua, sin azúcar. Presenta mucosas orales hidratadas con mejoramiento de la facies. Se les entrego el material informativo elaborado para que les sirviera de guía en su casa (anexos 3 y 4). Por lo que seguirá el mismo plan alimenticio en su domicilio, comiendo despacio y masticando bien los alimentos. Se evaluó el Indicador de Vigilancia y Control de Venoclisis Instalada, solo un criterio no se cumplió, porque no hay llave de tres vías para mantener el circuito cerrado, pero estuvo en vigilancia estrecha en los momentos de la ministración de los medicamentos parenterales, hasta su retiro.

DOMINIO:11 Seguridad/ Protección	CLASE: 2 Lesión Física			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	(RESULTADOS) NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>ETIQUETA: 00048 Deterioro de la dentición</p> <p>Definición: Alteración de los patrones de desarrollo/erupción de los dientes o de la integridad estructural de cada uno de ellos.</p> <p>FACTORES RELACIONADOS: Higiene oral ineficaz, Consumo prolongado de tabaco</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Dientes desgastados, halitosis y presencia de caries en dientes.</p>	<p>0308 Autocuidados: Higiene bucal</p>	<p>030801 Se cepilla los dientes</p> <p>030803 Se lava la boca, las encías y la lengua</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>	<p>Mantener a:</p> <p style="text-align: center;"><u>3</u></p> <p>Aumentar a:</p> <p style="text-align: center;"><u>5</u></p>

INTERVENCIONES (NIC): 1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene
ACTIVIDADES
<ol style="list-style-type: none"> Se le solicito a la esposa los objetos personales de la persona (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño, champú, loción) para mantener una buena higiene personal. Se le pidió a la persona que se cepillara los dientes, para saber el nivel de conocimientos.

INTERVENCIONES (NIC): 5620 Enseñanza: habilidad psicomotora
ACTIVIDADES
<ol style="list-style-type: none"> Se le enseñó la técnica del cepillado de dientes a la persona a través de la técnica demostrativa. Se le entrego a la esposa las instrucciones claras y pasos de la técnica de cepillado de dientes a través de un díptico (anexo 5). Se observó la demostración de la técnica de cepillado por parte de la persona (devolución del procedimiento). Se proporcionó información sobre los dispositivos de ayuda disponibles (hilo dental) que pueden utilizarse para facilitar la práctica de la técnica del cepillado de dientes.

INTERVENCIONES (NIC): 1710 Mantenimiento de la salud bucal
ACTIVIDADES
<ol style="list-style-type: none"> Se le ayudó con el cepillado de los dientes y enjuague de la boca, de acuerdo con la capacidad de autocuidados de la persona y se le enseñó a masajear las encías. Se reforzó la enseñanza y se le ayudó a la persona para realizarse la higiene bucal después de las comidas, para que empezará a hacerlo de manera habitual. Se continuó desalentando a la persona para que deje de fumar. Se le propone consultar con el médico odontólogo si persisten las molestias bucales, al egresar del Hospital.

INTERVENCIONES (NIC): 1720 Fomentar la salud bucal
ACTIVIDADES
1. Se le explico sobre la necesidad del cuidado bucal diario como un buen hábito. 2. Se inspeccionó la mucosa oral de la persona, todos los días. 3. Se aconsejó nuevamente para que no vuelva a fumar. 4. Se le sugirió que deberá realizarse las revisiones dentales de forma regular con el médico odontólogo.
Evaluación: El señor Alberto ya se realiza la higiene bucal todos los días después de las comidas, con ayuda de su esposa, posteriormente asistirá a su Clínica de adscripción para su revisión odontológica. Muestra buena actitud y ya sonríe con la gente. Se le entregó un díptico con información sobre salud bucal (anexo 5). Se le invita para que no vuelva a fumar.

DOMINIO: 4 Actividad/ Reposo	CLASE: 2 Actividad/ Ejercicio			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	(RESULTADOS) NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA: 00085 Deterioro de la movilidad física Definición: Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades. FACTORES RELACIONADOS: Disminución de la fuerza en las extremidades. CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Enlentecimiento al caminar, al levantar los brazos y le cuesta trabajo utilizar los utensilios para comer, muestra debilidad general.	0200 Ambular	020004 Camina a paso moderado	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido	Mantener a: 2 _____ Aumentar a: 3 _____
	0208 Movilidad	020803 Movimiento muscular	1 No del todo satisfecho 2 Algo satisfecho 3 Moderadamente satisfecho 4 Muy satisfecho 5 Completamente satisfecho	Mantener a: 3 _____ Aumentar a: 4 _____
	3005 Satisfacción del persona/usuario: Asistencia funcional	020804 Movimiento articular	300503 Animado a ser tan activo como sea posible	Mantener a: 3 _____ Aumentar a: 5 _____
		300505 Ejercicio rutinario proporcionado para aumentar o mantener la movilidad	300516 Información proporcionada	Durante la estancia

		para el uso correcto de otros aditamentos		
--	--	--	--	--

INTERVENCIONES (NIC): 6490 Prevención de caídas
ACTIVIDADES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se identificaron conductas y factores que pudieran aumentar la posibilidad de caídas de la persona. Al ingreso se le aplicó la Escala de Valoración de riesgo de caída, obteniendo un puntaje de 4 puntos que amerita la tarjeta roja de Alto Riesgo de Caída, por presentar limitación física (2 puntos) y problemas que dificultan la comunicación (2 puntos), y se evaluó con el indicador de prevención de caídas, cumpliendo con los 7 criterios. 2. Se colocó la cama mecánica en la posición más baja. 3. Se utilizaron en todo momento las barandillas laterales de longitud y altura de la cama, para evitar caídas. 4. Se colocaron los objetos al alcance de la persona sin que tuviera que hacer esfuerzos (en el buro). 5. Se orientó a la persona sobre el "orden" físico que tenía la habitación. 6. Se evitó la presencia de objetos desordenados en el suelo del cubículo. 7. Se le sugirió utilizar calzado seguro (con suelas antideslizante) y cómodo.

INTERVENCIONES (NIC): 0222 Terapia de ejercicios: equilibrio
ACTIVIDADES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se le preguntó a la persona sobre los factores que influyen en el miedo a caerse: Falta de confianza del entorno y desubicación del mismo, porque no lo conoce, desconfianza del personal del servicio. 2. Se ayudó a la persona a pararse cerca de la cama, caminar hacia la silla y dentro del cubículo, según la tolerancia. 3. Se sensibilizó y enseñó a la persona sobre la importancia de la terapia de ejercicios en el mantenimiento y la mejora del equilibrio, a través de la técnica demostrativa y se le entregó un díptico informativo sobre los ejercicios a realizar (anexo 6).

INTERVENCIONES (NIC): 0221 Terapia de ejercicios: ambulación
ACTIVIDADES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se ayudó a la persona a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia, para evitar mareos. 2. Se ayudó a la persona en el traslado cuando fue necesario, de la cama a la silla o viceversa. 3. Se facilitó el bastón para conseguir una deambulación estable y mejorar la confianza en la persona. 4. Se le enseñó con técnica demostrativa a la persona como utilizar el bastón. 5. Se vigiló que el bastón estuviera en buen estado de uso. 6. Se ayudó a la persona a establecer la ampliación de la distancia con la deambulación. 7. Se le mencionó a la persona utilizar calzado cómodo que facilite la deambulación y evite lesiones.

Evaluación: El señor Alberto refiere sentirse en confianza, ya ubica su entorno, refiere tener aumento de la fuerza y la resistencia en las extremidades. Realiza los ejercicios pasivos de acuerdo a lo planeado en el díptico (anexo 6), se desplaza con ayuda del bastón, como ya reconoce los espacios se va deteniendo de la pared para ir al baño solo, pero siempre bajo la vigilancia de la enfermera y/o su esposa.

El señor Alberto ya deambula por los pasillos, sale a sentarse cuando hay sol, se baña todos los días, come solo con ayuda de su esposa para acercarle la mesa, charola y los utensilios.

De acuerdo a la escala de valoración del grado de riesgo de caídas, la persona se encuentra en la clasificación de mediano riesgo (tarjeta amarilla), con dos puntos, por ser invidente que es una limitación de riesgo.

DOMINIO: 4 Actividad/ Reposo	CLASE: 1 Sueño/ Reposo			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	(RESULTADOS) NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA: 00095 Insomnio Definición: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento. FACTORES RELACIONADOS: Depresión Ansiedad CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Cambios de humor, dificultad para concentrarse, dificultad para conciliar el sueño, dificultad para dormir, cefalea, ojeras y bostezos.	2002 Bienestar personal 0004 Sueño	200208 Capacidad de relax	1 No del todo satisfecho 2 Algo satisfecho 3 Moderadamente satisfecho 4 Muy satisfecho 5 Completamente satisfecho	Mantener a: 2 <hr/> Aumentar a: 4 <hr/>
		000420 Temperatura de la habitación confortable	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido	Mantener a: 3 <hr/> Aumentar a: 5 <hr/>
		000421 Dificultad para conciliar el sueño	1 Grave 2 Sustancial 3 Moderado 4 Leve 5 Ninguno	Mantener a: 3 <hr/> Aumentar a: 4 <hr/> Durante la estancia

INTERVENCIONES (NIC): 6482 Manejo ambiental: Confort
ACTIVIDADES
<ol style="list-style-type: none"> Se tomó en cuenta la ubicación de los compañeros de habitación con preocupaciones ambientales similares. Se creó un ambiente tranquilo y de apoyo: sin ruido, escuchando música suave y en tono bajo, con buena temperatura ambiental (abriendo o cerrando las ventanas). Se autorizó poner dispositivo para eliminar los mosquitos por las noches, y con el apoyo de los familiares que se encontraban en el cubículo se realizaron las actividades. Se proporcionó un ambiente limpio y seguro. Se solicitó y supervisó al personal de limpieza mantener el cubículo limpio, sin basura y sin mal olor. Los baños limpios, con papel higiénico, jabón y sanitas. Se reforzó la comodidad de la persona, utilizando los principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo de las articulaciones durante el movimiento). Se vigiló continuamente la piel, especialmente las prominencias corporales, por si hubiera signos de presión o irritación. Se evitaron las interrupciones innecesarias y se le permitió tener periodos de reposo después de la deambulación.

INTERVENCIONES (NIC): 6040 Terapia de relajación simple
ACTIVIDADES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se creó un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando fue posible. 2. Se le enseñó a su esposa para que le otorgara el masaje por las noches y pudiera dormir y se le entregó un díptico con información para continuar en casa (anexo 7). 3. Se evaluó a través de la observación directa la participación de la persona y la respuesta a la terapia de relajación.
<p>Evaluación: El Señor Alberto durmió y descanso por las noches con ayuda de su esposa al proporcionarle un ambiente confortable, con el baño, el masaje en la espalda y en los miembros inferiores, que le ayudaron a tonificar y relajar el cuerpo. También la música clásica le ayudó a conseguir cambios fisiológicos como la concentración y relajación. Menciona que ya se siente mejor anímicamente, ya no se altera con su esposa. Refiere que ya no se siente triste y que le va a echar ganas para recuperar su salud y poder irse a su casa. Se procuró no despertarlo seguido por las noches por la ministración de los medicamentos.</p>

DOMINIO: 5 Percepción/ Cognición	CLASE: 4 Cognición			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	(RESULTADOS) NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>ETIQUETA: 00161 Disposición para mejorar los conocimientos, sobre su régimen terapéutico Definición: La presencia o adquisición de información cognitiva sobre un tema específico es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y puede ser reforzada.</p> <p>FACTORES RELACIONADOS:</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Describe experiencias previas relacionadas con el tema y el interés de aprender.</p>	<p>1823 Conocimiento: Fomentó de la salud</p>	<p>182318 Prácticas nutricionales saludables</p> <p>182314 Conductas para prevenir lesiones no intencionadas</p>	<p>1 Ningún conocimiento</p> <p>2 Conocimiento escaso</p> <p>3 Conocimiento moderado</p> <p>4 Conocimiento sustancial</p> <p>5 Conocimiento extenso</p>	<p>Mantener a: 2</p> <hr/> <p>Aumentar a: 5</p> <hr/> <p>Mantener a: 1</p> <hr/> <p>Aumentar a: 3</p> <hr/> <p>Durante la estancia</p>

INTERVENCIONES (NIC): 5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento
ACTIVIDADES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se informó a la persona y su esposa acerca de cuando y donde tendrá lugar el procedimiento y tratamiento de la hemodiálisis. 2. Se informó a la persona y su esposa acerca de la duración esperada del procedimiento/tratamiento de la hemodiálisis. 3. Se informó a la persona y su esposa sobre el personal que realizará el procedimiento/tratamiento de la hemodiálisis.

- Se reforzó la confianza de la persona con el personal involucrado para conocer sobre la Hemodiálisis a través de la asesoría y se le entregó un tríptico sobre la Hemodiálisis (anexo 8).

INTERVENCIONES (NIC): 5614 Enseñanza: dieta prescrita

ACTIVIDADES

- Se reforzó el nivel de conocimientos de la persona acerca de la alimentación para persona renal, ya se le había entregado el tríptico (anexo 4).
- Se le otorgó explicación sobre el propósito de la dieta.
- Se le otorgaron instrucciones a la persona sobre las comidas permitidas y prohibidas.
- Se observó la selección de alimentos adecuados a la dieta prescrita por parte de la persona.
- Se proporcionó un plan estricto de comidas.
- Se incluyó a la esposa para recibir la consulta de nutrición.

Evaluación: El Señor Alberto logro comprender los beneficios de la Hemodiálisis y acepto la terapia de sustitución, reconociendo los riesgos y las posibles complicaciones. Gracias a que se consiguió obtener su confianza; además de mantener una buena alimentación y el cumplimiento de las indicaciones médicas, pudo ser candidato a ingresar a la modalidad de Hemodiálisis. Su esposa asistió al curso de capacitación para familiares, que fue de una semana.

DOMINIO: 3 Eliminación/Intercambio	CLASE:1 Función urinaria			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	(RESULTADOS) NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>ETIQUETA: 00016 Deterioro de la eliminación urinaria Definición: Disfunción en la eliminación urinaria.</p> <p>FACTORES RELACIONADOS: disfunción renal</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Micciones de poca cantidad, edema de miembros inferiores ++ y palpebral +, disfunción de catéter de Tenckoff.</p>	<p>0503 Eliminación urinaria</p>	<p>050301 Patrón de eliminación</p>	<p>1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido</p>	<p>Mantener a: 1</p> <hr/> <p>Aumentar a: 3</p> <hr/> <p>Durante la estancia</p>

INTERVENCIONES (NIC): 2150 Terapia de diálisis peritoneal

ACTIVIDADES

- Se preparo a temperatura ambiente el líquido de la diálisis antes de la instalación.
- Se valoro la permeabilidad del catéter, anotando la dificultad del flujo de entrada/salida.
- Se llevo un registro de los volúmenes de flujo de entrada/salida y del equilibrio de líquido individual/acumulado.
- Se evitó el exceso de tensión mecánica sobre los catéteres de diálisis peritoneal al toser.
- Se controló la presión sanguínea, el pulso, la respiración, la temperatura y la respuesta de la persona durante la diálisis.
- Se realizó el registro de los signos vitales guía: peso, temperatura, pulso, respiraciones y presión sanguínea.

7. Se aseguró el llevar a cabo una manipulación aséptica del catéter peritoneal y de las conexiones.
8. Se realizaron los cambios de diálisis (flujo de entrada, parada, momentánea y flujo de salida), según protocolo del Hospital (baños de entrada por salida).
9. Se trabajo en colaboración con la persona para justar la duración de la diálisis, las regulaciones dietéticas y necesidades en cuanto a dolor o distracción para conseguir un mayor beneficio del tratamiento.
10. Al presentar disfunción del catéter por tercera ocasión, se decide suspenderla e iniciar otra alternativa de sustitución de la función renal.

INTERVENCIONES (NIC): 2100 Terapia de Hemodiálisis:	
ACTIVIDADES	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se otorgo explicación sobre el procedimiento de la hemodiálisis y su objetivo, se le entrego un tríptico sobre lo que es la hemodiálisis (anexo 8). 2. Se colaboro con la persona y esposa para ajustar las regulaciones de la dieta, limitaciones de líquidos y medicamentos para regular los cambios de líquidos y electrolitos entre los tratamientos. 3. Su esposa asistió al curso de capacitación de una semana, para que pudiera ingresar la persona al programa de hemodiálisis. En donde debe observar los signos y síntomas que indiquen necesidad de tratamiento médico (fiebre, hemorragia, fistula coagulada, tromboflebitis y pulso irregular). 4. Se colaboro con la persona para aliviar las molestias de los efectos secundarios derivados de la enfermedad y del tratamiento (calambres, fatiga, dolor de cabeza, prurito, anemia, desmineralización ósea, cambios de imagen corporal e interrupción de roles). 	
<p>Evaluación: Después de que el señor Alberto presento disfunción de catéter de Diálisis en tres ocasiones, se continuó dializando una semana más, pero el 02 de febrero se colocó catéter Mahurkar subclavio derecho e inicio con la Hemodiálisis y el 05 de febrero es dado de alta del Hospital. El señor Alberto asiste los martes y viernes en el turno vespertino a las sesiones de Hemodiálisis acompañado de su esposa, quien menciona que ha mejorado su estado de ánimo y que ya está convencido de esta terapia.</p>	

DOMINIO: 11 Seguridad/ Protección	CLASE: 2 Lesión Física			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	(RESULTADOS) NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>ETIQUETA: 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea Definición: Riesgo de alteración en la epidermis y/o en la dermis.</p> <p>FACTORES RELACIONADOS: Cambios en la turgencia de la piel y falta de movilidad física.</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</p>	<p>1902 Control del riesgo</p>	<p>190201 Reconoce factores de riesgo</p> <p>190207 Sigue las estrategias de control del riesgo seleccionadas</p>	<p>1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado</p>	<p>Mantener a: <u>3</u></p> <p>Aumentar a: <u>5</u></p>

INTERVENCIONES (NIC): 3540 Prevención de úlceras por presión
ACTIVIDADES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se utilizó una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (escala de Braden) y se aplicó la evaluación del indicador de prevención de úlceras por presión en personas hospitalizados, cumpliendo con los 5 criterios. 2. Se realizaron los registros en la hoja de enfermería sobre cualquier incidencia anterior de formación de úlceras por presión. No existe antecedente. 3. Se aplicaron barreras de protección, como cremas para eliminar el exceso de humedad. 4. Se registro el estado de la piel durante el ingreso y diariamente. 5. Se mantuvo vigilancia estrecha sobre cualquier zona enrojecida. 6. Se continuo realizando movilización continúa cada 2 horas. 7. Se evitó dar masajes en los puntos de presión enrojecidos. 8. Se colocó a la persona en la posición indicada, ayudándose de almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón. 9. Se mantuvo la ropa de la cama limpia y seca, y sin arrugas, diariamente. 10. Se le enseñó a la esposa a vigilar si hay signos de lesiones de la piel.

INTERVENCIONES (NIC): 3590 Vigilancia de la piel
ACTIVIDADES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se observó si hubo la presencia de signos de celulitis (enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las membranas mucosas, pulso). Se presento enrojecimiento y edema de miembros inferiores, manteniéndose en vigilancia. 2. Se registraron los cambios en la piel y membranas mucosas que tuvo la persona durante su estancia hospitalaria.
<p>Evaluación: Afortunadamente no hay lesiones dérmicas, el Sr. Alberto refiere estar convencido de la importancia de mantener limpia, seca, lubricada e hidratada la piel. Se fomenta el cuidado especial de la piel de los pies con ayuda de su esposa para la revisión, ya que tiene amputación de primer y segundo orjejo de miembro podálico derecho y herida limpia en proceso de cicatrización, en el abdomen por el retiro del catéter de Tenckoff. De acuerdo a la valoración de la escala de Braden el resultado fue de 14 puntos, lo que significa que tuvo riesgo moderado de presentar úlceras por presión debido a la inmovilidad.</p>

DOMINIO: 11 Seguridad/ Protección	CLASE: 2 Lesión Física			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	(RESULTADOS) NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>ETIQUETA: 00155 Riesgo de caídas Definición: Riesgo de aumento de la susceptibilidad a las caídas que puede causar daño físico.</p> <p>FACTORES RELACIONADOS: Persona invidente. Uso de dispositivos de ayuda (bastón)</p> <p>CARACTERÍSTICAS</p>	<p>1902 Control del riesgo</p>	<p>190211 Participa en la identificación sistemática de los riesgos identificados</p> <p>190214 Utiliza los sistemas de apoyo personal para reducir el riesgo</p>	<p>1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado</p>	<p>Mantener a:</p> <p style="text-align: center;">3</p> <hr style="width: 50px; margin: auto;"/> <p>Aumentar a:</p> <p style="text-align: center;">5</p> <hr style="width: 50px; margin: auto;"/> <p>Durante la estancia</p>

DEFINITORIAS:				
----------------------	--	--	--	--

INTERVENCIONES (NIC): 6610 Identificación de riesgos
ACTIVIDADES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se reviso el historial médico para determinar las evidencias de los diagnósticos médicos y de cuidados actuales o anteriores. 2. Se determinó la presencia y calidad del apoyo de su esposa. 3. Se utilizaron los dispositivos de seguridad (barandales en alto en la cama, utilización del bastón), para ayudar a disminuir los factores de riesgo

INTERVENCIONES (NIC): 6490 Prevención de caídas
ACTIVIDADES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se identifico el déficit cognoscitivo o físico de la persona que pudiera aumentar la posibilidad de caídas (invidente). 2. Se Identificaron las conductas y factores que afectan al riesgo de caídas. 3. Se reviso la historia de caídas con la persona y familia. 4. Se identificaron las características del ambiente hospitalario y en el hogar que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas). 5. Se acompañó a la persona para observar sobre el paso al caminar y el movimiento. 6. Se le ayudó a la deambulación cuando estaba inestable. 7. Se le proporcionó el bastón para conseguir una deambulación estable. 8. Se animó a la persona a utilizar el bastón. 9. Se colocó la cama mecánica en la posición mas baja. 10. Se reforzó la utilización de las barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama. 11. Se le sugiere utilizar calzado seguro y cómodo.

INTERVENCIONES (NIC): 6454 Vigilancia: seguridad
ACTIVIDADES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se reforzó la observación de las limitaciones de la función física o cognoscitiva de la persona que pudieran conducir a una conducta insegura. 2. Se vigiló el ambiente para ver si había peligro potencial para su seguridad. 3. Se supervisó /vigiló a la persona para realizar las acciones terapéuticas de seguridad. 4. Se colocó a la persona en un ambiente menos restrictivo que permitiera mantenerlo bajo observación (cerca del Control de Enfermeras).
<p>Evaluación: El señor Alberto a pesar de que ya conocía las medidas preventivas de accidentes en el hogar, las acciones realizadas durante su estancia hospitalaria le ayudaron a él y a su esposa a tener más confianza al reconocer su entorno y los diferentes mecanismos que podía utilizar, por lo consiguiente mejoro su estado de ánimo y ya utiliza el bastón para guiarse al caminar solo por los pasillos del servicio. Se aplicó la evaluación del indicador de prevención de caídas.</p>

DOMINIO:5 Percepción/Cognición	CLASE: 5 Comunicación			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	(RESULTADOS) NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA: 00051 Deterioro de la comunicación verbal Definición: Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir,	0904 Comunicación: Receptiva	090405 Interpretación del lenguaje no verbal	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente	Mantener a: 2 <hr/> Aumentar a: 3

procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos. FACTORES RELACIONADOS: Alteración de las percepciones CARACTERISTICAS DEFINITORIAS: Déficit visual total (invidente) y dificultad para mantener el patrón de comunicación habitual.		090406 Reconocimiento de mensajes recibidos	comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido	<hr/> Mantener a: 2 <hr/> Aumentar a: 5 <hr/>
---	--	--	---	---

INTERVENCIONES (NIC): 4978 Mejorar la comunicación: déficit visual (invidente)
ACTIVIDADES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se ayudó a la persona a identificarse con su espacio. 2. Se le describió el ambiente del entorno a la persona. 3. No se movieron los objetos del cuarto de la persona sin informar al mismo. 4. Se le ayudó a la identificación de los objetos de la bandeja de comida en relación a las agujas del reloj.

INTERVENCIONES (NIC): 5660 Contacto
ACTIVIDADES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se evaluó la propia comodidad personal utilizando el contacto con personas y familiares en la habitación, a través de la observación directa sobre las reacciones de la persona al aceptar ser tocado por alguien que no conoce. 2. Se le tomó la mano a la persona cuando se le proporcionó apoyo emocional. 3. Se golpeo suavemente la espalda en sincronía con la respiración de la persona. 4. Se le do un abrazo de afirmación para transmitirle confianza.

INTERVENCIONES (NIC): 4920 Escucha activa
ACTIVIDADES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se le mostró mucho interés a la persona, sin involucramiento, al escucharlo hablar. 2. Se utilizó la comunicación no verbal para facilitar la comunicación con la persona (p. ej. Saber que la posición física expresa mensajes no verbales, tocarlo, dejarse tocar la cara por la persona). 3. Se aclaró la comunicación mediante el uso de preguntas y retroalimentación. 4. Se verificó la comprensión del mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación. 5. Se utilizó el silencio/ escucha para animarlo a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.

Evaluación: Se logro que el señor Alberto hablara con claridad y mejoro la comunicación y la relación familiar con la ayuda de la psicóloga del servicio de Hemodiálisis, lo que le ayudó a elevar su autoestima y a convivir con nuevas amistades; ya que al asistir los martes y viernes a las sesiones de hemodiálisis, convive con otros personas y comparte vivencias, lo que le ayuda a reforzar sus valores familiares y personales. Además como ya va a ser abuelo esta muy emocionado.

DOMINIO: 1 Promoción de la salud	CLASE: 1 Toma de conciencia de la salud			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	(RESULTADOS) NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA: 00168 Estilo de vida sedentario Definición: Expresa tener hábitos de vida que se caracterizan por un bajo nivel de actividad física. FACTORES RELACIONADOS: Conocimientos deficientes sobre los beneficios del ejercicio físico para la salud, Falta de motivación CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Demostración de falta de condición física	1209 Motivación	120916 Mantiene las flexibilidad	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado	Mantener a: 2 _____ Aumentar a: 4 _____
	2004 Forma física	200405 Ejercicio habitual	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido	Mantener a: 2 _____ Aumentar a: 4 _____

INTERVENCIONES (NIC): 4310 Terapia de actividad
ACTIVIDADES
1. Se le ayudó a identificar y obtener los recursos necesarios para la actividad deseada. 2. Se le ayudó a la persona a identificar las actividades significativas. 3. Se le ayudó a realizar las actividades físicas regulares (deambulación, transferencias, giros y cuidado personal). 4. Se fomentó el compromiso en actividades recreativas y de diversión que tengan por objeto disminuir la ansiedad: tareas sencillas concretas juegos simples, tareas rutinarias. 5. Se observó la respuesta emocional, física, social y espiritual de la actividad. 6. Se elaboró un tríptico con información sobre movilización y estimulación (anexo 6), para motivarlo a realizarlos en casa.

INTERVENCIONES (NIC): 0200 Fomentó del ejercicio
ACTIVIDADES
1. Se determinó la motivación de la persona para continuar con el programa de ejercicios. 2. Se realizó la exploración de las barreras para el ejercicio. 3. Se incluyó a la esposa de la persona en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios. 4. Se les instruyó a cerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud. Se elaboró un tríptico con información sobre movilización y estimulación (anexo 6)

INTERVENCIONES (NIC): 5270 Apoyo emocional
ACTIVIDADES
1. Se hicieron comentarios sobre la experiencia emocional con la persona y su esposa. 2. Se realizaron afirmaciones de apoyo. 3. Se abrazó o tocó a la persona para proporcionarle apoyo. 4. Se escucharon las expresiones de sentimientos y creencias de la persona.

5. Se permaneció con la persona y se le proporcionaron sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.

INTERVENCIONES (NIC): 5400 Potenciación de la autoestima

ACTIVIDADES

1. Se observaron las frases de la persona sobre su propia vida.
2. Se animó a la persona a identificar sus virtudes.
3. Se le aportaron experiencias de vida que aumento la autonomía de la persona.
4. Se animó a la persona para evaluar su propia conducta.
5. Se observaron los niveles de autoestima (incrédulo, negación, frustración, angustia, inseguro, incompetente para cubrir sus necesidades, evasión de sus responsabilidades como padre y esposo).
6. Se realizaron afirmaciones positivas sobre la persona, para elevar su autoestima.

Evaluación: El señor Alberto manifiesta un incremento en su seguridad y confianza en si mismo con el papel que desempeña en las actividades de su casa; al realizar ejercicios de bajo impacto sabe que son importantes para él y para los demás integrantes de su familia. Se le hace entrega de dos dísticos (anexos 6 y 7). Todavía necesita integrarse más con su familia, crear un ambiente seguro y confiable para que lo integren a las actividades recreativas fuera de la casa.

5.6 PLAN DE ALTA

- 1) Reforzamiento sobre la dieta a seguir en su domicilio, que alimentos debe ingerir y cuales no, número de comidas a realizar al día y su importancia:
 - a. Se hace entrega de dos dípticos (anexos 3 y 4), que le ayudaran a planificar la dieta.
 - b. Mantener una lista de alimentos que sean fáciles de preparar, para poder comer algo saludable.
 - c. Puede adaptar sus recetas favoritas para que pueda comer alimentos que le gusten.
 - d. Consulte los valores alimenticios de algunos de sus alimentos favoritos, en los folletos entregados para ver lo que puede agregar a su plan de comidas saludables (anexos 3 y 4).
- 2) Otorgamiento de las recomendaciones respecto a la realización de ejercicio físico específico y continuo de baja intensidad, a través de una tabla de ejercicios:

Tabla de Ejercicios	
Lunes:	De pie, con las piernas separadas y las manos sobre las caderas. Flexionar la espalda hacia un lado varias veces y luego hacia el otro lado. Haga 3 series de 10 repeticiones a cada lado.
Martes:	De espalda sobre el suelo, elevar glúteos y piernas. Respirar tranquilamente y pedalear como si estuviera sobre una bicicleta. Haga 3 series de 5 minutos cada una.
Miércoles:	Estando tirado boca arriba. Levantar las piernas estiradas. Doblar y estirar los dedos de los pies sucesivamente. Haga 4 series de 30 repeticiones cada una.
Jueves:	Caminar. Camine a marcha lenta entre 10 y 20 minutos por terreno abierto. Procure conservar un ritmo regular y no realizar paradas prolongadas.
Viernes:	De pie con las piernas separadas y un brazo extendido. Realizar círculos con el brazo mientras flexiona las rodillas, por 10 veces con cada brazo.

- 3) Otorgamiento de educación para la salud en donde se enseña la persona y familia como conducirse con la Hemodiálisis y se agregaron consejos sobre los cuidados en casa:
 - a. Se elaboró y se le entrego un tríptico (anexo 8), que le servirá como guía para conocer que es la Hemodiálisis y que precauciones debe tener en casa.
 - b. Estimulación para incorporarse a grupos de ayuda mutua:
 - Se solicito la colaboración de Trabajo Social y psicología del servicio de hemodiálisis y Nutrición para la monitorización de la persona.
 - Asistencia los días martes y viernes a terapias de Hemodiálisis en el Hospital, en el turno vespertino a las 15:00 horas.
- 4) Continuar con las recomendaciones para utilizar el bastón como medida de seguridad y evitar riesgos de caídas:
 - a. El bastón debe llevarse en el lado opuesto al de la pierna débil y ha de avanzarse al mismo tiempo que ésta para respetar el movimiento natural del cuerpo.
- 5) Reforzamiento sobre el autocuidado y medidas de seguridad que debe continuar realizando en su domicilio, para evitar lesiones en la piel y pies:
 - a. Inspeccionar diariamente los pies.
 - b. Mantener los pies limpios, secos y suaves. Protegerlos con crema o aceite lubricante.
 - c. Procurar evitar cualquier lesión en los pies, teniendo en cuenta evitar la sequedad excesiva y grietas, la humedad en los pies y uso de zapato o calcetines húmedos.

- d. Cortar las uñas rectas. Nunca se corte los callos. No utilizar callicidas ya que pueden ocasionar quemaduras en la piel.
 - e. No caminar descalzo. Utilizar zapato amplio y cómodo.
 - f. Mantener la vigilancia de la circulación y temperatura de los pies por las noches. Evitar las temperaturas extremas en todo momento. Además debe realizar los siguientes ejercicios:
 - 1. Girar los pies por los tobillos unas diez veces con cada uno.
 - 2. Mover hacia atrás y hacia adelante el pie por el tobillo unas diez veces con cada uno.
 - 3. Mover los dedos de los pies con las manos unas diez veces, con cada uno.
 - 4. Darse masajes suaves en las piernas y pies para facilitar la circulación.
 - g. Se le entrega a su esposa dos dípticos informativos sobre movilización, estimulación y masajes (anexos 6 y 7).
- 6) Solicitarle que asista a su revisión periódica de los dientes en su Clínica de Medicina Familiar de Adscripción. Se le hace entrega de un díptico informativo (anexo 5).
- 7) Se involucro a la familia para que contribuya a evitar que fume la persona.
- 8) Se le hace hincapié que: “Si deja de fumar, se reducirá el riesgo de sufrir un ataque al corazón, derrame cerebral, enfermedad renal y enfermedad de los nervios. Sus niveles de colesterol y la presión arterial pueden mejorar. También mejorará la circulación de la sangre en su organismo”. Se le entrego un díptico informativo (anexo 2).

9) Tomar sus medicamentos de acuerdo a las indicaciones médicas:

- Metoprolol 50 mg VO c/12 horas (tomar en la mañana y noche)
- Losartan 1 tab. VO c/12 horas (tomar en la mañana y noche)
- Enalapril 10 mg VO c/24 horas (tomar en la mañana)
- Calcitriol 1 VO c/24 horas (tomar en la noche)
- Calcio 1 tab. c/12 horas (tomar en la mañana y noche)

VI. CONCLUSIONES

Para concluir con el trabajo, es importante mencionar que con la aplicación del Modelo de Virginia Henderson en el Proceso de Enfermería, permitió realizar una atención integral de la persona, además de fomentar el razonamiento crítico y desarrollar las habilidades prácticas en la asistencia de los cuidados enfermeros, en pro de cumplir el principal objetivo, brindar cuidados con calidad y calidez, con enfoque científico, aspectos importantes que se deben enfatizar en los tres niveles de atención del Sector Salud.

La experiencia dentro del servicio de Hospitalización de Medicina Interna fue muy productiva y de aprendizaje significativo en el fortalecimiento de los conocimientos científicos basado en la evidencia, haciendo con ello revivir una bonita experiencia de otorgar cuidados de enfermería directamente en servicio. Además de la convivencia con los compañeros de trabajo, el apoyo y la confianza depositada en mi, tanto de la persona como de su familiar, y aun después de su egreso hospitalario todavía se acuerdan de uno, cuando los encuentro en la consulta, ya sea en la misma Unidad Hospitalaria y/o en la Clínica de Medicina Familiar. También se pudo observar que aunque se trabaje en forma distinta en cada turno, existe universalidad de criterios en el cuidado de la persona.

Por lo que, es muy importante el mantener las buenas relaciones humanas entre el personal médico, enfermería y demás equipo multidisciplinario para que exista un buen ambiente laboral y esto pueda ayudar a que el persona se sienta seguro, cómodo y en confianza en todo momento.

Aunado a ello, se pudo constatar que aunque en la Unidad Médica no se trabaje directamente con el Proceso Enfermero, los procesos que se llevan a cabo son parte integral del mismo, pero no estamos familiarizados con la terminología científica y no estamos acostumbrados a registrar todo lo que hacemos con los usuarios, en mi opinión creo que es por la sobrecarga de trabajo que existe en las áreas de hospitalización, porque se hacen todos los procedimientos y educación para la salud al persona, pero no tenemos esa cultura de registrar y utilizar los formatos institucionales, que son la evidencia sobre nuestra labor diaria.

Ahora reafirmo que el Proceso de Enfermería es la herramienta principal del profesional de enfermería, porque es con lo que se demuestra el trabajo cotidiano que realizamos día a día, para mejorar la calidad de la atención otorgada a nuestros derechohabientes, si una persona es tratada desde un enfoque holístico, se traduce en el termino de cuidado integral para la Salud, hecho anhelado por todos los profesionales que ejercemos esta gran profesión.

VII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Norma Oficial Mexicana: NOM-015-SSA3-2010 (2010). **Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus**. Recuperado el 15 de enero de 2016 de: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010

Ávila S. M. N. (2013). **Enfermedad renal crónica: prevención y detección temprana en el primer nivel de atención**. Medicina Interna de México, Volumen 29, núm. 2, marzo-abril; pág.148-153.

Amaro C., M. C. (2004). **El método científico de enfermería, el proceso de atención y sus implicaciones éticas y bioéticas**. Rev. Cubana Enfermería; 20(1): 1-7.

Raile A. M., Marriner T. A. (2011). **Modelos y teorías en Enfermería**. España, Séptima edición, Editorial ELSEVIER. Pág. 13, 55, 56.

Marriner T. A., Raile A. M (2014). **Modelos y teorías en enfermería**. 8° edición, Editorial ELSEVIER MOSBY, pág.54-56.

García G. M. J. (2004). **El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson**. México, D.F., 2ª edición, Editorial Progreso, S.A. de C.V. pág. 12-359.

Bellido V. J. C., L. C. (2010). **Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN**. España, Primera edición, Editorial Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén, pág. 17-209

SECRETARIA DE SALUD (2011). **Lineamiento General Para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería (PLACE)**. México D.F. pág. 14-30.

Moran A. V., M. R. A. L (2006) **Proceso de Enfermería, Modelo sobre interacción terapéutica y uso de los lenguajes NANDA, CIE Y CRE**. 2ª edición, México, D.F., Editorial Trillas, pág.85-220.

Potter P. A., Griffin P. A. (2003). **FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA**. Volumen I, 5° edición, España, Harcourt/Océano. pág. 301-384.

NANDA Internacional (2013). **DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS, Definiciones y clasificación 2012-2014**. España. Elsevier, pág. 59, 61, 93, 94 y 95

M. Bulechek, G. PhD, RN, FAAN (2009). **Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)**. Barcelona, España. ELSEVIER.

Moorhead, S., Johnson, M. et. al. (2009). **Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)**. (Cuarta ed.)Barcelona, España. ELSEVIER.

Johnson, M., Moorhead, S, et. al. (2012). **Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos**, (tercera ed.), Barcelona, España. ELSEVIER MOSBY.

Consejo de Salubridad General (2013). “**Intervenciones de Enfermería en el Manejo ambulatorio del adulto con terapia sustitutiva de la función renal- diálisis peritoneal**. GPC: IMSS-642-13. México. Recuperado el 20 de enero de 2016 de: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

Ardón, N. (2003). **Sistema para el Monitoreo de la Calidad de la Atención en Salud por Indicadores en los Hospitales de I, II y III Nivel de Atención**. Bogotá. Recuperado el 15 de enero de 2016, de: http://www.gerenciasalud.com/art284.htm#_ftn1.

Cárdenas, J. M. (2000). **Conceptualización de la Enfermería**. México D.F: UNAM- ENEO, pág.37

Fernández F. C., et al (1995). **Enfermería fundamental**. Barcelona: Mason-Salvat; pág. 198.

García M., C. M. M. M. L. (2001). **Historia de la Enfermería-Evolución Histórica del Cuidado Enfermero**. España: Madrid; pág. 238.

Grinspun, D. (2006). **Identidad Profesional, Humanismo y Desarrollo Tecnológico**. México, D.F.: ENEO-UNAM, Antología Sociedad, Salud y Enfermería. pág. 227.

NOM-171-SSA1-1998 (1999). **Para la práctica de hemodiálisis**. México, D.F: Secretaria de Salud.

Palacios D., E. Álvarez R., et.al. (2011). **Cuidados de Enfermería en procesos Clínicos Quirúrgicos**. Quibdó Choco: Universidad Tecnológica del Choco. Recuperado el 15 de enero de 2016, de: <http://www.slideshare.net/jamesisaac0000/caso-clinico-14-necesidades-virginia-henderson-utch>

VII. ANEXOS

Anexo 1. Instrumento para la Valoración de las 14 Necesidades.

Necesidad de oxigenación

Nombre: R. M. Alberto	Edad: 60 años	Sexo: Masculino
Fuente de información: Directa	Procedencia: Urgencias	Hora: 10:00

Datos Subjetivos:

Disnea debido a: Dificultad al respirar	Tos productiva /seca: por la tos que es productiva
Dolor asociado con la respiración:	Dolor torácico tipo opresivo. Por presentar derrame pleural tiene colocado un pleur-evac lado derecho. Aumenta con la tos.
Fumador:	Tabaquismo que abandonó desde hace seis meses, aunque ocasionalmente fuma un cigarro.
Desde cuando fuma/ cuántos cigarros al día/ varía la cantidad según su estado emocional:	
Empezó a fumar a la edad de 26 años, fumaba 8 cigarros al día, si se encontraba con algún tipo de presión o alteración fumaba más cigarros, no menciona cuantos. Actualmente llega a fumar 1 cigarro ocasionalmente.	

Datos Objetivos:

Registro de signos vitales y características:	F.R. 22 x', campo pulmonar derecho hipoventilando en un 70%. F.C. 62 x', ritmo regular. T/A: 131/72 mm/Hg, normal, palpable. Temperatura de 36.5 °C.	
Tos productiva /seca:	productiva con flemas espesas	Estado de conciencia: Orientado en sus tres esferas
Coloración de piel/lechos ungueales/peri bucal:	Palidez generalizada/ lechos ungueales cianóticos, Labios pálidos y mucosa orales deshidratadas,	
Circulación del retorno venoso: Presenta edema de miembros inferiores ++	Otros: debilidad, se fatiga al hablar y tiene accesos de tos	

Necesidad de nutrición e hidratación

Datos Subjetivos:

Dieta habitual (tipo)	Para diabético y nefropata de 1600 kcal. Con líquidos de 800 ml. en 24 horas
Número de comidas diarias	Tres veces al día (pollo 3/7 carnes rojas 2/7, fruta 4/7, leche 4/7 y pan 2/7), toma refresco de cola de 600 ml. 7/7, agua 200 ml. 7/7. Come en su casa.
Trastornos digestivos	Refiere nauseas al tomar agua porque le sabe a fierro
Intolerancia alimentarias/ Alergias	Refiere que no tiene alergias hasta el momento
Problemas de la masticación y deglución	Refiere no presentar problemas
Patrón de ejercicio	Realiza ejercicios pasivos en cama

Datos Objetivos

Turgencia de la piel:	La piel es reseca y se descama, se observa deshidratada
Membranas mucosas hidratadas/ secas:	Mucosas orales secas
Características de uñas/cabello:	El cabello es frágil, quebradizo y sin brillo y se cae sin una causa aparente; las uñas se reblandecen y con crecimiento.
Funcionamiento neuromuscular y esquelético:	Refiere que fue intervenido quirúrgicamente de una luxación de hombros. Tiene amputación de 1 y 2 orjejo de miembro podálico derecho
Aspecto de los dientes y encías:	Mucosas orales secas, encías rosa pálido, dientes con caries, aparentemente sin faltante de piezas y halitosis.
Heridas, tipo y tiempo de cicatrización:	Tiene herida limpia y cubierta de lado inferior izquierdo, por instalación de catéter de tenckoff. Tiene cicatriz en buen estado de lado inferior derecho del abdomen por disfunción de catéter anterior.
Otros:	Edema de miembros inferiores ++, menciona que no le duelen y si los puede mover.
Glucosa de 100 mg/dl	

Necesidad de eliminación

Datos Subjetivos

Hábitos intestinales:	Orina en poca cantidad, por lo regular 4 veces al día	
Características de las heces/orina/ menstruación:	Orina color amarillo claro, olor a dulce	
Heces en poca cantidad de color café claro y blandas		
Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros:	Presenta Insuficiencia Renal Crónica	
Uso de laxantes: NO	Hemorroides: NO	
Dolor al defecar/menstruar/orinar:	Menciona que no	
Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación:	Si se angustia, tiene deseos de orinar a cada rato	
Otros:		

Datos Objetivos:

Abdomen, características:	Blando, depresible. Disminución de la motilidad gastrointestinal	
Ruidos intestinales:	Presentes	
Palpación de la vejiga urinaria:	Abdomen blando y depresible, no se palpa abultamiento.	
Orina, cantidad y características	Orina color ámbar, con sedimentación, olor a dulce,	
Evacuación, cantidad y características	Evacua una vez al día en pequeña cantidad, color café paja y olor característico.	
Otros:		

Necesidad de termorregulación

Datos Subjetivos:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura:	Refiere su esposa que es muy friolento
Ejercicio, tipo y frecuencia:	No realiza ningún tipo de ejercicio.
Temperatura ambiental que le es agradable:	Ambiente cálido, no soporta el frío.

Datos Objetivos:

Temperatura en grados centígrados	36.5°C
Características de la piel:	La epidermis está adelgazada, la dermis ha perdido vascularización y elasticidad y la hipodermis está atrofiada
Transpiración:	No tiene transpiración.
Condiciones del entorno físico:	El cubículo es cálido, entra el sol por la ventana en las mañanas.
Otros:	Tiene tres cobertores para taparse durante la noche.

Necesidad de movilización y postura

Datos Subjetivos:

Capacidad física cotidiana:	Deambula con ayuda del familiar. Requiere de ayuda para realizar sus actividades.
Actividades en el tiempo libre:	No sale de su casa
Hábitos de descanso:	Durante el día duerme y por las noches tiene insomnio.
Hábitos de trabajo:	No realiza actividades. Es trabajador activo del Gobierno federal, pero se encuentra de incapacidad (Licencia médica).

Datos Objetivos:

Estado del sistema músculo esquelético, fuerza:	Muestra debilidad en las piernas, camina despacio, los brazos los levanta despacio y le cuesta trabajo utilizar los utensilios para comer.
Capacidad muscular (tono/resistencia/flexibilidad)	Músculos flácidos, disminución de la resistencia y tiene poca flexibilidad en las piernas y brazos.
Posturas:	Se puede sentar a la orilla de la cama por si solo, la mayor parte del día se mantiene acostado de lado derecho, por la lesión de la instalación del catéter. Al estar de pie se mantiene un poco encorvado hacia adelante.
Necesidad de ayuda para la deambulación:	Requiere de ayuda del familiar para deambular, porque es invidente.

Dolor con el movimiento: En el sitio de la herida	Presencia de temblores: No
Estado de conciencia: Orientado en tiempo, persona y espacio.	Estado emocional: Se encuentra con depresión
Otros: Se muestra irritable con su esposa.	

Necesidad de descanso y sueño

Datos Subjetivos:

Horario de descanso: En casa descansa todo el día	Horario de sueño: De 22:00 A 06:00
Horas de descanso:	Horas de sueño: 8 horas
Siesta:	Ayudas:
Insomnio: Si	Debido a: Que duerme durante el día y no puede conciliar el sueño durante la noche.
Descansado al levantarse: Refiere que no descansa del todo, piensa que por su padecimiento se siente cansado, desde hace 6 meses.	

Datos Objetivos:

Estado mental. (ansiedad / estrés / lenguaje)	Se encuentra estresado porque ya tiene un mes hospitalizado y no quiere aceptar la hemodiálisis. Con su esposa se muestra irritable y agresivo, llegando a la violencia física.
Ojeras: Si, porque no puede dormir por la noche y por el edema de miembros inferiores.	Atención: Sin problemas
Bostezos: Si, durante la conversación se encuentra bostezando	Concentración: Le cuesta trabajo concentrarse, se distrae con facilidad y cambia la conversación porque tienen miedo de la Hemodiálisis.
Apatía: Se muestra accesible con el personal de salud.	Cefaleas: Menciona que si, porque no pudo dormir durante la noche.
Respuesta a estímulos: Sin problema aparente	
Otros: Se observa con debilidad	

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Datos Subjetivos:

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir
Menciona su esposa que si, por que ya no le da importancia para vestirse como antes.
Su autoestima es determinante en su modo de vestir
Refiere que si porque ya no le da importancia al tipo de ropa que se pone.

Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría

Refiere que no tienen nada que ver con sus creencias.

Necesita ayuda para la selección de su vestuario

Requiere de ayuda para seleccionar su vestimenta, porque es invidente desde hace 2 años.

Datos Objetivos:

Viste de acuerdo a su edad: **Si, con ayuda de su esposa.**

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: **Se observa que al estar sin familiar el Sr. Alberto se baña solo y se coloca la bata adecuadamente.**

Vestido incompleto. **No**

Sucio **No**

Inadecuado **No**

otros

Necesidad de higiene y protección de la piel

Datos Subjetivos:

Frecuencia del baño: **refiere que cada tercer día en su casa, en la regadera lo sientan en una silla, porque no se puede mantener de pie.**

Momento preferido para el baño: **En las mañanas cuando hay sol, porque es friolento y le gusta bañarse con agua caliente**

Cuántas veces se lava los dientes al día: **No realiza lavado bucal. A veces una vez al día.**

Aseo de manos antes y después de comer: **Menciona su familiar que si se lava las manos cuando va a comer.**

Después de eliminar: **Refiere que si se lava las manos después de ir al baño.**

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

Datos Objetivos:

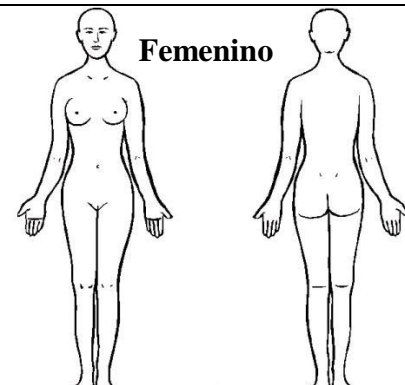
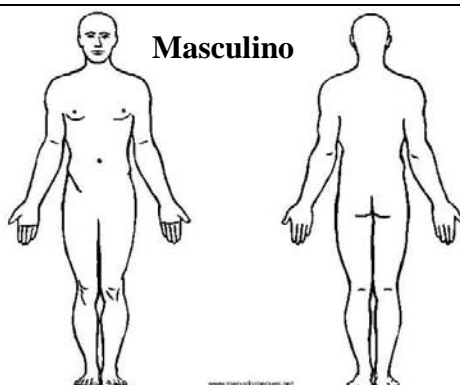
Aspecto general: **Muestra poca higiene**

Olor corporal. **Si** Halitosis: **Si**

Estado del cuero cabelludo: **con resequedad, cabello canoso y despeinado.**

Lesiones dérmicas Tipo (Anoté la ubicación en el diagrama):

Otros:



Necesidad de evitar peligros

Datos Subjetivos:

Que miembros componen la familia de pertenencia: La familia esta compuesta por 5 miembros: Padre, madre, 3 hijos (dos hombres y una mujer).	
Como reacciona ante situación de urgencia: Se estresa y se torna irritable, refiere la esposa.	
Conoce las medidas de prevención de accidentes: Refiere que si conoce las medidas de prevención de accidentes, por eso no sale solo de su casa. Menciona que las más frecuentes son las caídas.	
Hogar: Si las conoce por eso tiene el piso antideslizante, usa zapato cómodo. El baño cuenta con barandal para sostenerse. Su esposa no lo deja que se acerque a la cocina.	Trabajo: Si conoce las medidas preventivas, pero no acepta ir a trabajar por el que dirán y no quiere usar el bastón.; pero tampoco quiere pensionarse por discapacidad.
Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: No se realiza revisiones periódicas en su Clínica de Adscripción (Chalco).	
Familiares: Su esposa si asiste a revisiones periódicas en su clínica de adscripción.	
Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: Se torna irritable y avienta las cosas.	

Datos Objetivos:

Deformidades congénitas: No
Condiciones del ambiente en su hogar: El ambiente es tenso, se torna agresivo con su esposa, discuten mucho, por lo que la esposa refiere que se va air a trabajar y lo va a dejar solo, porque no aguanta los maltratos del señor Alberto.
Trabajo: Tiene dos años que no se ha presentado a trabajar, por lo cual le están pagando la mitad de su sueldo, pero no quiere pensionarse por enfermedad.
Otros

Necesidad de comunicación, juego, trabajar y vivir según creencias y valores

Datos Subjetivos:

Estado civil: Casado	Años de relación: 25 años
Viven con: Su esposa	Preocupaciones/estrés: Si por la situación económica y la perdida de la vista.
Familiar: Tienen tres hijos: Dos hombres y una mujer. Muy pronto va a ser abuelo	
Otras personas que pueden ayudar: Económicamente sus hijos. Menciona la persona que cuando tiene preocupaciones acude con el sacerdote para que lo oriente.	
Rol en estructura familiar: Es el Padre de familia	
Comunica problemas debidos a la enfermedad/estado: No existe una buena comunicación con sus familiares.	
Cuanto tiempo pasa solo: refiere que la mayoría del tiempo esta solo.	
Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: Ninguna. No le gusta salir de su casa.	
Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Escuchar la radio y televisión. A veces va con su esposa al parque.	
Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: Si porque no puede platicar y	

convivir armoniosamente con su familia	
Recursos en su comunidad para la recreación: Existe un parque recreativo cerca de su casa.	
Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: No porque no le gusta convivir con la gente. Solo en el hospital al platicar con el personal y algunos personas.	
Trabaja actualmente: Es Empleado del Gobierno	Tipo de trabajo: Administrativo o de oficina
Riesgos: Refiere que al manejar hojas se puede cortar. Actualmente, al moverse puede sufrir un accidente en cualquier momento.	Cuánto tiempo le dedica al trabajo: su jornada laboral es de 8 horas
Está satisfecho con su trabajo: Menciona que le gusta su trabajo, pero desde hace 2 años que perdió la vista no se ha presentado a trabajar y se encuentra de licencia médica.	
Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia: Anteriormente si, pero como ahora solo le están pagando la mitad de su sueldo, no le alcanza; pero sus hijos los ayudan económicamente.	
Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega: Si porque sus hijos los siguen respetando como la cabeza de la familia.	
Creencia religiosa: Religión católica, aunque no asiste a misa todos los domingos.	
Su creencia religiosa le genera conflictos personales: Menciona que No, de ninguna manera al contrario le ayuda a estar en paz consigo mismo	
Principales valores en la familia: Humildad, confianza, identidad, cariño, responsabilidad, compromiso. Conducirse con honradez, que no se rompan las reglas que tiene la familia.	
Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: Si, porque su casa cuenta con todo lo necesario, además su esposa esta con él en todo momento.	

Datos Objetivos:

Habla claro: Su habla es normal. Existió la confianza para que la persona aceptara la entrevista.	Confuso: No se observó en ningún momento.
Dificultad, visión: perdida de la visión desde hace 2 años	Audición: Buena
Comunicación verbal/ no verbal/ con la familia/ con otras personas significativas Tiene buena comunicación con el personal de salud, no así con su familia. Pero considera importante la comunicación entre los familiares para evitar problemas.	
Otros: Menciona el persona que sus hijos ya tienen una vida propia. Su hija va a tener un bebé, el cual será su primer nieto. Tiene una cobijita tejida y comenta que esa será para el bebé porque por herencia la han tenido todos sus hijos.	
Integridad del sistema neuromuscular: Refiere que fue intervenido quirúrgicamente de una luxación de hombros. Tiene amputación de 1 y 2 ortejo de miembro podálico derecho.	
Rechazo a las actividades recreativas: No las rechaza solo que necesita que alguien le enseñe a distraerse con algunos juegos didácticos para que no se aburra.	
Estado de ánimo. Apático/aburrido/participativo. Es muy sociable. Se siente agradecido con la atención que se le brindo en el hospital.	
Otros: Ninguno	
Estado emocional./calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/ eufórico: Se encuentra calmado, al inicio de la conversación se mostraba preocupado pero a través de la plática fue liberando sus tensiones emocionales.	
Otros: Comenta que el tiempo que ha estado hospitalizado le ha servido para reflexionar acerca de su familia y valorar lo que tiene y que Dios le ha dado otra oportunidad para continuar viviendo con su familia. Además el menciona que ha sido muy exigente con sus hijos, pero gracias a ello son ahora unas personas trabajadoras.	
Hábitos específicos de vestido. (Grupo social religioso): Se baña con cambio de ropa total, todos los días, con higiene bucal deficiente. El tipo de vestimenta es de acuerdo a su edad.	

Permite el contacto físico: Si al saludarlo de mano junto con su esposa al retirarme del cubículo.
Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: En el cubículo no se encontró ninguna imagen religiosa o de otro tipo. Pero refiere que en su domicilio tiene imágenes religiosas que le han ayudado a tener grandes satisfacciones por la fe que les tiene.
Otros: Ninguno

Necesidad de aprendizaje

Datos Subjetivos:

Nivel de educación: Estudio el nivel medio superior	
Problemas de aprendizaje: No	Limitaciones cognitivas: No
Preferencias. Leer/escribir: No	Tipo:
Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: Radio, televisión, DVD, proyector de diapositivas y CPU, pantalla blanca.	
Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo: Si	
Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: Si	
Otros: Le gusta que lo instruyan a través de la lectura para enseñarle y mejorar su bienestar psicológico, físico y social.	

Datos Objetivos:

Estado del sistema nervioso: Disminuido por su Diabetes Mellitus tipo 2 e I.R.C.	
Órganos de los sentidos.	
Estado emocional, ansiedad, dolor: mialgias y artralgias en miembros pélvicos	
Memoria reciente: es buena	Memoria remota: Esta conservada

Anexo 2. Tríptico “¡Dejar de fumar SÍ se puede!” CARA EXTERNA

¿Tienes adicción al Tabaco?

El consumo de productos con tabaco ocasiona adicción en los consumidores. La nicotina es una **droga** tra en el tabaco.

Cuando se inhala en pequeñas cantidades, la nicotina produce sensaciones de placer que estimulan al fumador a fumar más...

La nicotina llega al cerebro después de una bocanada y sus efectos comienzan a dispersarse en unos minutos.

Una persona que fuma una cajetilla al día se suministra alrededor de 2000 “entradas” de nicotina al día.



¿Conoces los riesgos?

Conocer los serios problemas para la salud puede ayudar a motivarte a dejar este hábito:

- El tabaco es el principal causante de cáncer de pulmón.



- Aumenta el riesgo de cáncer nasal o bucal.
- Ataques cardíacos.
- Pérdida de la vista.
- Riesgo sanguíneo deficiente en las piernas (mala circulación).

FINALMENTE... ¡El te mata!



DELEGACIÓN REGIONAL ORIENTE
SUBDELEGACIÓN MÉDICA
HOSPITAL GENERAL “GRAL. JOSÉ MARÍA MORELOS Y PAVÓN”



¡Dejar de fumar SÍ se puede!

El consumo de tabaco mata a más de 5 millones de personas al año y es responsable de la muerte de uno de cada 10 adultos.

¿Qué hay en un Cigarrillo?



Elaboro: Margarita Chavarría Rosales

CARA INTERNA

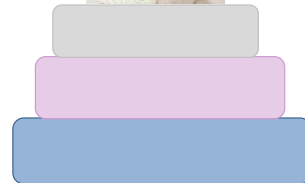
¿Te pusiste a pensar en todos los Beneficios de dejar de fumar?



Tu vida está en tus manos, Deja de fumar ahora...

- Cuidate más e be agua, aliméntate bien y duerme lo suficiente.
- Evite la tentación, manteniéndose alejado de las personas y los lugares que relacione con fumar.
- Recuerda tu meta y tus ansias para fumar se reducirán con el tiempo.
- Come de 4 a 6 comidas pequeñas al día. Evita comidas dulces que puedan provocar el deseo de fumar.
- No consumas alcohol, café no otra cosa que pueda ocasionar adicción.

Tres requisitos para dejar de fumar



Anexo 3: TRÍPTICO “Información sobre un plan de alimentación de 1600 Kcal.”

CARA EXTERNA

EL PLATO DEL BIEN COMER

El plato del Bien Comer nos enseña como debe estar conformado cada platillo que consumimos en nuestra dieta diaria, además nos explica los grupos de alimentos para comer correctamente, tanto en cantidad, calidad y variedad.

En la **parte verde** esta el grupo de las verduras y frutas, las cuales nos aportan vitaminas, minerales, fibra e hidratos de carbono. Se debe preferir el consumo de este grupo.

El **grupo de color amarillo** incluye, alimentos con un elevado contenido de hidratos de carbono; por ejemplo los cereales de maíz y trigo, las tortillas, el pan, las pastas y harinas.

También encontramos los tubérculos como la papa y el camote. El elote también entra en este grupo.

Se debe limitar el consumo de este grupo.

El **grupo rojo** nos proporciona proteínas y grasas por lo que debemos limitar el consumo. Está conformado por leguminosas (semillas y granos) y alimentos de origen animal. Podemos observar que se divide en dos, la mayor parte esta compuesta por las leguminosas, que portan proteínas, fibra e hidratos de carbono. En la parte pequeña se encuentra la carne, pollo, leche, huevo, queso, etc.



Nos acercamos,
damos esperanza y
mejoramos vidas.

Av. Congreso de Chilpancingo Norte/Sur, Unidad Ermita Zaragoza, S/N. Del Iztapalapa

Tel. 57 32 31 79 Ext. 1145



DELEGACIÓN REGIONAL ORIENTE
HOSPITAL GENERAL "GRAL. JOSÉ MARÍA MORELOS Y PAVÓN"
COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

Información sobre
un plan de
alimentación de
1600 Kcal.



Elaboro: Enf. Margarita Chavarría Rosales

CARA INTERNA

DISTRIBUCIÓN DE EQUIVALENTES EN UN PLAN DE ALIMENTACIÓN DE 1600 Kcal.

LACTEOS CON BAJO CONTENIDO DE GRASA (CADA RACION CONTIENE 95 KCAL, 12 GR DE CARBOHIDRATOS (HARINAS), 9 DE PROTEINAS Y 2 GR DE GRASA).

Leche líquida descremada = 1 taza (240 ml)
Leche descremada en polvo = 3 cucharadas
Yogurt natural sin azúcar, descremada = 1 taza
Leche evaporada descremada = 1/2 taza o 120 ml
Jocoque natural descremada = 1 taza (240 ml)

PRODUCTOS DE ORIGEN ANIMAL

BAJO CONTENIDO DE GRASA (ENERGÍA 55 KCAL, PROTEINAS 7 GR, GRASA 3 GR).

1 Ración (ya cocida)
Aves (carne sin piel): Avestruz, codorniz, faisán, gallina, pavo o pollo = 40 gramos.
Cerdo: maciza = 40 gramos
Conejo: cualquier parte magra = 30 gramos
Res: aguayo, bistec, bola, carne seca, cecina, chambarete, falda, filete, maciza y molida especial = 40 gramos
Terñera: espaldilla, lomo, pierna = 40 gramos
Claras de huevo = 2 piezas

CEREALES Y TUBERCULOS (ENERGÍA 68 KCAL, 15 GR DE CARBOHIDRATOS, 2 GR DE PROTEINAS, GRASA 0 GRAMOS)

PAN Y TORTILLA
Bollo sin migajón = 1/3 pieza
Pan de caja (blanco, tostado, integral) = 1 rebanada
Tortilla de maíz = 1 pieza
Tortilla de harina = 1/2 pieza

CEREALES

Arroz cocido
Avena en hojuelas = 1/3 taza
Harina (todas) = 2 cucharadas
Hojuelas de arroz = 1/2 taza
Hojuelas de maíz sin azúcar = 1/2 taza
Hojuelas de trigo integral = 1/2 taza
Masa de nixtamal = 50 gr.
Palomitas caseras sin grasas = 2 1/2 tazas
Sopa de pasta cocida = 1/2 taza

GALLETAS

Animalitos = 6 piezas
Habaneras = 4 piezas
Marías = 4 piezas
Saladas (sin grasas) = 4 piezas

TUBERCULOS

Camote = 1/3 taza
Papa = 1/2 pieza
Papa en puré (sin grasa)

LEGUMINOSAS (20 DE CARBOHIDRATOS, 8 GR DE PROTEINAS, 1 GR DE GRASA)

Alubias, chícharo, frijol, garbanzo, haba, lenteja, soya = 1/2 taza

VERDURAS (4 GR DE CARBOHIDRATOS, 2 GR DE PROTEINAS)

Acelga = 1/2 taza
Flor de calabaza = 3/4 taza
Apio = 1 taza
Hongos = 1 taza
Calabacitas = 1 pieza
Jitomate = 1 pieza
Cebollinas = 3 piezas
Lechuga = 3 piezas
Chayote = 1/2 taza
Nopales = 1 taza
Pepino = 1 1/2 taza
Chile poblano = 1/2 pieza
Cilantro = 1/4 taza
Pimiento = 2 tazas
Col = 1 taza
Rabanitos = 2 tazas

EMBUTIDOS

Jamón de pavo = 40 gramos

QUESOS

Queso canasto, cottage, panela, fresco de vaca, requesón y ricota = 30 gramos

PESCADO (frescos o enlatados en agua)

Atún enlatado en agua (escurrido) = 30 gramos
Pescado (cualquiera) fresco o congelado = 30 gramos
Sardina mediana sin aceites = 30 gramos
Huachinango = 30 gramos

FRUTAS (ENERGÍA 60 KCAL, 15 GR DE CARBOHIDRATOS)

ALTO EN FIBRA
Pera = 1/2 pieza
Fresas = 1 taza
Granada = 1 pieza
Guayaba = 2 piezas

MEDIO CONTENIDO EN FIBRA

Chabacano = 4 piezas
Chicozapote = 1/2 pieza
Durazno = 2 piezas
Manzana = 1 pieza pequeña
Ciruelas, higo fresco = 3 piezas
Papaya picada = 2/3 taza

BAJO EN FIBRA

Mamey = 1/3 pieza
Mandarina = 1/2 pieza
Mango = 1/2 pieza
Melón = 1 taza
Naranja en gajos = 1 taza
Piña = 3/4 taza
Plátano = 1/2 pieza
Zapote negro = 1/2 pieza
Tuna = 2 piezas
Sandía = 1 taza
Uva roja = 1/2 taza
Una verde = 1/2 taza
Kiwi = 1 1/2 pieza
Coliflor = 3/4 taza
Romeritos = 1 taza
Ejote = 1 taza
Tomate verde = 1 taza
Espárragos = 6 piezas
Verdolagas = 1 taza
Berro = 1 taza
Huitlacoche = 1/3 taza

GRASAS (5 GRAMOS DE GRASA)

MONOINSATURADAS

Aceites (canola, oliva) = 1 cucharadita
Aceitunas = 8 piezas
Aguacate = 1/3 pieza

POLINSATURADAS

Aceites (cártamo, maíz, soya, girasol) = 1 cucharadita
Almendras = 10 piezas
Avellanas = 7 piezas
Cacahuates = 18 gramos
Nueces de castilla = 3 1/2 cucharadas
Pistaches = 4 cucharaditas
Mayonesa = 1 cucharadita



Anexo 4: FOLLETO “Alimentación Saludable para persona con Hemodiálisis”



Instituto de Seguridad
y Servicios Sociales
de los Trabajadores
del Estado



**DELEGACIÓN REGIONAL ORIENTE
HOSPITAL GENERAL “GRAL. JOSÉ MARÍA MORELOS Y PAVÓN”
COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN**

Alimentación Saludable para Paciente con Hemodiálisis





Elaboro: Enf. Margarita Chavarría Rosales

Cuando comienza a realizarse hemodiálisis, es necesario tener un plan alimenticio saludable. Un control de las comidas que ingiere y los líquidos que toma hará que usted esté más sano. En este folleto, le describe la importancia de una buena alimentación para la hemodiálisis.

¿Qué es la Hemodiálisis?

La hemodiálisis es un modo de eliminar los desechos de la sangre en forma artificial.

Por lo general, los riñones realizan este trabajo. Si los riñones no funcionan, la sangre debe limpiarse en forma artificial con máquinas especiales. Durante la hemodiálisis, la sangre fluye lentamente afuera del cuerpo, la limpia un dializador y luego vuelve al cuerpo. Por lo general, este proceso toma unas horas, varias veces por semana.

¿Por qué Necesito Seguir un Plan Alimenticio?

Cuando sus riñones no funcionan normalmente, usted pierde la capacidad de eliminar desechos a través de su orina.

Entre los desechos se encuentra el sodio, el potasio, el fósforo y la urea. Al controlar lo que come y toma, puede reducir la cantidad de desechos que se acumulan en su cuerpo.

Las personas tienen diferentes necesidades de acuerdo con su tamaño, función renal y edad. Un plan alimenticio puede ayudarlo a administrar la cantidad de desechos en su cuerpo. Un nutricionista especializado en el área renal (riñones) puede ayudarlo a ver qué alimentos le gustan y son saludables para sus riñones.

En este folleto se le enseñará:

- Por qué se necesita un plan alimentario
- Herramientas útiles para comer en forma saludable.
- Acerca de las calorías, proteínas, carbohidratos y las grasas.
- Acerca de la importancia de las vitaminas y minerales
- Su riesgo de anemia

¿Por Qué Debo Limitar la Ingesta de Líquidos?

Cuando sus riñones no funcionan correctamente, no producen orina.

Cuanto menos orina produzca, puede tomar menos líquidos.

Demasiados líquidos en el cuerpo pueden ser peligrosos. Esto provoca hipertensión, inflamación de los tejidos y fallas en el corazón. Los fluidos pueden almacenarse en los pulmones y provocar falta de aire.

Muchos alimentos contienen agua. Las frutas y los vegetales están compuestos por un 90% de agua. Entre los alimentos que son considerados líquidos a temperatura ambiente, se incluyen las sopas, helados y Gelatinas.

¿Qué es el Sodio?

El sodio es un mineral que se encuentra naturalmente en casi todos los alimentos. Los riñones saludables eliminan el exceso de sodio a través de la orina para mantener el equilibrio en su cuerpo. El plan alimentario renal está compuesto de alrededor de 2000 miligramos de sodio por día. La sal de mesa es un tipo de sodio llamado cloruro de sodio. Una cucharada de sal contiene 2300 miligramos de sodio.

La ingesta de demasiado sodio le provocará sed. Para evitar la sed, su régimen alimentario deberá contener poco sodio. La mayoría de los alimentos comprados tienen sodio ya que la sal es un buen conservante.

Los alimentos que usted ingiere deberían tener una etiqueta que diga “bajo en sodio” o debería comer alimentos frescos que son naturalmente bajos en sodio.

A continuación se detallan algunos ejemplos de alimentos altos en sodio que *debería reducir* en su plan alimentario:

- | | |
|-------------------------|-------------------|
| • sal de mesa | • tocino |
| • Jamón | • chorizo |
| • fiambres/carnes frías | • pizza |
| • Quesos | • pepinillos |
| • papas fritas | • comidas rápidas |
| • comida china | |

¿Qué es el Potasio?

El potasio es un mineral que se encuentra en casi todos los alimentos. Los riñones saludables eliminan el potasio a través de la orina. Los riñones enfermos, no. Deberá limitar el potasio en su plan alimentario.

Demasiado potasio puede provocar que tenga latidos de corazón irregulares cuales son muy peligrosos para su salud. Por lo general, el plan alimentario renal se limita a alrededor de 2000 miligramos de potasio por día.

A continuación se detallan algunos ejemplos de alimentos altos en potasio que *debería reducir* en su plan alimentario:

• **leche (descremada, con bajo contenido de grasa, entera o enlatada)**

• **Habas (negras, blancas o coloradas)**

- | | |
|------------|-------------------|
| • Arvejas | • aguacates |
| • kiwis | • fruta disecada |
| • Maníes | • yogurt |
| • bananas | • papas |
| • tomates | • pasta de tomate |
| • Nueces | • chocolate |
| • Naranjas | • jugo de naranja |

¿Qué es el Fósforo?

El fósforo es un mineral que se encuentra en muchos alimentos. Los riñones sanos equilibran el fósforo en el cuerpo. El fósforo se acumula en la sangre de aquellas personas cuyos riñones no funcionan correctamente.

Deberá limitar el fósforo en su plan alimentario.

Demasiado fósforo en su sangre produce la pérdida de calcio en sus huesos. La falta de calcio provocará la debilidad de sus huesos y estos se quebrarán con mayor facilidad. El fósforo también puede provocar un endurecimiento de la placa acumulada en el corazón y en los vasos sanguíneos. Por lo general, las personas se quejan de tener un hormigueo o dolor de huesos debido a que tienen demasiado potasio en el cuerpo.

Por lo general, el plan alimentario para enfermos renales se limita a alrededor de 1000 miligramos de fósforo por día.

A continuación se detallan algunos ejemplos de alimentos de alto contenido de fósforo que *debería restringir* en su plan alimentario:

- **leche (descremada, bajo contenido de grasa, entera o enlatada)**
- **gaseosas de cola**
- **frijoles (negros, rojos, blancos)**
- **queso (excepto queso crema)**
- **nueces (especialmente maníes)**
- **manteca de maní**
- **chocolate**
- **yogurt**

A continuación se detallan ejemplos del contenido de fósforo en los alimentos:

1 taza de leche, descremada o entera	= 230 mg.
85 gramos (3 onzas) de filete, cocinado sin el hueso	= 162 mg.
225 gramos (8 onzas) de filete cocinado sin el hueso	= 432 mg.
85 gramos (3 onzas) de queso americano	= 624 mg.
85 gramos (3 onzas) de pescado cocido	= 344 mg.
225 gramos (8 onzas) de pescado cocido	= 917 mg.
1 taza de frijoles, rojos, blancos o negros	= 470 mg.
1/2 taza de maníes	= 288 mg.

Recuerde, por lo general, el plan alimentario para enfermos renales se limita a alrededor de 1000 miligramos de fósforo por día.

¿Qué es la Urea?

La urea es un producto de desecho que proviene de la ingesta de proteínas. Generalmente, los riñones filtran la urea de su sangre y luego la eliminan a través de la orina. Si sus riñones no funcionan, la urea se acumula en sus riñones. Demasiadas proteínas en su plan alimentario provocarán que en su cuerpo haya una gran cantidad de urea. Mucha urea en su sangre puede provocarle malestares estomacales y náuseas.

La cantidad de proteínas que debe tener su plan alimentario debe tener un cierto límite.

La cantidad de proteínas depende de cómo funcionen sus riñones y de su talla corporal. Por ejemplo, un hombre alto necesita más proteínas que una mujer de poca estatura.

Por lo general, el plan alimentario para pacientes con falla renal es de alrededor de 1.2 gramos de proteínas por kilogramo por día para un peso corporal ideal.

A continuación se detalla una lista de alimentos comunes y la cantidad promedio de proteínas que tiene cada uno de ellos:

1 huevo	= 7 gramos de proteínas
1 muslo de pollo	= 14 gramos de proteínas
250 cm3 de leche (8 onzas)	= 8 gramos de proteínas
1 rebanada de pan	= 2 gramos de proteínas
1/2 taza de maíz	= 4 gramos de proteínas
1 taza de arroz cocido	= 4 gramos de proteínas

5

¿Cuántas Calorías Puedo Ingerir mientras Recibo Hemodiálisis?

Las calorías proporcionan energía a su cuerpo. Las calorías se encuentran en los carbohidratos, proteínas, grasas y alcohol. Como en un plan alimentario para pacientes con falla renal las proteínas están restringidas, en el plan alimentario deben haber suficientes calorías provenientes de carbohidratos y grasas. El alcohol no es un nutriente necesario y no se sugiere como parte de un plan alimentario saludable.

Cada persona es diferente y su ingesta calórica diaria variará. Algunos tendrán que reducir las calorías mientras que otros deben aumentar de peso. El nutricionista especializado en pacientes con falla renal puede ayudarlo a planificar un plan alimentario para usted. Debe estar en contacto permanente con su nutricionista y solicitarle asesoramiento y seguimiento.

¿Qué Debo Saber Acerca de los Carbohidratos y las Grasas?

Los carbohidratos son la fuente de energía de más fácil transformación. Entre las buenas fuentes de carbohidratos se incluyen panes, cereales, arroz, papas, frutas y vegetales, así como el azúcar, la miel, los caramelos duros y las bebidas azucaradas. Si sufre de diabetes, deberá vigilar la ingesta de carbohidratos.

La grasa es un nutriente esencial. La grasa proporciona una fuente de energía concentrada para su cuerpo. Entre las grasas se incluyen alimentos como la margarina, la mayonesa y el aceite. Las grasas contienen el doble de calorías que los carbohidratos o proteínas. Por lo tanto, las grasas deben restringirse. Demasiada grasa puede provocar aumento de peso y enfermedades cardíacas.

La grasa polinsaturada, también conocida como colesterol "bueno", puede ayudar a reducir el nivel del colesterol. Si necesita subir de peso, coma más grasas polinsaturadas. Si necesita bajar de peso, coma menos grasas polinsaturadas. La grasa saturada, también conocida como colesterol "malo" puede aumentar su nivel de colesterol y aumentar el riesgo de un ataque cardíaco. La margarina es una grasa polinsaturada mientras que la manteca es una grasa saturada. Trate de evitar las margarinas en cuyas etiquetas dice "parcialmente hidrogenada", pueden ser tan dañinas como la manteca. Es mejor utilizar aceite de oliva que grasa de cerdo.

También resulta conveniente sacar la grasa de la carne y quitar la piel del pollo y del pavo. Ésta es una buena manera de reducir la grasa saturada no deseada.

6

¿Qué Debo Saber Acerca de las Vitaminas y Minerales?

El plan alimentario para pacientes con falla renal limita los alimentos que tienen vitaminas. Las vitaminas deben remplazarse con un suplemento especial para pacientes de diálisis. Por lo general, se receta una vitamina soluble en agua con ácido fólico. Por lo general, se eliminan durante un tratamiento de diálisis.

Los suplementos multi-vitamínicos habituales posiblemente no sean adecuados para pacientes que padecen enfermedades renales. No se recomienda la vitamina A.

Además de las vitaminas solubles en agua, se puede proporcionar un tipo de vitamina D especial. Si usted necesita vitamina D, será suministrada por vía intravenosa (a través de una IV) durante el tratamiento de hemodiálisis.

¿Qué es la Anemia?

Cuando sus riñones no funcionan bien, dejan de producir una hormona llamada eritropoyetina o EPO. Es una hormona esencial que le indica a su médula espinal que debe producir glóbulos rojos.

Los riñones enfermos no producirán Eritropoyetina suficiente de modo que usted no tendrá los glóbulos rojos suficientes. La falta de glóbulos rojos se conoce como anemia. Si padece anemia y lo necesita, se le podrá suministrar Eritropoyetina e hierro por vía intravenosa durante la diálisis. No es necesario que tome píldoras de hierro por vía oral.

Entre otras causas, la anemia se produce por la pérdida de sangre por la hemodiálisis y los bajos niveles de ácido fólico y de hierro.

Resumen

Ahora que le están haciendo hemodiálisis usted sabe lo importante que es tener un plan alimentario bien equilibrado. Con ayuda de una nutricionista especializada en pacientes con insuficiencia renal le ayudará a determinar un plan de comidas adecuado para usted.

Cada vez que elija el tipo de alimentos que va a ingerir y la cantidad de líquidos que va a tomar debe tener en cuenta esta información.

7

Cuando los riñones no funcionan correctamente, se pierde la capacidad de eliminar los desechos por la orina. Al vigilar lo que come y toma, puede reducir la cantidad de residuos de su sangre.

2. Demasiados líquidos en su cuerpo puede resultar peligroso. Puede provocar hipertensión, hinchazón de los tejidos y fallas en el corazón. Muchos alimentos contienen agua.

3. Los alimentos salados contienen sodio y el sodio le provoca sed. Trate de reducir la cantidad de alimentos salados que come de modo que no tenga que tomar mucho líquido para saciar la sed.

4. El potasio es un mineral que se encuentra en casi todos los alimentos. Los riñones procesan la mayor parte del potasio y se elimina a través del cuerpo. Cuando los riñones están dañados, el potasio puede acumularse y provocar palpitaciones de corazón irregulares.

5. El fósforo es un mineral que se encuentra en muchos alimentos. Cuando los riñones no funcionan correctamente, es posible que usted tenga demasiado fósforo en su cuerpo. Demasiado fósforo puede provocar problemas cardíacos y problemas en los vasos sanguíneos.

6. La urea es causada por la desintegración de proteínas en su cuerpo. Demasiada urea puede provocarle malestares estomacales y náuseas.

7. Para estar seguro de que recibe los nutrientes diarios, es importante tomar una vitamina soluble en agua recetada por su médico.

8. La diabetes es una de las principales causas de la insuficiencia renal. Si se dializa y sufre de diabetes, debe controlar la glucosa en sangre.

9. Recuerde trabajar con la nutricionista especialista en pacientes con falla renal. Ella puede ayudarlo a aprender qué y cuánto puede comer. A pesar de que hay alimentos que debe evitar, existen otros que puede sustituir.

8

Anexo 5: DIPTICO "Información sobre: Salud Bucal"

CARA EXTERNA

Uso del hilo dental

El hilo dental es un complemento de la higiene dental y se debe usar todas las noches antes del cepillado de dientes.



Corte aproximadamente 30 cm de hilo dental y enrolle la mayor parte en uno de los dedos medios.

El tamaño del espacio de hilo entre los dedos debe ser de 3 a 5 cm.

Enrolle el resto del hilo en el dedo de la mano opuesta.



Introduzca el hilo entre los dientes con un movimiento suave.

Cuando el hilo dental quede entre los dientes, haga una curva en forma de C contra uno de los dientes y deslícelo suavemente en el espacio de la encía y el diente, hasta que sienta resistencia, los movimientos se hacen hacia los bordes de los dientes.



Deslice el hilo dental contra el diente, para eliminar los restos de alimentos y de placa bacteriana.



Repita esta operación en todos los dientes, utilizando una parte del hilo que se encuentre limpio.



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES TRABAJADORES DEL ESTADO

DELEGACIÓN REGIONAL ORIENTE
SUBDELEGACIÓN MÉDICA
HOSPITAL GENERAL "GRAL. JOSÉ MARÍA MORELOS Y PAVÓN"



Información sobre:



Elaboro: Margarita Chavarría Rosales

CARA INTERNA

SALUD BUCAL

Las enfermedades más frecuentes de la boca son la caries y la inflamación de las encías, que a su vez son la causa de la pérdida de los dientes, mal aliento, mala digestión y en ocasiones infecciones del corazón y de los riñones.

Técnica correcta del cepillado dental



- 1



Colocar el cepillo a un ángulo de 45 grados
- 2



Los dientes de arriba se cepillan hacia abajo
- 3



En los dientes de abajo cepillar hacia arriba
- 4



Cepillar con cuidado de atrás hacia delante
- 5



Cepillar de manera circular las muelas

Otras recomendaciones son:

- Utilice hilo dental todas las noches antes del cepillado de dientes.
- Evite los alimentos ricos en azúcar, para prevenir caries.
- No fume, ni beba alcohol en exceso, son los principales factores de riesgo para desarrollar cáncer de boca.
- Acuda una vez al año a un dentista, para que revise, limpie y proteja con flúor su dentadura.
- Si ya ha perdido algunos dientes o muelas, es importante que los reemplace con prótesis dentales, para mejorar la forma de masticar y de hablar, así como la apariencia de su boca.
- Revise sus encías, si nota que están muy rojas, inflamadas, sangran o le dan mal aliento, acuda a su consulta de odontología, en su Clínica de Medicina Familiar de adscripción.

- Si tiene dentadura postiza o prótesis, debe asearlas igual que la dentadura normal.
- Si la limpieza de su prótesis se le dificulta después de cada comida, lávela por las noches antes de dormir y por la mañana al levantarse.
- Si su dentadura postiza le produce alguna molestia, lesiona sus encías o se mueve al hablar o al masticar, asista a la Clínica de Medicina Familiar de adscripción, para que la ajusten.




Anexo 6. DÍPTICO “Información dirigida a personas y familiares sobre: Cuidados Básicos para un persona que necesita movilización y estimulación”.

CARA EXTERNA

Ejercicios

Acostado boca arriba, flexione la rodilla, que el talón toque la superficie firme, después estire la pierna y levante la lo más alto que pueda y bájela. Hacer lo mismo con la otra pierna. espues estire las dos piernas y poner duras las rodillas por tres segundos. **Repetir 10 veces**



Acostado boca arriba, con la rodilla estirada, levante una pierna lo más alto que pueda y bájela, alterne con la otra pierna (talón al cielo). **Repetir 10 veces con cada pierna**



peque o debajo de su rodilla y comprímalo hacia abajo, haga este esfuerzo con el muslo. **Repetir 10 veces con cada pierna.**



pierna que queda debajo, la de arriba estírela y elévela lo mas que pueda sin doblar la rodilla (talón al cielo, apriete la pompa). **Repetir 10 veces con cada pierna.**



estirada, levante una pierna lo mas alto que pueda, haciendo el esfuerzo con el gl teo, bájela y alterne con la otra pierna (talón a pompa, despegando la rodilla). **Repetir 10 veces con cada pierna.**



muslo y dirija la punta del pie hacia adentro. **Repetir 1 vez con cada pierna.**






Información sobre:



Elaboro: Margarita Chavarría Rosales

CARA INTERNA

Movilización

La **inmovilización** puede afectar y deteriorar nuestro cuerpo de distintas formas, produciendo da os en:

- La piel, Sistema nervioso, Sistema i gestivo, Corazón y vasos sanguíneos.




Para disminuir el impacto de la inmovilización, algunas de las actividades que se pueden realizar son:

- Seguir una rotación determinada del cuerpo respetando la alineación corporal
- En pacientes acostados cambiar de posición cada 2 horas sabanas de algodón o lino estiradas, sin arrugas, limpias y secas
- No elevar la cabecera de la cama por mucho tiempo.
- En pacientes sentados realizar cambios cada 1 hora, sosteniéndolo en pie durante 10 minutos para proteger zona sacra.
- Uso de dispositivos (cojines, almohadas) de alivio de presión:




- Mover al paciente evitando arrastres para que no fricione la piel sobre la ropa.
- Evitar: botones, costuras de ropa o restos de alimentos.

Estimulación

La inactividad psíquica puede llevar a un deterioro intelectual y a la depresión, por eso **es muy importante estimular** todas las funciones: **memoria, atención, imaginación, lenguaje** otros.

Para estimular la orientación:

- Tener un calendario y un reloj cerca.
- Hablar de la fecha, la estación, la época en que estamos.



Para estimular la memoria:

- Repasar sucesos de la vida.
- Mirar fotos de familiares, lugares, amigos, etc... y conversar de ello.
- Conversar acerca de las noticias actuales de la familia, el país y el mundo.
- Preguntar o recordar cosas sucedidas el día anterior o recientemente.



Para estimular la imaginación:

- Preguntar que espera de alguna situación, que le gustaría comer , que le gustaría hacer, etc...
- Preguntar por la opinión a cerca de diferentes temas de la casa, de la colonia, del país, etc...



Para estimular la atención:

- Jugar domino o tocar figuras, cosas para adivinar que es., etc..
- Escuchar m sica,



Anexo 7. DÍPTICO “Información dirigida a personas y familiares sobre: Cuidados en el hogar para la activación muscular”.

CARA EXTERNA

Como dar masaje en piernas y pies

Recuerde dar siempre los masajes hacia arriba para favorecer el retorno de la sangre hacia el corazón.
Para continuar con los siguientes masajes, mantener la misma posición de la persona (boca abajo).



Aplique aceite o crema en las manos y empiece el masaje por los tobillos. Oprima y ejerza un movimiento, hacia la pantorrilla presión nunca debe provocar dolor.



Debe ir por zonas. Del tobillo a la pantorrilla 3 minutos. De la pantorrilla hasta el muslo

Ejercer un poco de presión con los dedos, después abra la palma y arrastre sobre la piel y los musculos con movimientos hacia arriba. Mantenga siempre la correcta hidratación de la piel mediante aceite. **Realice los mismos movimientos por ambos lados de las piernas.**

Para continuar con los pies: Haga movimientos circulares con los dedos pulgares y con moderada presión para masajear las partes más sobresalientes y redondas de la planta de los pies.



Jale con cuidado cada uno de los dedos de los pies y masajee el espacio entre ellos.

Cuando haya terminado de amasar cada uno de los dedos, acaricie de nuevo el empeine y la planta del pie, aplicando cada vez menos presión. Para finalizar el **masaje**, tiene que limpiar la crema o el aceite utilizado con una toalla y dejarlos completamente secos.



DELEGACIÓN REGIONAL ORIENTE
SUBDELEGACIÓN MÉDICA
HOSPITAL GENERAL "GRAL. JOSÉ MARÍA MORELOS Y PAVÓN"



Información sobre:

Cuidados en el hogar para la activación muscular



Elaboro: Margarita Chavarría Rosales

CARA INTERNA

Masaje relajante

Se trata de un masaje relajante y descontracturante. Mejora la circulación, armoniza el sistema nervioso y los órganos internos, genera una relajación profunda y permite la liberación de energía bloqueada. **El masaje alivia: fatiga, insomnio, dolores musculares, cervicales, lumbares, constipación habitual, lesiones y traumatismos.**

BENEFICIOS:

- * Sobre los musculos: Recuperan la elasticidad y se disipan los signos de tensión.
- * Sobre el sistema nervioso: Proporciona una sensación relajante.
- * Sobre la circulación: Activa el proceso circulatorio, al aumenta el envío de oxígeno a los tejidos.
- * Sobre la piel: El roce o la fricción de la epidermis ayuda a liberar los desechos y a eliminar las células muertas. Las preocupaciones, miedos, intranquilidad junto a malos hábitos de postura afectan considerablemente la cabeza y espalda, por consiguiente un masaje descendente de la nuca hasta los hombros resulta muy relajante y placentero. Sin embargo el desequilibrio emocional también se sitúa entre la cabeza y la espalda.
- * Un rasgo característico del masaje, es que puede aplicarse a toda persona e influir positivamente en ella.

Como dar masaje en la espalda



3 Preparar la cama para que la persona se acueste boca abajo.



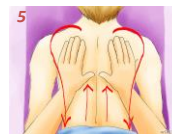
1 Preparar la habitación, asegurándose que sea cálida, poner música tranquila y que le guste a la persona.



4 Se le pide a la persona que se acueste boca abajo. Puede colocarle una almohada o toalla debajo de los tobillos para mejor comodidad.



2 Contar con aceite o crema para realizar el masaje. Colocarse aceite en la palma de la mano y frotar con la otra mano, para poder realizar el masaje.



5 Esparcir el aceite en la espalda de la persona, hacerlo con movimientos deslizantes, largos y uniformes.



Usar las manos completas y empezar en la parte baja de la espalda y termina hacia arriba. Siempre hacia arriba, mientras presiona y luego lleva ligeramente las manos a la parte exterior de la espalda.

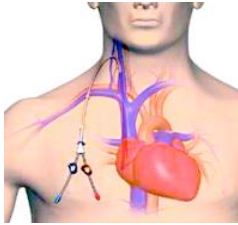
6 Frotar con movimientos superficiales, circulares y amplios. No se aplica demasiada fuerza y se debe hacer el masaje de una manera fluida, con movimientos continuos, sin detenerse y aplicando una presión suave y constante. Es muy importante que nunca pierda el **contacto con la piel** hasta que el masaje haya concluido

Repetir la técnica de 3 a 5 minutos mientras aumenta gradualmente de una presión ligera a media para calentar los musculos de la espalda.

No olvidar las partes de los hombros y del área del cuello.

Anexo 8: TRÍPTICO: ¿QUÉ ES LA HEMODIÁLISIS? CARA EXTERNA

Se requiere de hemodiálisis con **urgencia** o hubo envío tardío del paciente al nefrólogo y se utiliza el catéter venoso central,



Desventajas de la Hemodiálisis

- * Enfermeras y técnicos realizan el tratamiento.
- * Tiene contacto regular con otros pacientes de hemodiálisis y personal.
- * Usualmente se realizan 3 tratamientos por semana, cuatro días libres.
- * No requiere de equipo o suplementos en casa.

Desventajas de la Hemodiálisis

- * debe viajar al hospital 3 veces por semana con un horario fijo.
- * Requiere un acceso permanente, usualmente en su brazo.
- * Requiere la inserción de 2 agujas para cada tratamiento.
- * Requiere de una dieta restringida y una toma limitada de líquidos.
- * Corre cierto riesgo de infección, por lo que se deben extremar precauciones.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD:

- ♦ Uso de reloj y pulseras en el mismo brazo del catéter, No usar mangas apretadas u otra cosa que comprima por ejemplo control de presión arterial, No se pueden tomar exámenes de laboratorio en el mismo brazo del catéter. Vía exclusiva para Hemodiálisis.
- ♦ Mantener buena higiene, proteger catéter al bañarse, prevenir desplazamiento o retiro accidental, evitar actividad física.
- ♦ Es importante el control de peso diario y la ingesta de líquidos



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL "GRAL. JOSÉ MA. MORELOS Y PAVÓN"
COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA EN ENFERMERIA



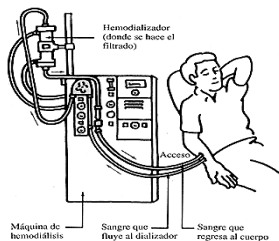
¿QUÉ ES LA HEMODIÁLISIS?



Elaboro: Enf. Margarita Chavarría Rosales

CARA INTERNA

La **hemodiálisis** permite remover las toxinas y el exceso de líquidos mediante el uso de una máquina y un dializador, también conocido como: **riñón artificial**.



Una cantidad de sangre es extraída del cuerpo del paciente a través del acceso vascular

través de un filtro o dializador. Posteriormente la sangre regresa al organismo, por el mismo acceso vascular.

Indicaciones para iniciar la Hemodiálisis

- * Pericarditis.
- * Insuficiencia Renal Crónica.
- * Intoxicación Medicamentosa.
- * Sobrecarga de volumen o edema pulmonar resistente a diuréticos.

- * Hipertensión arterial acelerada resistente a antihipertensivos.
- * Encefalopatía y neuropatía urémica.
- * Creatinina plasmática superior a 12 mg/dl o UN superior a 100 mg/dl.

Técnica de la Hemodiálisis

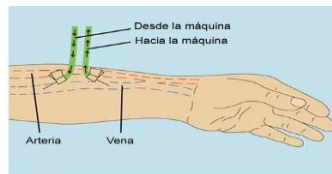
Un cirujano realizará una operación para colocar un acceso y obtener su sangre para el proceso de hemodiálisis.

Tipos de Accesos Venoso:

- Acceso vascular temporal
- Acceso vascular semipermanente
- Acceso vascular permanente

teriovenoso .

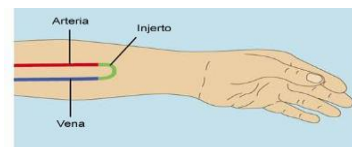
Si es posible, el cirujano atará una vena y una arteria juntas para formar una **fistula**.



Una **fistula** es la vinculación quirúrgica de una arteria con una vena, suministrando el acceso a los vasos sanguíneos.



Las más utilizadas son las fistulas radiocefálica, braquiocefálica y braquiobasílica.



Un **injerto** es un tubo que se coloca quirúrgicamente bajo la piel, el cual une la arteria con la vena.

Ambos, la fistula y el injerto están debajo de la piel. Es posible que un acceso permanente tarde varios meses para sanar apropiadamente.

