



**UNIVERSIDAD OLMECA**



**UNIVERSIDAD OLMECA**  
*Raíz de sabiduría*

---

---

INCORPORACIÓN CLAVE 8964-62 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

**“PROCESO DE ENFERMERÍA A PACIENTE PEDIÁTRICO  
CON DIAGNÓSTICO DE LUPUS EN EL HOSPITAL DEL NIÑO**

**“DR. RODOLFO NIETO PADRON”**

**PROCESO DE ENFERMERÍA**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN  
ENFERMERÍA

PRESENTA:

**MICHELLE MORALES BARRUETA**

**ASESOR:**

M.C.S.P. YARA MARIA VIDAL MAYO

Villahermosa Tabasco

OCTUBRE 2021



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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



## I. INDICE

I.	INDICE.....	2
II	INTRODUCCION .....	5
III.	JUSTIFICACION .....	7
IV.	OBJETIVOS.....	11
4.1	General .....	11
4.2	Específico.....	11
V.	METODOLOGIA .....	12
VI.	MARCO TEORICO .....	14
6.1	Enfermería como profesión disciplinaria .....	14
6.4	Modelo teórico utilizado para la elaboración del PAE .....	20
6.2.1	Elementos fundamentales del modelo utilizado .....	29
6.5	Etapas del proceso de atención de enfermería.....	44
6.5.1.	Valoración .....	44
6.5.2.	Diagnostico .....	50
6.5.3.	Planeación .....	52
6.5.4.	Implementación.....	54
6.5.5.	Evaluación .....	56
6.6.1.	Problemática de salud de la persona .....	57
6.6.2.	Diagnóstico y tratamiento.....	62
VII.	RESUMEN DEL CASO CLINICO.....	67
VIII.	DESARROLLO DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA .....	69
8.1	Valoración clínica del sujeto del cuidado .....	74
8.2	Diagnósticos de enfermería según sea el caso .....	78
8.3	Planificación de intervenciones.....	94
8.3.1	Planificación de cuidados estandarizados.....	94
8.4	Ejecución de intervenciones .....	95
8.4.1	Intervenciones de enfermería.....	95
8.5	Evaluación .....	97
8.5.1	Planificación de cuidados individualizados.....	97



8.3.2	Planificación de cuidados estandarizados .....	99
8.4.2	Ejecución de intervenciones .....	100
8.5.2	Evaluación .....	102
8.3.3	Planificación de intervenciones .....	104
8.4.3	Ejecución de intervenciones .....	105
8.5.3	Evaluación .....	107
8.3.4	Planificación de intervenciones .....	109
8.4.4	Ejecución de intervenciones .....	110
8.5.4	Evaluación .....	112
8.3.5	Planificación de intervenciones .....	114
8.4.5	Ejecución de intervenciones .....	115
8.5.5	Evaluación .....	117
8.3.6	Planificación de intervenciones .....	119
8.4.6	Ejecución de intervenciones .....	120
8.5.6	Evaluación .....	122
8.3.7	Planificación de intervenciones .....	124
8.4.7	Ejecución de intervenciones .....	125
8.5.7	Evaluación .....	127
8.3.8	Planificación de intervenciones .....	129
8.4.8	Ejecución de intervenciones .....	130
8.5.8	Evaluación .....	132
8.3.9	Planificación de intervenciones .....	134
8.4.9	Ejecución de intervenciones .....	135
8.5.9	Evaluación .....	137
8.3.10	Planificación de intervenciones .....	139
8.4.10	Ejecución de intervenciones .....	140
8.5.10	Evaluación .....	142
8.3.11	Planificación de intervenciones .....	144
8.4.11	Ejecución de intervenciones .....	145
8.5.11	Evaluación .....	147
IX.	PLAN DE ALTA .....	149
X.	CONCLUSIONES .....	156



XI. BIBLIOGRAFIA .....	157
XII. GLOSARIO DE TERMINOS.....	159
XIII. ANEXOS (instrumento de recolección de datos, cuadros, trípticos, materiales interactivos, etc.) 163	
XIV. ANEXO 1 .....	163
XV. Anexo 2.....	173
XVI. Anexo 3.....	174
XVII. Anexo 4.....	175
XVIII. Anexo 5.....	176



## II INTRODUCCION

El proceso de atención de enfermería consiste en la aplicación del método científico en la práctica asistencial de enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de cada persona o grupo de ellas, responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de salud.

Se busca precisar y solventar de manera eficaz las necesidades de cada persona, es un proceso continuo integrado por diferentes etapas o fases, ordenadas lógicamente que tienen como objetivo fundamental la personalización y la adecuada planificación de los cuidados oportunos.

En este trabajo de investigación se utilizó el modelo teórico de Virginia Henderson. Y tiene como propósito identificar las necesidades en el paciente pediátrico con diagnóstico médico de lupus. En el hospital del niño "Dr. Rodolfo Nieto Padrón.

La presente investigación contiene información la justificación, objetivos, metodología, marco teórico, etapas del proceso de atención de enfermería (valoración, diagnóstico, planeación, implementación y evaluación), conclusión y bibliografía, así mismo tiene la finalidad de obtener datos que estén orientados al seguimiento del cuidado de enfermería para garantizar la calidad de atención de para satisfacción del cliente o usuario en sus necesidades.



El proceso de atención de enfermería es el sistema de la práctica de la enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud.



### III. JUSTIFICACION

El Modelo de Virginia Henderson se encuentra entre aquellos modelos que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo central para la actuación enfermera.

Virginia Henderson considera que el papel fundamental de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a conservar o recuperar su salud (o bien asistirlo en los últimos momentos de su vida) para cumplir aquellas necesidades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios. De este modo enfermería favorecerá la recuperación de la independencia de la persona de la manera más rápida posible.

La enfermería como profesión de servicios está influenciada y condicionada por todos estos cambios que crean nuevos escenarios de salud y sociales, que deben afrontar las profesiones sanitarias. La profesión enfermera no puede plantearse solamente como adaptarse a ellos, sino que debe entender cuáles son los valores, las necesidades y las expectativas cambiantes de la sociedad y formarse para poder proporcionar unos cuidados expertos y de óptima calidad.

Los Estatutos de la Organización Colegial de Enfermería de España.

Menciona que los servicios de enfermería tienen como misión, prestar atención de salud a los individuos, las familias y las comunidades, en





todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo. Y Las intervenciones de enfermería están basadas en principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en el respeto a la vida y la dignidad humana.

En México existe experiencia en relación con la aplicación de modelos y teorías de enfermería, aunque la literatura es poco evidente. Entre las teóricas más consultadas y seguidas se encuentran Virginia Henderson y Dorotea Orem. La vinculación para aplicar el PAE con base en un marco referencial o referente teórico, se ha dado, en forma de estudios de caso, pocas son las experiencias en donde se ha realizado ya como parte de un modelo de cuidado, dentro de una organización, destacándose los casos del Grupo Ángeles como pionero, el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, el Hospital General de México y los Hospitales del Grupo Cristhus Muguerza. Según los resultados obtenidos de esta investigación, el PAE no es una realidad en la práctica diaria de las enfermeras en México, por lo que se acepta el supuesto planteado en un principio.

Particularmente en México, a mediados del 2008, la Dirección de Calidad y Educación en Salud, de la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Permanente de Enfermería (CPE), consideró necesario disponer de una herramienta metodológica, con base en el PAE, para estructurar planes estandarizados que contribuyeran a la mejora de la calidad del cuidado y seguridad de la persona, familia y comunidad, en los diferentes niveles



de Atención del Sistema de Salud. Lo cual finalmente dio como resultado en 2011 el Lineamiento General para la Estructuración de Planes de Cuidados de Enfermería, en 2012 el Primer Catálogo Nacional de Planes de Cuidados de Enfermería y en 2013 el Segundo Catálogo Nacional de Planes de Cuidados de Enfermería y el Lineamiento general para la documentación y evaluación de la implementación de los planes de cuidados de enfermería.

En México, hay enfermeras que desde hace más de 20 años trabajan para mostrar que la práctica de enfermería está fundamentada en conocimientos propios y generados a partir del ejercicio de la profesión. En nuestro país se cuenta con pocos estudios y literatura que muestren esta realidad, Ortiz y García (2012). En su obra plantean las estrategias de cómo implementar un Modelo de cuidado de enfermería y la forma de aplicarlo, usando como método al PAE.

En este sentido, el objetivo general de esta investigación fue analizar la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en México, desde la epistemología de la profesión. Particularmente, se busca establecer un contexto histórico en la utilización del PAE, conocer la aplicación del PAE en México, a través de la opinión de expertas, mediante la realización de una entrevista,

En este sentido el objetivo general de esta investigación fue aplicar el proceso de atención de enfermería en un paciente pediátrico con diagnóstico de Lupus eritematoso utilizando el modelo teórico de Virginia



Henderson lo cual permitió identificar alteraciones biológicas, psicológicas y sociales que rodean al paciente por lo que el proceso de atención de enfermería permite brindar cuidado de manera eficaz, dando prioridad la satisfacción del usuario.

Por lo que el presente trabajo es de gran relevancia científica para la disciplina y ciencias de enfermería porque nos ayudara a mejorar la calidad en la práctica, al documentar las observaciones, la valoración, diagnostico, intervenciones y los resultados permitan una toma de decisiones objetiva e incrementen la calidad del cuidado enfermero en el paciente pediátrico.



## IV. OBJETIVOS

### 4.1 General

Realizar un proceso de atención de enfermería utilizando el modelo teórico de Marjory Gordon a un paciente en escolar con dependencia a sus necesidades básicas de seguridad y protección por diagnóstico lupus. En el hospital Regional de Alta Especialidad del niño “Dr. Rodolfo Nieto Padrón.

### 4.2 Especifico.

- Realizar valoración utilizando la guía de valoración de los patrones funcionales de Marjory Gordon.
- Identificar los datos objetivos y subjetivos obtenidos en la valoración focalizada en el niño escolar con Lupus eritematoso.
- Estructurar diagnósticos de enfermería reales, de riesgo y de salud derivado de la priorización de los datos obtenidos en la valoración física.
- Elaborar las intervenciones de enfermería en el paciente escolar con Lupus eritematoso.
- Ejecutar las intervenciones de enfermería enfocada en el usuario escolar con Lupus eritematoso.
- Evaluar los cuidados de enfermería de cada una de las intervenciones establecidas en la atención del paciente escolar con Lupus eritematoso.



## V. METODOLOGIA

Para la realización de este estudio de caso se utilizó el modelo teórico de Virginia Henderson de las 14 necesidades fundamentales que se analizaron en una persona escolar con dependencia en sus necesidades por Lupus eritematoso en el Hospital del niño “Dr. Rodolfo Nieto Padrón”, mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería. Para la recolección de los datos se utilizó la técnica de entrevista, en la exploración física (inspección, auscultación, palpación y percusión) mediante el método utilizado de la observación.

El instrumento utilizado que facilitó la recolección de la información fueron la guía de valoración según patrones funcionales de salud para el usuario pediátrico, otorgado por la Universidad Olmeca en base a los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon. El cual contiene cinco apartados que son los datos biográficos e institucionales, antecedentes, el cuestionario de preguntas en base a los patrones funcionales de Marjory Gordon, cada uno con referencia a distintos patrones funcionales de salud como lo son percepción y mantenimiento de la salud, nutricional - metabólico, eliminación, actividad - ejercicio, reposo - sueño, cognitivo – perceptual, auto imagen – auto concepto, rol – relaciones, sexualidad – reproducción, afrontamiento – estrés, valores – creencias, la valoración física céfalo caudal como complemento descriptivo de cada patrón funcional(ver anexo 1). La priorización e identificación de los



diagnósticos de enfermería, así como la planificación, ejecución y evaluación de los mismos.

Así mismo se utilizaron los registros clínicos de enfermería que contiene datos como identificación del paciente, nombre, edad, grupo sanguíneo, si hay alergias, fecha de ingreso, diagnóstico médico y de enfermería por el cual ingreso, valoración focalizada, así como datos subjetivos, datos objetivos, como frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial, temperatura, pesó, talla, y otras escalas (riesgo de caídas, escala de braden y la escala visual analógica del dolor EVA; ver anexos 4 y 5).



## VI. MARCO TEORICO

### 6.1 Enfermería como profesión disciplinaria

La primera definición de enfermería fue dada por Florence Nightingale en 1859. En las Notes ON Nursing – What It is, What It is not de Nightingale, se definía la enfermería como “la encargada de la salud personal de alguien, lo que la enfermera tiene que hacer, es poner al cliente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él “. La naturaleza de la enfermería es compleja, continuando hasta nuestros días los intentos por definirla.

Los teóricos de enfermería son profesionales de enfermería que desarrollan conceptos y propuestas específicas y concretas que intentan justificar o caracterizar fenómenos de interés para la enfermería (Fawcett, 1989). Con frecuencia, los teóricos de enfermería extraen teorías de modelos que reflejan los objetivos y filosofías de la profesión. Estos modelos se basan en los principios, valores y opiniones que guían la práctica de la enfermería. Los teóricos de la enfermería desarrollan definiciones de ellas basadas en el modelo y describen las actividades de enfermería necesarias para conseguir los objetivos de la enfermería. Es al mismo tiempo una ciencia y un arte. Tiene su propio conjunto de conocimientos basados en teorías científicas y está enfocada hacia la salud y bienestar del cliente. La enfermería se ocupa de los aspectos



psicológicos, espirituales, sociales y físicos de la persona, y no solo del proceso médico diagnosticado al cliente. Por ende, se centra en las respuestas globales de la persona que interactúa con el entorno. En estas respuestas pueden influir las experiencias antiguas, el miedo ambiente físico, la situación social y la dinámica de la familia. La enfermería es un arte que consiste en el cuidado de los clientes en los momentos de enfermedad y en la ayuda para que consigan la máxima salud potencial durante su ciclo vital. La enfermería se esfuerza por adaptarse a las necesidades de las personas en diversos o marcos, como el hogar, el trabajo, los centros de asistencia ambulatoria y los hospitales, a través de la interacción personal de los individuos, las familias y las comunidades. (Iyer, Taptich y Bernocchi-Losey, 1995).

La enfermería no es simplemente una colección de habilidades específicas y la enfermera no es simplemente una persona formada para realizar tareas específicas. La enfermería es una profesión. Ningún factor específico diferencia completamente un trabajo de una profesión, pero la diferencia es importante en términos de cómo se ejerce. Para actuar profesionalmente se debe administrar una atención de calidad centrada en el paciente, de manera segura, meticulosa y experta. Se es responsable y se responde ante uno mismo y ante los pacientes e iguales. Una profesión tiene las siguientes características principales:

- Precisa de unos fundamentos liberales básicos y una amplia formación de sus miembros.





- Tiene un cuerpo de conocimientos teóricos que conduce a habilidades, capacidades y normas definidas.
- Proporciona un servicio específico.
- Los miembros de una profesión tienen autonomía para tomar decisiones y para ejercer.
- La profesión en conjunto tiene un código ético para la práctica. (Potter, Perry, Stockert, Hall, 2013).

## **6.2 El cuidado como objeto de estudio**

Las innovaciones en la atención sanitaria, la expansión de los sistemas y los entornos de práctica y el aumento de las necesidades de los pacientes han sido estímulos para nuevos roles enfermeros. Hoy en día la mayoría de las enfermeras ejercen en entornos hospitalarios, seguido por la atención comunitaria, la atención ambulatoria y las residencias/entornos de larga estancia.

La enfermería proporciona una oportunidad para comprometerse con el aprendizaje de por vida y el desarrollo profesional para proporcionar a los pacientes la atención de última generación que necesitan. El rol profesional es el puesto o trayectoria de empleo específico.

La mayoría de las enfermeras proporcionan cuidados directos al paciente en un entorno de cuidados agudos. A medida que los cuidados sanitarios regresan a un entorno de atención domiciliaria, se presentan mayores



oportunidades para proporcionar cuidados directos en el hogar o la comunidad del paciente. Se debe utilizar el proceso enfermero y las habilidades del pensamiento crítico para proporcionar cuidados que son, a la vez, restauradores y curativos. La enfermera educa a los pacientes y las familias para promocionar el mantenimiento de la salud y el autocuidado. En colaboración con otros miembros del equipo de atención sanitaria centra sus cuidados en un óptimo estado funcional cuando el paciente regresa a casa.

En el hospital se puede practicar en un entorno médico-quirúrgico o concentrarse en un área específica de práctica especializada como pediatría, cuidados críticos o urgencias. La mayoría de las áreas de cuidados especializados requieren alguna experiencia como enfermera médico-quirúrgica y una formación adicional continua o en servicio. Muchas enfermeras de unidades de cuidados intensivos y servicios de urgencias necesitan tener certificación en soporte vital avanzado cardíaco y en cuidados críticos, enfermería de urgencias o enfermería de traumatología.

En el hospital se puede practicar en un entorno médico-quirúrgico o concentrarse en un área específica de práctica especializada como pediatría, cuidados críticos o urgencias. La mayoría de las áreas de cuidados especializados requieren alguna experiencia como enfermera médico-quirúrgica y una formación adicional continua o en servicio. Muchas enfermeras de unidades de cuidados intensivos y servicios de



urgencias necesitan tener certificación en soporte vital avanzado cardíaco y en cuidados críticos, enfermería de urgencias o enfermería de traumatología.

La enfermería es una disciplina de prestación de cuidados. Los valores de esta profesión se fundamentan en la ayuda a las personas para recuperar, mantener o mejorar su salud; prevenir enfermedades; encontrar el bienestar y la dignidad.

### **6.3 Proceso de atención de enfermería**

La ciencia de enfermería se basa en un amplio sistema de teorías. El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o del sistema familiar. El proceso de enfermería consta de cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Estas fases integran las funciones intelectuales de la resolución del problema en un intento por definir las acciones de enfermería.

El proceso de enfermería ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión.

Desde ese momento, el proceso de enfermería ha sido legitimado como el sistema de la práctica de enfermería. La ANA (American Nurses



Association) utilizo el proceso de enfermería como guía para el desarrollo de las pautas de la asistencia. El proceso de enfermería a sido incorporado al sistema conceptual de la mayor parte de los planes de los estudios de enfermería. También ha sido incluido en la definición de enfermería en la mayor parte de las leyes sobre la práctica de enfermería.

El proceso de enfermería es el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud.

Enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de enfermería, mantener el bienestar optimo del cliente, y, si este estado cambia, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo el estado de bienestar.

El objetivo principal del proceso de enfermería es proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales del cliente, de la familia y de la comunidad. El proceso de enfermería consiste en una relación interacción entre el cliente y el profesional de enfermería, con el cliente como centro de atención. El profesional de enfermería valida las observaciones con el cliente y de manera conjunta utilizan el proceso de enfermería.



El proceso de enfermería está organizado en cinco fases identificables: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

#### **6.4 Modelo teórico utilizado para la elaboración del PAE**

Marjory Gordon

Patrones funcionales

Marjory Gordon, nació en 1914 en Baltimore, Maryland. Muere un 22 de junio del 2007 alrededor de los 94 años. Su educación empezó en la carrera de enfermería en la escuela de enfermeras del Providence Hospital en Washington D.C., fue una teórica y profesora que creó una teoría de valoración de enfermería conocida como “Patrones Funcionales de Salud de Gordon”. Fue líder internacional en esta área de conocimiento en enfermería. Fue la primera presidenta de la NANDA, Miembro de la Academia de Enfermería (ANA) en 1977. Ha contribuido significativamente al desarrollo de un lenguaje enfermero estandarizado. Su obra en este campo tiene implicaciones en la investigación, educación, evaluación y competencia y, el establecimiento de un núcleo de conocimiento enfermero basado en las evidencias. Obtuvo la Licenciatura y la Maestría por la Universidad de Nueva York. Doctorado por la Universidad de Boston. Autora de 4 libros, incluyendo el Manual de Diagnósticos de Enfermería, sus libros aparecen en 10 idiomas y en 48 países.



Marjory Gordon define los patrones como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología. De la valoración de los patrones funcionales se obtiene una importante cantidad de datos relevantes de la persona (físicos, psíquicos, sociales, del entorno), de una manera ordenada, lo que facilita a su vez el análisis de estos. Los agrupo en 11 patrones funcionales (Velázquez, 2019).

### **Patrones funcionales de salud: un marco para la valoración**

El termino patrón está definido como una configuración de comportamientos que ocurren de una forma secuencial en el transcurso del tiempo las secuencias de comportamiento más que los hechos aislados son los datos utilizados para las inferencias o juicios clínicos. A medida que se va recogiendo información, la enfermera comienza a entender el área funcional que está siendo valorada. De forma gradual aparece un patrón. Es importante reconocer que lo que ocurre durante la recogida de la información es la construcción del patrón partir de las descripciones del cliente y de las observaciones de la enfermera. Un observador no ve un patrón; la mente del observador construye el patrón, juntando los elementos. En algunos casos durante la valoración el cliente puede relacionar sucesos comportamientos y juntarlos como un patrón.



Esto se denomina intuición y es probablemente el mismo fenómeno que experimenta una enfermera cuando relaciona comportamientos. Hay que darse cuenta que las relaciones se construyen. Admitiendo también que los patrones se construyen:

1. Evite la recogida de datos superficiales que puedan conducir a errores en el diagnóstico.
2. Recuerde que los patrones no son observables. Se construyen mediante operaciones cognitivas sobre los datos de la valoración y siempre están abiertos a cambios debido a nueva información. Cuando no se mantienen en un periodo largo de tiempo, se desechan.
3. Hay que hacer énfasis en un punto que debe ser repetido frecuentemente: los patrones deben ser validados.

Aun con una adecuada información que describa un patrón, comprenderlo puede ser difícil hasta que no hayan sido valorados todos los patrones funcionales, ya que los 11 patrones funcionales son una división artificial del funcionamiento humano integrado. (nuestra limitada capacidad cognitiva no puede alcanzar fácilmente toda la complejidad de una sola ojeada) los patrones están interrelacionados, estos son interactivos e independientes. Las razones de un patrón disfuncional (factores etiológicos) pueden encontrarse dentro de este contexto, así como la fuerza necesaria para resolver los problemas. Esta es la verdad para cada uno de nosotros: ningún patrón debe ser entendido de forma aislada. Los patrones funcionales proporcionan una estructura para el



análisis de un problema dentro de una categoría. Se proporciona una estructura para centralizar la investigación de explicaciones causales que generalmente están fuera de la categoría de problema. El diagnóstico se facilita si la información se recoge y organiza de forma relevante hacia la identificación del problema.

### **¿Qué es un patrón de salud?**

Esta pregunta debe contestarse en términos de una definición de salud, definida dentro del contexto de los patrones funcionales, es el nivel óptimo de funcionamiento que permite a los individuos, familias o comunidades desarrollar su potencial al completo. La salud se mide en parámetros y normas (estadísticas, culturas, etc.) combinada con una descripción subjetiva del cliente. La salud ideal está en consonancia con el potencial individual y permite que la intervención sea individualizada.

### **Enfoque funcional**

Funcional es un término utilizado por otras profesiones es útil considerar las diferencias y las similitudes de su uso en diferentes campos. Tradicionalmente, <<las formas de vida>>, o los patrones funcionales, han sido un eje importante de actividades enfermeras de promoción de la salud, asistencia y rehabilitación. En medicina la palabra función se utiliza para describir el proceso fisiológico, como la función respiratoria, cardíaca o mental. El eje del diagnóstico se basa en la función de las células, órganos y sistemas, y no en la función integrada del individuo en





su conjunto. Comportamiento funcional e incapacidad funcional son términos comúnmente utilizados, pero generalmente solo se refieren a la movilidad y a otros parámetros físicos.

Los sistemas biológicos (neurológico, cardíaco y similares) apoyan los patrones de salud y proporcionan un tipo de valoración de la información. En el cuidado de una persona que es incapaz de controlar su pulso cardíaco o la dilatación pupilar, las enfermeras recogen información con dos propósitos; entender o predecir los cambios de los patrones funcionales de salud e informar de las complicaciones y progresión de la enfermedad al médico cuando el cliente no tiene la capacidad o habilidad para hacerlo. De hecho, un patrón disfuncional (diagnóstico enfermero) puede ser el dato de una enfermedad subyacente y la razón por la que una enfermera recomienda a un paciente que vea a un médico. Los órganos y sistemas están a un nivel más bajo de complejidad que los patrones funcionales de salud, los cuales representan el funcionamiento humano integral. Por ejemplo, los sistemas cardíaco, respiratorio y neuromuscular son factores importantes en cualquier patrón de actividad- ejercicio. Por tanto, el patrón es más que las partes que lo forman; el patrón de salud es una manifestación del todo. Es incorrecto denominar a algunos patrones funcionales de salud << fisiológicos>> y a otros << psicosociales>>. Cada patrón es una expresión biopsicosocial espiritual.

**Patrones funcionales, salud y enfermedad.**



Las condiciones patológicas y sus tratamientos pueden alterar los patrones.

Ejemplo de ello son los cambios que la enfermedad provoca en los patrones de adaptación y tolerancia al estrés habituales cambios en los patrones de eliminación y metabolismo que se dan en el encamamiento, y el nada poco común reajuste de los patrones de los valores- creencias tras una enfermedad con peligro para la vida. La condición patológica, su tratamiento, la respuesta personal del cliente y la familia, y el tratamiento largo plazo de la condición influyen en todos los patrones funcionales, como se muestran por las flechas que van desde el diagnostico medico hacia las áreas e los patrones. Ciertamente habrá efectos en la interacción del cliente con el entorno, y de forma particular en el patrón rol- relaciones.

Además de las alteraciones en los patrones funcionales secundarias a la enfermedad, pueden darse patrones disfuncionales aun cuando no exista evidencia clínica de enfermedad. Un cliente puede ser encontrado medicamente sano, pero requerir cuidados enfermeros.

### **Enfoque cliente- entorno**

La interacción entre el cliente y el entorno es esencial y es el hilo conductor entre todos los patrones funcionales. A partir de esta interacción, se desarrollan los patrones. Por ejemplo, los patrones de rol relaciones y de auto concepto están influidos por el entorno,



particularmente por los individuos y la cultura. Esta influencia comienza en el nacimiento y es más pronunciada a medida que se va aprendiendo la comunicación verbal y no verbal. Dar y recibir apoyo emocional es otro ejemplo de interacción cliente- entorno; en este caso la interacción influye en los patrones de adaptación.

La producción cosechera, los aditivos alimentarios y la temperatura ambiente todo influye en el patrón nutricional- metabólico. A modo de otro ejemplo se ha dicho mucho en recientes informes acerca de las actividades humanas que degradan el entorno natural, como los patrones de eliminación de residuos industriales. Este ejemplo ilustra un cambio en el entorno natural producido por los seres humanos que luego influye por otra parte en los patrones humanos. La interacción cliente- entorno es una parte integrante de la recogida de información en cada patrón.

### **Enfoque edad- desarrollo**

Las enfermeras están involucradas en el desarrollo humano de niños, adultos, familias y comunidades. Consecuentemente cualquier estructura para una valoración enfermera debe tener en cuenta el desarrollo. El crecimiento humano y el desarrollo están reflejados en cada patrón. Los patrones de eliminación cambian, particularmente en el área de control. La maduración hacia normas adultas se produce en el patrón rol- relaciones, el cognitivo- perceptual y en otros a medida que transcurren los años. Los patrones son un producto de factores de



desarrollo; por tanto, hay un enfoque del desarrollo en la tipología funcional y dentro de la guía de valoración.

### **Enfoque cultural**

La cultura es una influencia importante a nivel personal y socio-ambiental en el desarrollo de los patrones de salud. De forma similar al enfoque edad- desarrollo, los patrones de salud son un producto del entorno y la cultura. De forma más específica, la cultura basada en la edad, el desarrollo y normas de género puede ser importante para entender los patrones de salud.

Se está prestando una creciente atención a la diversidad cultural. Una definición de cuidados enfermeros transculturales, dada por la Academia Americana del Panel de Expertos Enfermeros, <<es cuidado prestado a individuos, familias o grupos que son considerados (por ellos mismos o por otros) una minoría a causa de la raza, cultura, herencia u orientación sexual >>. El cuidado competente es sensible a los usos culturales. El cuadro de expertos sugirió que las normas culturales, los valores y los patrones de comunicación/tiempo deben ser identificados y utilizados como conocimiento base para un modelo clínico de cuidado competente. Esta sensibilidad es particularmente en la recogida e interpretación de la información en la fase de la valoración.

Los juicios clínicos son interpretaciones. El carácter cultural o significativo de signos y síntomas y la tarea clínica de interpretación de



esos datos dentro de la realidad de un individuo es una tarea central. Lo que se necesita en primer lugar y principalmente son estudios (en diferentes contextos culturales) de comportamientos que definan un diagnóstico particular y su significado cultural. Si esta información estuviera disponible para los diagnósticos, estimularía la sensibilidad cultural.

### **Valoración de los patrones funcionales de salud**

Una valoración inicial de los patrones funcionales de salud de un cliente se obtiene a través de la historia de enfermería y el examen. Siempre que se asigna un cliente a una enfermera, se realiza una valoración inicial de los 11 patrones funcionales de salud. Esta valoración constituye la base de datos enfermera. Las valoraciones iniciales se incluyen en una base de datos porque:

- 1) Se recoge información básica histórica y actual acerca de todos los patrones funcionales de salud
- 2) La información se utiliza como criterio de base frente a cualquier otra evaluación de posibles cambios.

Una valoración al ingreso se compone de una historia de enfermería y un examen. Lo primero se hace entrevistando al cliente o a familiares; lo segundo, mediante observación y otras técnicas de examen. Generalmente es necesaria una valoración comprensiva. Si la condición del cliente es crítica (p. Ej., si existe una inestabilidad fisiológica o



psicológica), solo se podrá garantizar una breve valoración de los patrones. La recogida de información en la historia de la enfermería al ingreso permite una descripción sistemática de los 11 patrones funcionales de salud y la percepción del cliente, así como las explicaciones de los posibles problemas. Las explicaciones que proporciona el cliente acerca de comportamientos particulares o situaciones son importantes. en cuidados domiciliarios se realiza una valoración completa cuando una familia es visitada por primera vez. De igual forma, las enfermeras comunitarias responsables de programas de planificación realizan una valoración comunitaria para detectar problemas del entorno y otros que estén influyendo en los patrones de salud de los grupos. La valoración en el domicilio proporciona la oportunidad de observar las condiciones de vida, riesgos para la seguridad y el barrio del cliente. Las preguntas clave y las observaciones, planificadas ayudan al cliente a describir los patrones funcionales y también ayudan a la enfermera a realizar una valoración sistemática.

Por tanto, la identificación y solución de un problema específico puede requerir más información acerca de una familia o una comunidad para determinar los factores que están contribuyendo a los problemas de un individuo.

### **6.2.1 Elementos fundamentales del modelo utilizado**

- Patrón 1: Percepción-manejo de la salud



### Definición

Describe el patrón de salud y bienestar percibido por el cliente y como maneja su salud. Incluye la percepción del cliente de su estado de salud y la relevancia que este tiene de las actividades actuales y la planificación futura. También incluye el nivel general de comportamientos de cuidados de salud como actividades de promoción de la salud, adherencia a prácticas preventivas de salud mental y física, prescripciones médicas o enfermeras y seguimiento de cuidados.

### Descripción

El objetivo de enfermería es promocionar la salud. Sin embargo, es el cliente quien actualmente percibe y maneja su salud. Debe valorarse la percepción de los clientes de su estado de salud y de las practicas que llevan a cabo para mantenerla. Esta información puede indicar un patrón disfuncional o influir en las decisiones acerca de las intervenciones para otros problemas. Los clientes pueden mostrar ser pesimistas acerca de los cambios de su salud y creer que no tienen control sobre los acontecimientos. El objetivo en la valoración de este patrón es obtener datos acerca de las percepciones generales del cliente, el manejo general de salud y las practicas preventivas. Los detalles específicos se exploran en otros patrones relevantes. En este patrón, no deben pasarse por alto los datos de potenciales riesgos para la salud en las practicas del cliente, el no cumplimiento real o potencial del cliente y sus percepciones irreales de salud o enfermedad.



- Patrón 2: Nutricional-Metabólico

#### Definición

Describe los patrones de consumo de alimentos y líquidos relativo a las necesidades metabólicas y los patrones indicadores de provisión restringida de nutrientes. Incluye los patrones del individuo de alimentos y líquidos consumidos, las preferencias particulares de alimentos y el uso de suplementos dietéticos o vitamínicos. Se incluyen las referencias de cualquier lesión de piel y la capacidad general de cicatrización. Se incluyen la condición de la piel, pelo uñas, membranas mucosas y dientes y medidas de la temperatura corporal, altura y peso.

#### Descripción

Los patrones nutricionales de los clientes y los hábitos dietéticos subyacentes siempre han sido competencia de las enfermeras debido al reconocimiento por su parte para que todas las funciones vitales y el bienestar dependan de una adecuada ingesta y del suministro de nutrientes a los tejidos. El eje de la valoración en el patrón nutricional metabólico es el consumo de alimentos y líquidos relativo a las necesidades metabólicas.

El objetivo de la valoración es recoger datos acerca del patrón típico de comida y líquidos. Además, se valoran indicadores amplios de las necesidades metabólicas, como los estados de crecimiento (crecimiento infantil, embarazo y cicatrización hística). Las referencias subjetivas se obtienen observando el consumo de alimentos y líquidos, los problemas





percibidos por el cliente o por otros, las acciones llevadas a cabo para resolver dichos problemas, y los efectos percibidos de tales acciones. El examen proporciona datos de los efectos observables de la ingesta de nutrientes y la cicatrización relativos a las necesidades metabólicas.

- Patrón 3: Eliminación

#### Definición

Describe los patrones de función excretora (intestino, vejiga y piel) de los individuos. Incluye la regularidad percibida por el individuo de la función excretora, el uso sistemático de laxantes y cualquier y cualquier cambio o alteración en el patrón del tiempo, forma de excreción, calidad o cantidad. También incluye el uso de dispositivos para el control de la excreción. Si procede de incluye el patrón de eliminación de residuos tanto familiar como comunitario.

#### Descripción

La regularidad y el control de los patrones de eliminación son importantes en la vida de la mayoría de los individuos. Probablemente las bases culturales referentes a la costumbre de no ensuciarse y los medios de difusión comerciales tratando el olor corporal y la eliminación de residuos den más importancia a este patrón funcional de salud. Es un área importante acerca de la cual se deben valorar los aspectos relativos al cliente.

El objetivo de la valoración es recoger datos acerca de la regularidad y el control de los patrones excretores (intestinos, vejiga, piel y



deposiciones). Las descripciones subjetivas, los problemas percibidos por el cliente o por otros, las explicaciones del cliente al problema, las acciones llevadas a cabo para remediarlo, y los efectos percibidos por esas acciones son los datos de interés. El examen incluye una investigación amplia de las muestras, inspección de la prótesis (como las bolsas de colostomía), presencia de olores y observación de los patrones familiares o comunitarios de la eliminación de residuos.

- Patrón 4: Actividad y Ejercicio

#### Definición

Describe el patrón de ejercicio, actividad, tiempo libre y recreo. Incluye los requerimientos de consumo de energía de las actividades de la vida diaria, como higiene, cocinar, comprar, comer, trabajar y mantenimiento del hogar. También están incluidos el tipo, la cantidad y la calidad del ejercicio, incluyendo los deportes, lo cual describe el patrón típico. (si procede, se incluyen los factores que interfieren con el patrón deseado o esperado por el individuo, como los déficits neuromusculares y las compensaciones, disnea, angina o calambres musculares con el esfuerzo, así como la clasificación cardiopulmonar). Se incluyen los patrones de tiempo libre que describen las actividades de recreo llevadas a cabo con otros o individualmente. El énfasis está en las actividades de mayor importancia para el cliente.

#### Descripción



El movimiento es uno de los patrones funcionales más importantes. Permite a las personas controlar su entorno físico más inmediato. La valoración de los patrones de actividad permitirá Descripción la detección de prácticas pocos saludables, la prevención de mayores pérdidas funcionales y puede a si mismo ayudar a compensar dichas pérdidas. El objeto de la valoración es determinar el patrón de actividades del cliente que requieren gasto de energía. Los componentes son las actividades de la vida diaria, ejercicio y actividades de tiempo libre. Se obtienen las descripciones subjetivas de estos componentes, los problemas percibidos por el cliente o por otros, las razones percibidas por el cliente de algún problema presente, las acciones llevadas a cabo para resolver los problemas, y los efectos percibidos de dichas acciones. La observación es un aspecto importante de la valoración de este patrón.

- Patrón 5: Descanso y Sueño

#### Definición

Describe los patrones de sueño, descanso y relax. Incluye los patrones de sueño y los periodos de descanso- relax a lo largo de las 24 horas del día. Incluye la percepción de la calidad y cantidad de sueño y descanso y la percepción del nivel de energía. También están incluidas las ayudas para dormir como las medicaciones o la rutina empleada a la hora de acostarse.

#### Descripción



La preocupación respecto al sueño solo aparece cuando este se hace difícil; de lo contrario es algo a lo que no se presta atención. En el ajetreado mundo actual, el descanso y el relax pueden también ser difíciles de realizar para muchos individuos. El objetivo de la valoración del patrón de sueño- descanso es describir la efectividad del patrón desde la perspectiva del cliente. Algunos están bien descansados después de 4 horas de sueño; otros necesitan muchas más. El descanso y el relax son también valorados según las percepciones del cliente. Lo que puede ser relajante para algunos es considerado trabajo para otros. Si se perciben problemas por parte del cliente o por otros, deben valorarse las explicaciones, las acciones llevadas a cabo y lo efectos derivados de las acciones.

- Patrón 6: Cognitivo-perceptivo

#### Definición

Describe los patrones sensorio- perceptuales y cognitivos. Incluye la adecuación de los órganos de los sentidos, como la vista, el oído, el gusto el tacto o el olfato, y la compensación o prótesis utilizada para hacer frente a los trastornos. Las manifestaciones de percepción del dolor y como se trata este también se incluye cuando proceda. Se describen las habilidades cognitivas funcionales, como el lenguaje, la memoria, el juicio y la toma de decisiones.

#### Descripción



Pensar, oír, ver, oler, degustar y tocar son funciones humanas que se dan por supuestas hasta que aparecen los problemas. Prevenir los déficits y ayudar a los clientes a compensar las pérdidas son actividades enfermeras importantes

El objetivo de la valoración del patrón cognitivo -perceptual del cliente es describir la adecuación de su lenguaje, habilidades cognitivas y percepción relativas a las actividades necesarias o deseadas. Durante la historia se obtienen las descripciones subjetivas, los problemas percibidos por el cliente o por otros, las compensaciones para los déficits y la efectividad de los esfuerzos para compensarlas.

Durante el examen, se observan las capacidades cognitivas y sensoriales. Los datos de este patrón son críticos para futuras intervenciones enfermeras. Por ejemplo, si las capacidades de juicio de un cliente son inadecuadas, ese cliente puede necesitar supervisión. Si la persona es ciega, la seguridad puede ser un problema.

- Patrón 7: Autopercepción-Auto concepto

#### Definición

Describe el patrón de auto concepto y las percepciones de uno mismo. Incluye las actividades acerca de uno mismo. Incluye las actitudes acerca de uno mismo, la percepción de las capacidades (cognitivas, afectivas o físicas), imagen, identidad, sentido general de valía y patrón



emocionalmente general. Esta incluido el patrón de la postura corporal y el movimiento, contacto visual, y patrones de voz y conversación.

### Descripción

Muchos psicólogos han intentado describir la conciencia del ser, o el conocimiento de la existencia, que todos los seres humanos tienen. Este sentido del ser se refiere comúnmente a uno mismo. Los clientes tienen percepciones y conceptos de sí mismos, como la imagen corporal, la social, auto competencia y estados de humor subjetivos. Las evaluaciones negativas del propio ser producen malestar personal y también pueden influir en otros patrones funcionales. Los cambios, las pérdidas y las amenazas son factores comunes que pueden influir de forma negativa en el auto concepto. El objetivo de la valoración en este patrón es describir el patrón del cliente en creencia y evaluaciones relativo al auto valía general y los estados de sentimiento. También están descritos los problemas identificados por el cliente o por otros, las explicaciones o razones que dan al problema, las acciones llevadas a cabo para intentar resolverlos y los efectos de las acciones.

La valoración del auto concepto y la autopercepción generalmente no es efectiva (exacta y minuciosa) si el cliente no confía en la enfermera. Las personas tienden a no mostrar sentimientos personales a no ser que la enfermera haya establecido ya una atmosfera de empatía y de no enjuiciamiento.



- Patrón 8: Rol-Relaciones

#### Definición

Describe el patrón de compromisos de rol y relaciones. Incluye la percepción de los roles más importantes y las responsabilidades en la situación actual del cliente. Están incluidos la satisfacción o las alteraciones en la familia, trabajo o relaciones sociales y las responsabilidades relacionadas con estos roles.

#### Descripción

Se ha descrito mucho acerca de las relaciones, incluyendo la necesidad humana de los demás y la influencia de las relaciones en el desarrollo personal y de los grupos. Los individuos se comprometen en diferentes niveles de relaciones. Algunas son muy próximas, como las relaciones familiares. Otras son superficiales y sin nada real que compartir. El objetivo de la valoración del patrón rol relaciones es escribir el patrón del cliente de los roles familiares y sociales. La percepción del cliente acerca de sus patrones de relaciones (satisfacciones e insatisfacciones) es también un componente de este patrón deben obtenerse los problemas percibidos por el cliente, si existen, la causa percibida, las acciones llevadas a cabo y los efectos de dichas acciones.

- Patrón 9: Sexualidad-Reproducción

#### Definición



Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad; describe el patrón reproductivo. Incluye la satisfacción percibida por las alteraciones en la sexualidad o en las relaciones sexuales. También incluye el estado reproductor en las mujeres, pre menopausia o posmenopausia y los problemas percibidos.

### Descripción

La sexualidad es la expresión del comportamiento de la identidad sexual. Incluye, pero no se limita a las relaciones sexuales con una pareja. De la misma forma que en otros patrones funcionales, las normas culturales regulan su expresión.

Actualmente en la sociedad accidental las normas de sexualidad están continuamente cambiando. La distinción entre lo que es masculino y lo que es femenino a veces no está clara, y el ámbito de la expresión sexual aceptable está aumentada dentro de algunos grupos. Aun así, la sociedad impone sus límites. El abuso sexual de los niños y el incesto no se tolera. Cuando las personas eligen formas de expresión marginales, aparecen los problemas. Los problemas individuales también pueden aparecer cuando se producen discrepancias entre la expresión de la sexualidad que la persona ha alcanzado y aquella que desea.

Los patrones reproductivos incluyen la capacidad reproductiva y la reproducción en sí misma. Las normas culturales que afectan a la reproducción también están sujetas a cambio. el número de hijos en las





familias es menor que en generaciones pasadas, y en muchos casos los embarazos y nacimientos están planificados.

El objeto de la valoración en el patrón de sexualidad- reproducción es describir la percepción de los problemas reales y potenciales. Si existen problemas se ha de preguntar al cliente acerca de los factores contribuyentes, las acciones llevadas a cabo y el efecto percibido de estas acciones.

- Patrón 10: Tolerancia al estrés

#### Definición

Describe el patrón general de adaptación y efectividad del patrón en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva o capacidad para resistir a los cambios en la propia integridad, formas de tratar el estrés, sistemas de apoyo familiar o de otro tipo y la habilidad percibida para controlar y dirigir situaciones.

#### Descripción

El estrés es parte de la vida de los individuos a cualquier edad. De hecho, muchos dicen que sin estrés no habría crecimiento. Por ejemplo, aprender a andar sitúa el estrés en los huesos, un factor necesario para su integridad y desarrollo. La separación de la seguridad del hogar también produce estrés, pero conduce al desarrollo social. Estresantes, adopción y tolerancia al estrés son tres términos cuyas definiciones están entrelazadas. Un estresante es un suceso que amenaza o cambia la



integridad del ser humano. Produce una respuesta psicofisiológica que puede conducir al crecimiento y posterior desarrollo o a la desorganización manifestada como ansiedad, miedo, depresión y otros cambios negativos en la autopercepción o en los roles y las relaciones.

Las personas responden de forma diferente a los acontecimientos. Para saber si un suceso concreto es estresante para una persona, familia o comunidad, la enfermera debe averiguar la percepción del cliente o la definición de la situación. Los desastres comunitarios, la pérdida de un miembro familiar, la enfermedad y la hospitalización generalmente se viven como amenazas a la integridad o al patrón habitual de actividades de la vida; por tanto, estos son estresantes. El significado de los sucesos potencialmente estresantes para el cliente y el grado de control percibido sobre los sucesos influyen en la cantidad de estrés inducido.

La forma en la que los individuos generalmente responden a los acontecimientos vividos como amenazantes en su patrón de adaptación. Los patrones generales de adaptación del cliente pueden ser o no efectivos en el tratamiento de las situaciones estresantes. Algunos clientes emplean técnicas de resolución de problemas; otros responden con la negación u otros mecanismos mentales. Todos estos son comportamientos aprendidos para hacer frente al estrés. El patrón de adaptación más efectivo es el que el cliente puede ejercer un mayor grado de control sobre la amenaza a la integridad. El patrón de tolerancia al estrés describe el nivel de estrés que el cliente trata de forma efectiva.



Este, por supuesto, está relacionado con la cantidad de estrés previamente experimentado y la efectividad de los patrones de adaptación del cliente. El patrón de tolerancia al estrés de un cliente predice, hasta cierto punto el potencial de adaptación efectiva; sin embargo, las personas pueden movilizar recursos y soportar niveles de estrés que sobrepasen su experiencia previa.

El objetivo de la valoración en este patrón es describir la tolerancia al estrés y el patrón de adaptación de un cliente. No deben pasarse por alto los cambios en la efectividad de adaptación, que pueden darse si se prevé una amenaza a la integridad superior al control personal (capacidad de adaptación personal). Este tipo de situación puede llevar a la enfermera a realizar una valoración más en profundidad de los sistemas de apoyo disponibles para el cliente.

- Patrón 11: Valores-Creencias.

#### Definición

Describe los patrones de valores, resultados o creencias (incluyendo las espirituales) que guían las elecciones o decisiones. Incluye lo que es percibido como importante en la vida y cualquier percepción de conflicto en los valores, creencias o expectativas relativas a la salud.

#### Descripción

En los individuos de todas las edades hay un patrón de valores morales y creencias. A medida que los individuos se desarrollan, los patrones que



aparecen de valores morales y creencias van siendo más complejos y, generalmente, más consientes. Las creencias y los valores incluyen opiniones acerca de lo que es correcto, apropiado, significativo y correcto, desde un punto de vista personal. Los valores colectivos y los patrones de creencias también existen dentro de una sociedad o cultura. Estas normas de grupo pueden coincidir o no con el patrón personal de un cliente concreto o de un profesional clínico de salud. Pueden aparecer conflictos. Cuando se presentan importantes alternativas, los valores morales ayudan a determinar las elecciones. Estas tienen relación con lo que está bien o mal para el individuo. Bien y mal se refieren a la acción; bueno y malo se refieren a los resultados o metas.

Los patrones de creencias describen aquello que el individuo considera que es cierto sobre la base de la fe o la convicción. Llegan a ello por interferencia y constituye la base para las actitudes o predisposiciones. Las creencias son la dimensión filosófica y la teológica del conocimiento personal. Incluyen explicaciones a un nivel abstracto, contemplando explicaciones de la vida, la existencia, y por qué algunas cosas son valoradas. Las acciones comunes del día a día pueden no requerir este nivel de pensamiento y explicación. La enfermedad y otros sucesos significativos proporcionan el tiempo y la motivación para revisar la vida, las metas y aquello que es importante.

Los patrones de valores morales describen la importancia o el valor de acuerdo a las metas, acciones, personas, objetos y otros fenómenos. El



patrón de valores de un cliente puede influir en sus decisiones relacionadas con la salud acerca de prácticas personales, tratamientos, prioridades de salud, así como la vida o la muerte.

El objetivo en la valoración de los patrones de valores- creencias de un cliente es entender la base de las acciones relativas a la salud y las acciones. Esta comprensión aumenta la sensibilidad hacia los conflictos de los valores-creencias que pueden darse si una acción preventiva no se lleva a cabo (Gordon, 1996).

## **6.5 Etapas del proceso de atención de enfermería**

### **6.5.1. Valoración**

La valoración es la recogida sistemática y continua, organización, validación

y registro de los datos (información). En efecto, la valoración es un proceso continuo que se realiza en todas las fases del proceso de enfermería. Por ejemplo, en la fase de evaluación, la valoración se hace para determinar los resultados de las estrategias de enfermería y evaluar el logro del objetivo. Todas las fases del proceso de enfermería dependen de una recogida precisa y completa de los datos. Existen cuatro tipos diferentes de valoración: la valoración inicial, la valoración centrada en el problema, la valoración urgente y la revaloración tras un tiempo. Las valoraciones varían en función de su objetivo, momento, tiempo disponible y estado del paciente. Las valoraciones de enfermería



se centran en las respuestas del paciente a un problema de salud. Una valoración de enfermería debe incluir las necesidades percibidas por el paciente, los problemas de salud, las experiencias relacionadas, las prácticas sanitarias, los valores y el estilo de vida. Para ser más útil, los datos recogidos deben ser relevantes para un problema de salud particular. Por tanto, los profesionales de enfermería deben pensar de forma crítica sobre qué valorar.

El proceso de valoración implica cuatro actividades estrechamente relacionadas: obtención de los datos, organización de los datos, validación de los datos y registro de los datos.

#### Obtención de datos

La obtención de datos es el proceso de adquisición de la información sobre el estado de salud del paciente. Debe ser sistemática y continua para evitar la omisión de datos significativos y reflejar el estado de salud cambiante del paciente. Una base de datos es toda la información sobre un paciente: comprende la anamnesis de enfermería, la valoración física, la anamnesis y la exploración física realizadas por el médico, los resultados de las pruebas de laboratorio y diagnósticas y el material aportado por otros profesionales sanitarios. Los datos del paciente deben incluir los antecedentes, así como los problemas actuales.

Los antecedentes quirúrgicos, las prácticas de sanación tradicionales y las enfermedades crónicas son también ejemplos de datos históricos.

Los datos actuales se relacionan con las circunstancias presentes, como



dolor, náuseas, patrones del sueño y prácticas religiosas. Para recoger los datos con precisión se debe contar con la participación activa de la enfermera y el paciente. Los datos pueden ser subjetivos u objetivos y de tipo constante o variable y se pueden obtener de una fuente primaria o secundaria.

#### Tipos de datos

Los datos subjetivos, denominados también síntomas o datos ocultos, sólo resultan aparentes para la persona afectada y sólo dicha persona puede describirlos o comprobarlos. El prurito, el dolor y la sensación de miedo son ejemplos de datos subjetivos. Los datos subjetivos incluyen la sensación, sentimientos, valores, creencias, actitud y percepción que el paciente tiene de su salud y situación vital.

Los datos objetivos se llaman también signos o datos evidentes y pueden ser detectados por el observador o medidos y confirmados frente a un estándar aceptado. Se pueden ver, escuchar, palpar u oler y se pueden identificar mediante la observación o exploración física. Por ejemplo, la decoloración de la piel o el registro de la presión arterial son datos objetivos. Durante la exploración física la enfermera obtiene datos objetivos para validar los datos subjetivos y completar la fase de valoración del proceso de enfermería. Los datos constantes son informaciones que no se modifican a lo largo del tiempo, como la raza o el tipo sanguíneo. Los datos variables se pueden modificar con rapidez,



con frecuencia o en pocas ocasiones e incluyen aspectos como la presión arterial, la edad y la intensidad del dolor.

#### Fuentes de los datos

Los datos pueden proceder de fuentes primarias o secundarias. El paciente es la base primaria de datos, mientras que los familiares, otras personas de apoyo, los profesionales sanitarios, las historias o registros previos, los estudios de laboratorio u otros análisis y la bibliografía importante son fuentes secundarias de datos. De hecho, todas las fuentes distintas del propio paciente se consideran secundarias. Todas las fuentes secundarias deben validarse, si es posible.

#### Métodos de obtención de los datos

Los principales métodos usados para recoger los datos son la observación, la entrevista y la exploración. La observación tiene lugar siempre que el profesional de enfermería tiene contacto con el paciente o las personas de apoyo. La entrevista se usa sobre todo mientras se recoge la anamnesis de enfermería. La exploración es el principal método utilizado en la valoración física de la salud.

#### Observación

Observar es obtener datos usando los sentidos. La observación es una habilidad consciente y deliberada que se desarrolla a través de un esfuerzo y con un método organizado. Aunque los profesionales de enfermería observan sobre todo a través de la vista, la mayoría de los sentidos participan durante las observaciones atentas.





## Entrevista

Una entrevista es una comunicación planificada o una conversación con un objetivo, por ejemplo, para obtener o dar información, identificar problemas mutuos, evaluar cambios, educar, proporcionar apoyo o dar consejo o tratamiento. Un ejemplo de entrevista es la anamnesis de enfermería, que forma parte de la valoración del ingreso.

Existen dos métodos para entrevistar: dirigido y no dirigido. La entrevista dirigida está muy estructurada y obtiene información específica. El profesional de enfermería establece el objetivo de la entrevista y la controla, al menos al comienzo. El paciente responde a preguntas, pero puede tener una oportunidad limitada para plantear cuestiones o comentar preocupaciones. Los profesionales de enfermería usan con frecuencia las entrevistas dirigidas para obtener y dar información cuando el tiempo es limitado (p. ej., en una situación urgente). Durante una entrevista no dirigida, o entrevista construida sobre la buena relación, por el contrario, el profesional de enfermería permite al paciente controlar el objetivo, el tema y el ritmo. La buena relación es la comprensión entre dos o más personas. Durante la entrevista para obtener información suele ser adecuada una combinación de los métodos dirigido y no dirigido.

## Exploración

La exploración física o la valoración física es un método sistemático de recogida de datos que usa la observación (es decir, los sentidos de la



vista, el oído, el olfato y el tacto) para detectar problemas de salud. Para realizar la exploración, el profesional de enfermería usa las técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión.

La exploración física se realiza de forma sistemática. Puede organizarse en función de la preferencia del explorador, en una disposición desde la cabeza a los dedos de los pies o por sistemas orgánicos. El profesional de enfermería suele registrar primero una impresión general sobre el aspecto general del paciente, por ejemplo, la edad, el tamaño corporal, el estado mental y nutricional, el habla y la conducta.

Después la profesional toma medidas como las constantes vitales, la altura y el peso. El método céfalo caudal o de la cabeza a los dedos de los pies comienza con la exploración de la cabeza; progresa hacia el cuello, el tórax, el abdomen y las extremidades, y termina en los dedos de los pies. El profesional de enfermería que usa un método por sistemas corporales investiga cada sistema de forma individual, es decir, el sistema respiratorio, el sistema circulatorio, el sistema nervioso y así sucesivamente. Durante la exploración física, el profesional de enfermería valora todas las partes del cuerpo y compara las observaciones hechas en cada lado del cuerpo.

#### Organización de datos

Los profesionales de enfermería usan un formato escrito o informatizado para organizar los datos de la valoración de una forma sistemática. A



esto se le denomina a menudo anamnesis de enfermería, valoración de enfermería o formulario de bases de datos de enfermería.

#### Validación de datos

La información obtenida durante la fase de valoración debe ser completa, objetiva y precisa porque los diagnósticos e intervenciones de enfermería se basan en esta información. La validación es el acto de «comprobar dos veces» o verificar los datos para confirmar que son precisos y objetivos.

#### Registro de datos

Para completar la fase de valoración, el profesional de enfermería registra los datos del paciente. El registro preciso es fundamental, y debe incluir todos los datos recogidos sobre el estado de salud del paciente. Los datos se recogen de forma objetiva y no los interpreta el profesional de enfermería.

### **6.5.2. Diagnóstico**

El diagnóstico es la segunda fase del proceso de enfermería. En esta fase los profesionales de enfermería usan las habilidades del pensamiento crítico para interpretar los datos de la valoración e identificar las fortalezas y problemas del paciente. El diagnóstico es un paso fundamental en el proceso de enfermería. Las actividades que preceden a esta fase se dirigen a la formulación de los diagnósticos de



enfermería; la planificación de la asistencia tras esta fase se basa en los diagnósticos de enfermería.

#### Tipos de diagnósticos de enfermería

Los cinco tipos de diagnósticos de enfermería son el actual, el del riesgo, el del bienestar, el posible y el sindrómico:

1. Un diagnóstico actual es un problema del paciente que está presente en el momento de la valoración de enfermería. Ejemplos de diagnóstico actual son patrón ineficaz de respiración y ansiedad. Un diagnóstico de enfermería actual se basa en la presencia de signos y síntomas asociados.

2. Un diagnóstico de enfermería del riesgo es un juicio clínico de que un problema no existe, pero la presencia de factores de riesgo indica que es probable que un problema aparezca a no ser que el profesional de enfermería intervenga. Por ejemplo, todas las personas ingresadas en un hospital tienen alguna posibilidad de adquirir una infección; sin embargo, un paciente con diabetes o una alteración del sistema inmunitario tiene un mayor riesgo que otros. Por tanto, un profesional de enfermería debería usar la etiqueta de riesgo de infección para describir el estado de salud del paciente.

3. Un diagnóstico del bienestar «describe las respuestas humanas a niveles de bienestar en un individuo, familia o comunidad que están preparadas para su fomento» (NANDA International, 2005, p. 277).



Ejemplos de diagnóstico del bienestar serían preparado para fomento del bienestar espiritual o preparado para fomento del afrontamiento familiar.

4. Un diagnóstico de enfermería posible es uno en el que las pruebas sobre la existencia de un problema de salud son incompletas o no están claras. Un diagnóstico posible exige más datos para su apoyo o rechazo. Por ejemplo, una mujer viuda mayor que vive sola ingresa en el hospital. El profesional de enfermería nota que no tiene visitantes y está encantada con la atención y conversación del personal de enfermería. Hasta que recoja más datos, el profesional de enfermería puede escribir un diagnóstico de enfermería de posible aislamiento social relacionado con una causa desconocida.

5. Un diagnóstico sindrómico es un diagnóstico que se asocia a un grupo de otros diagnósticos (Carpenito, 2006). En la actualidad hay seis diagnósticos sindrómicos en la lista internacional de la NANDA. El riesgo de síndrome por desuso, por ejemplo, pueden experimentarlo pacientes confinados a la cama desde hace tiempo. Los grupos de diagnósticos asociados a este síndrome son alteración de la movilidad física, riesgo de alteración de la integridad tisular, riesgo de intolerancia a la actividad, riesgo de estreñimiento, riesgo de infección, riesgo de lesión, riesgo de impotencia, alteración del intercambio de gases, etc.

### **6.5.3. Planeación**



La planificación es una fase deliberada y sistemática del proceso de enfermería que implica la toma de decisiones y la solución de problemas. En la planificación, el profesional de enfermería se refiere a los datos de la valoración del paciente y a las declaraciones diagnósticas para obtener indicadores con el fin de formular los objetivos del paciente y diseñar las intervenciones de enfermería necesarias para evitar, reducir o eliminar los problemas de salud del paciente.

#### Tipos de planificación

La planificación comienza con el primer contacto con el paciente y continúa hasta que termina su relación con el profesional de enfermería, habitualmente cuando el paciente es dado de alta de la institución sanitaria. Toda la planificación es multidisciplinar (implica a los proveedores de asistencia sanitaria que interactúan con el paciente) e incluye al paciente y a la familia en la mayor extensión posible en todos los pasos.

#### Planificación inicial

El profesional de enfermería que realiza la valoración del ingreso suele llevar a cabo el plan de asistencia inicial completo. Este profesional tiene el beneficio del lenguaje corporal del paciente, así como algunos tipos intuitivos de información que no quedan reflejados en la base de datos escrita. La planificación debe iniciarse lo antes posible tras la valoración inicial, en especial debido a la tendencia hacia estancias hospitalarias más cortas.



### Planificación en curso

La planificación en curso la hacen todos los profesionales de enfermería que trabajan con el paciente. A medida que los profesionales de enfermería obtienen información nueva y evalúan las respuestas del paciente a la asistencia, pueden individualizar más el plan inicial de asistencia. La planificación en curso también tiene lugar al comienzo de un turno ya que el profesional de enfermería planifica la asistencia para ese día.

#### **6.5.4. Implementación**

En el proceso de enfermería, la aplicación es la fase de acción en la que el profesional de enfermería realiza las intervenciones de enfermería. Usando la terminología de la NIC, la aplicación consiste en la realización y registro de las actividades que constituyen las acciones de enfermería específicas necesarias para llevar a cabo las intervenciones.

El profesional de enfermería realiza o delega las actividades de enfermería para las intervenciones que se elaboraron en el paso de la planificación y después concluye el paso de aplicación registrando las actividades de enfermería y las respuestas resultantes del paciente.

Aunque el profesional de enfermería puede actuar en nombre del paciente (p. ej., remitiendo al paciente a un profesional de enfermería comunitario para la asistencia domiciliaría), los modelos profesionales apoyan la participación del paciente y de la familia, como en todas las



fases del proceso de enfermería. El grado de participación depende del estado de salud del paciente.

#### Habilidades de aplicación

Para ejecutar el plan de asistencia con éxito, los profesionales de enfermería deben disponer de habilidades cognitivas, interpersonales y técnicas. Estas habilidades son diferentes entre sí; pero, en la práctica, los profesionales de enfermería las usan en diferentes combinaciones y con diferente énfasis, dependiendo de la actividad.

Las habilidades cognitivas (habilidades intelectuales) incluyen la resolución de problemas, la toma de decisiones, el pensamiento crítico y la creatividad. Son cruciales para una asistencia de enfermería segura e inteligente.

Las habilidades interpersonales son todas las actividades, verbales y no verbales, que las personas usan cuando interaccionan directamente entre sí. La eficacia de una acción de enfermería depende a menudo en gran medida de la capacidad del profesional de enfermería de comunicarse con otros.

Las habilidades técnicas son actitudes «manuales» dirigidas a un fin como manipular equipo, administrar inyecciones, poner vendajes, mover, levantar y recolocar a los pacientes. Estas habilidades también se denominan tareas, procedimientos o habilidades psicomotoras. El término *psicomotor* se refiere a las acciones físicas que están





controladas por la mente, no reflexivas. Las habilidades técnicas requieren conocimiento y, con frecuencia, destreza manual.

### **6.5.5. Evaluación**

Evaluar es juzgar o valorar. La evaluación es la quinta y última fase del proceso de enfermería. En este contexto, la evaluación es una actividad planificada, continua y con un fin en el que los pacientes y los profesionales sanitarios determinan: a) el progreso del paciente hacia la consecución de objetivos/resultados y b) la eficacia del plan de asistencia de enfermería. La evaluación es un aspecto importante del proceso de enfermería porque las conclusiones extraídas de la evaluación determinan si las intervenciones de enfermería deben terminarse, continuarse o cambiarse. La evaluación es continua.

La evaluación realizada a intervalos especificados (p. ej., una vez a la semana para la asistencia domiciliaria del paciente) muestra la extensión del progreso hacia la consecución de objetivos y capacita al profesional de enfermería a corregir cualquier deficiencia y modificar el plan de asistencia cuando sea necesario. La evaluación continua hasta que el paciente consigue los objetivos sanitarios o es dado de alta de la asistencia de enfermería. La evaluación en el momento del alta incluye el estado de consecución de los objetivos y las capacidades de autocuidado del paciente con respecto al seguimiento. (Berman, Snyder, Kozier, Erb. 2008).



### **6.6.1. Problemática de salud de la persona**

Lupus eritematoso sistémico

Concepto

El lupus eritematoso generalizado (LEG) se considera una enfermedad autoinmune, multi sistémica, de etiología desconocida y de naturaleza inflamatoria. Tiene un curso natural impredecible y variable y su pronóstico es incierto y el tratamiento suele ser un reto para el clínico. En los niños tiene fundamentalmente las mismas características que la enfermedad de los adultos, con patogénesis, manifestaciones clínicas y hallazgos de laboratorios similares. Es más frecuente en niñas que en niños, sobre todo después de los 5 años y su prevalencia aumenta después de la primera década de la vida. Se considera incluso que hasta un 15- 20 % de los casos de LEG inician en la niñez.

Puntos sobresalientes

- El lupus eritematoso generalizado en niños y en adolescentes tiene muchas manifestaciones clínicas en común con el lupus que se presenta en el adulto.
- Aunque el lupus se reconoce desde hace décadas, muchos médicos no consideran esta diagnóstico en el grupo de edad pediátrico.
- El cuidado de los niños y adolescentes con lupus es muy diferente del que se le da a los adultos, debido al impacto que la enfermedad y su tratamiento tiene en el desarrollo físico y psicológico del niño.

**Factores de riesgo**



### Agente

Como se ha señalado la etiología es desconocida.

### Huésped

Al igual que en otras enfermedades, se ha considerado desde hace mucho tiempo que los factores genéticos participan de manera importante en su etiopatogenesis. Los primeros conceptos se originaron de las observaciones de una prevalencia muy elevada de lupus entre los gemelos monocigóticos, y después, a partir de los estudios en familias, en donde se ha encontrado que del 5- 12% de familiares de pacientes con lupus desarrollan la enfermedad. Recientemente, varios investigadores han identificado una asociación entre el lupus y el alelo nulo C4A.

### Ambiente

Desde hace años es conocido que la exposición a la luz ultravioleta puede desencadenar el inicio del lupus y esto quizás ocurre de un 15-20% de los pacientes. También el uso de algunos medicamentos como la hidralazina y la isoniazida pueden desencadenar un síndrome parecido al lupus. En ambos casos se supone que esto ocurre en pacientes predispuestos de forma genética.

### **Prevención primaria**

### **Promoción de la salud**

Se necesita aumentar el nivel de educación médica en la comunidad en general, así como en el gremio médico a nivel de medicina general, que



son los que en un inicio atienden a la mayoría de los niños. Esto permitirá tener en mente este padecimiento y diagnosticarlo en sus etapas iniciales.

### **Protección específica**

No existe alguna protección ya que se desconoce el agente causal. Es importante investigar los antecedentes familiares en busca de otras enfermedades autoinmunes. Debe recomendarse además que el paciente no se exponga a la luz ultravioleta de cualquier tipo de forma directa ya que es bien conocido que puede exacerbar o desencadenar un brote de la enfermedad.

### **Periodo patogénico**

#### **Etapas subclínica. Fisiopatogenia.**

Aunque no todas las manifestaciones del lupus pueden atribuirse a la presencia de complejos inmunes, estos tienen una función muy importante en la patología y en la inmunopatología de la enfermedad.

En condiciones normales, los complejos inmunes constituidos por un antígeno y su correspondiente anticuerpo son removidos con rapidez de la circulación por el sistema de fagocitos mononucleares, los cuales se encuentran principalmente en el hígado y en el bazo. Sin embargo, cuando los antígenos como los anticuerpos están presentes por periodos prolongados y cuando existen defectos en los mecanismos de depuración de los complejos inmunes, estos pueden depositarse en los tejidos del huésped y producir daño tisular subsecuente. En pacientes



con lupus se han encontrado alteraciones in vivo como in vitro de los mecanismos de depuración de los complejos inmunes al nivel del receptor Fcg y del complemento.

Una vez que los complejos inmunes se depositan en los tejidos, ya sea a través de su formación in situ, o al depósito complejo de los compuestos inmunes la activación mediada por el receptor Fc de los mastocitos o de los fagocitos, así como la activación del sistema de los complementos, lleva a una respuesta inflamatoria a través de la generación de mediadores solubles, incluyendo los fragmentos del complemento C3a y C5a. estos mediadores atraen y activan a los leucocitos polimorfo nucleares y a los fagocitos mononucleares, causan liberación de mediadores inflamatorios adicionales de estas células, de los mastocitos y de los basófilos, todos los cuales activan los linfocitos granulares.

### **Etapa clínica**

Las manifestaciones clínicas del lupus en los niños suelen ser tan diversas como en el adulto. Aunque en algunos niños se presentan con el cuadro clínico característico del lupus, los síntomas más comunes son fiebre y malestar general que pueden persistir varias semanas. Los niños presentan también artritis en las pequeñas articulaciones y enfermedad renal, síntomas que en ocasiones pasan desapercibidas antes de que se establezca el diagnóstico de lupus eritematoso generalizado. El eritema



malar característico en “alas de mariposa” está ausente en dos terceras partes de los pacientes.

La enfermedad renal en el lupus puede variar desde la detección de hematuria y proteinuria en un examen de rutina, hasta la presencia de síndrome nefrótico insuficiencia renal aguda.

El daño neurológico, por lo general, se presenta con diversas manifestaciones. El dolor de cabeza es un síntoma frecuente. Los adolescentes pueden tener un deterioro progresivo de su aprovechamiento en la escuela y al principio puede llegar a pensarse que es un “problema de ajuste” propio de la edad.

Los síntomas neurológicos más dramáticos son convulsiones, corea, evento vascular cerebral y coma; cualquiera de estas manifestaciones también suele acompañarse de neuropatías craneales y/o evidencia de cerebritis.

El sistema respiratorio se ha visto involucrado hasta en el 77% de los pacientes. Las manifestaciones más comunes son la enfermedad pleural y un patrón restrictivo que es evidente en las pruebas de función pulmonar.

Las manifestaciones hematológicas en niños y adolescentes pueden incluir la presencia de trombocitopenia, anemia hemolítica, menorragia y leucopenia persistente. Cualquiera de estas manifestaciones nos debe llevar a realizar las investigaciones de anticuerpos antinucleares y si se



encuentra un título elevado de estos debe evaluarse con cuidado con el fin de buscar otros síntomas de la enfermedad.

Los niños con lupus pueden tener anticuerpos anti fosfolípidos, los cuales se pueden asociar con menorragia, con un tiempo de coagulación prolongado, trombosis inexplicable y hasta un evento vascular cerebral.

Los niños con anticuerpos antinucleares positivos pero que no tienen criterios adicionales para el diagnóstico de lupus, podrían tener anticuerpos anti fosfolípidos positivos.

Los anticuerpos anti- P ribosomales, que se asocian a las más de las veces a actividad de la enfermedad, se han encontrado con más frecuencia en niños que en adultos con lupus. Como ocurre en los adultos cada órgano o sistema suele estar involucrado: el sistema musculoesquelético, el gastrointestinal, la piel, etc.

### **6.6.2. Diagnóstico y tratamiento**

Prevención secundaria.

Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

El diagnóstico se establece cuando cuatro o más de los criterios están presentes ya sea en forma seriada o simultánea, durante cualquier intervalo de observación.

Haciendo una analogía con los criterios de la artritis reumatoide, se ha sugerido por algunos autores que, si un niño tiene un título significativo



de anticuerpos antinucleares y síntomas sugestivos de lupus, puede clasificarse de la siguiente manera:

- Lupus eritematoso clásico – muchos criterios.
- Lupus eritematoso definido – 4 o más criterios.
- Lupus eritematoso probable – 3 criterios.
- Lupus eritematoso posible – 2 criterios.

Las evaluaciones frecuentes son importantes, ya que, si un niño tiene menos de 4 criterios al inicio, con el tiempo pueden aparecer otros síntomas de la enfermedad. Esta progresión puede ocurrir en un periodo largo, de 3 hasta 5, o más años.

Por otra parte, aunque menos frecuente, un niño con lupus puede presentarse con una enfermedad aguda, con fiebre, eritema, leucopenia y trombocitopenia, manifestaciones que pueden sugerir una infección grave. Aun en aquellos niños con el diagnóstico de lupus ya establecido, la diferenciación entre una recaída de la enfermedad y un cuadro de sepsis puede ser muy difícil, y puede requerir el tratamiento simultáneo de ambas situaciones.

De los exámenes de laboratorio, los esenciales para establecer el diagnóstico de lupus, son los siguientes: Bh para buscar la presencia de anemia hemolítica, leucopenia, linfopenia y/o trombocitopenia; examen general de orina buscando alteraciones de sedimentos urinario, hematuria y/o proteinuria; cuantificación de urea y creatinina; anticuerpos antinucleares por inmuno fluorescencia indirecta (IFI) para investigar la





presencia de algunos de los patrones característicos de la enfermedad; anticuerpos anti – ADN nativo por IFI; cuantificación de las fracciones de complemento C3 y C4, así como del complemento hemolítico total o al 50%.

El diagnóstico diferencial se establece con diferentes patologías autoinmunes, como artritis reumatoide juvenil y dermatomiositis juvenil; infecciones como endocarditis bacteriana y tuberculosis y neoplasias como leucemias y linfomas entre otras.

El tratamiento de la mayoría de las manifestaciones del lupus no difiere entre los adultos, los niños y los adolescentes. Sin embargo, los niños y los adolescentes tienen un problema único relacionado con el crecimiento y el desarrollo que son afectados por el tratamiento agresivo que a veces es necesario para tratar la enfermedad.

Existen algunas diferencias entre niños y adultos, por ejemplo, la concentración de la creatina en el suero en un niño menor de diez años es de 0.5 mg/ 100 ml por lo que un resultado de 1.1 mg / 100 ml que es normal en el adulto, en un niño representan una importante disminución de la función renal. por otra parte, las dosis muy elevadas de corticoides tienen un profundo impacto en el crecimiento (retardo en el crecimiento, osteonecrosis) y en la apariencia de los niños y adolescentes lo que ocasiona un impacto psicológico, como ocurre con el aspecto cushingoide por el uso de estos medicamentos.



En formas leves la enfermedad, en las que no hay daño renal o de otros órganos importantes, puede ser suficiente el uso de antiinflamatorios no esteroides e hidroxicloroquina (plaquenil) en dosis de 7 mg / kg/ día hasta un máximo de 200 mg al día, teniendo cuidado de vigilar el aspecto oftalmológico cuando se utiliza este último medicamento.

En formas moderadas de la enfermedad, puede ser necesario el uso de corticoides en dosis también moderadas de 0.5 mg/ kg/día, dividido en 3 tomas al día. Cabe mencionar que el uso de corticos esteroides en el tratamiento crónico tiene varias limitantes, en especial si el inicio de la enfermedad ocurre en la pubertad ya que el uso de este fármaco ocasiona cambios físicos significativos (obesidad) lo que puede conllevar a depresión y a un mal apego al tratamiento. Debido a los efectos de los corticos esteroides, se utiliza la azatioprina (Imuran) y/o el metotrexato (Ledertrexate) como agentes ahorradores de cortico esteroides y más recientemente nuevos agentes biológicos que poco a poco han ido demostrando creciente eficacia en formas severas de la enfermedad. En niños y adolescentes con formas graves de la enfermedad: daño renal serio y/o enfermedad neurológica o hematológica grave, se requiere un tratamiento agresivo. Al igual que en los adultos, los niños con glomerulonefritis proliferativa difusa son los que tienen el peor pronóstico.

En niños con enfermedad renal resistente a este tratamiento pueden beneficiarse con el uso de micofenolato de mofetilo (Cellcept),



medicamento que ha comenzado a utilizarse cuando hay enfermedad renal grave, y ha resultado de utilidad, sobre todo en aquellos con glomerulonefritis membranosa (Martínez, 2013).



## VII. RESUMEN DEL CASO CLINICO

Paciente masculino de 14 años de edad, ingresa al hospital, al servicio de urgencias, por presentar crisis convulsiva el día 26/09/19, se estabiliza, posteriormente es valorado por nefrología, siendo candidato para colocación de catéter Mahurka el día 27/09/19, se tras talada al área de medicina interna, para continuar tratamiento , durante la sesión de hemodiálisis presenta crisis convulsiva de forma tónico clónica, con bradicardia y dificultad respiratoria , por lo que se procede a realizarle reanimación avanzada e intubarlo con cánula 6.5 y regresa al piso de urgencias 10/10/19. Para continuar con el tratamiento, ya que es un paciente delicado, a los 3 días de intubación, debido a su mejora proceden a extubarlo el 13/10/19. Se realiza segunda sesión el día 16/10/19 de hemodiálisis. Posteriormente debido al rechazo de la hemodiálisis se coloca catéter Tenckhoff el día 21/10/19. Se le procede a iniciar el tratamiento de diálisis y los cuidados pertinentes para el mantenimiento adecuado de la inserción de catéter y control de líquidos riguroso. Actualmente presenta diagnostico medico de lupus eritematoso sistémico, nefropatía lúpica, enfermedad renal crónica, síndrome de Cushing.

Se observa palidez generalizada, edema generalizado con disminución en la turgencia de la piel, perdida y debilidad del tono muscular, presenta rozadura en glúteos y región del perineo, se palpa pulso radial



taquiarritmico rápido e irregular, patrón respiratorio irregular con disnea de reposo, presenta retracción xifoidea, tirajes intercostales en la inspiración y normo tensión, así como llenado capilar disminuido. Paciente desorientado no coordina movimientos, puntuación Braden en 18.

Además de su diálisis indicada con solución estándar 1.5% de la cual se le introducen en cavidad 700 ml. P/hrs. También tiene un tratamiento de fármacos para inhibir las afecciones causada por los síntomas que le desencadena su enfermedad los cuales son: el omeprazol 40 mg. c/12 hrs. IV, furosemide 40 mg. c/8 hrs. IV, azatriopina 1mg. c/6 hrs. Amlodipino 1 tab. c/24 hrs. VO, losartan 1 tab. c/24 hrs, prozacina 1 mg. c/6 hrs. Ácido valproico 40mg c/6 hrs. Hipromelosa 1gt. Oftálmica Cefepime 500 mg. c/24 hrs. Ketorolaco 15 mg IV.

Aunque se le realizaron todos los cuidados para el mantenimiento de la salud el paciente ya presentaba deterioro de su organismo debido a las múltiples enfermedades que se desencadenaron a causa del lupus, presento un descenso en la saturación y ya que presentaba una frecuencia cardiaca anormal se le procedió a intubar, después de 2 horas posterior a la intubación el paciente falleció de un paro cardiorrespiratorio.



## VIII. DESARROLLO DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

### Ficha de identificación

Nombre del paciente: C.V.J.D.C. Edad: 14 años. Sexo: Masculino.  
Fecha de ingreso al hospital: 26/09/19. Fecha de ingreso al servicio: 22/10/19. Servicio: medicina interna. No. de cama: 426 Días de hospitalización: 32 días. Procedencia: cárdenas tabasco. Seguro social: 2715133740 Estado civil: Soltero. Religión: católica. Escolaridad: secundaria Ocupación: estudiante Diagnostico medico: lupus eritematoso sistémico, nefropatía lúpica, enfermedad renal crónica con diálisis peritoneal, vasculitis cerebral, síndrome de Cushing, gastroparesia, fibromialgia, ceguera central con atrofia de nervios ópticos. Tratamiento médico actual: omeprazol 40 mg. c/12 hrs. IV, furosemide 40 mg. c/8 hrs. IV, azatriopina 1mg. c/6 hrs. Amlodipino 1 tab. c/24 hrs. VO, losartan 1 tab. c/24 hrs, prozosina 1 mg. c/6 hrs. Acido valproico 40mg c/6 hrs. Hipromelosa 1gt. Oftalmica Cefepime 500 mg. c/24 hrs. Ketorolaco 15 mg IV.

### Datos biográficos

El cuidador del paciente es entrevistado, la cual es la madre de 35 años de edad, grado académico de bachillerato, comenta ser ama de casa, de religión católica, se le observa cansada, expresa preocupación por la salud de su hijo.



Historia de la enfermedad actual:

La madre refiere que inicia proceso de la enfermedad con Lupus eritematoso sistémico desde el 2017, nefritis lúpica en 2018, asimismo menciona que, desde hace un año presenta convulsiones, uveítis, fibromialgia hace 5 meses, debido a los anteriores diagnósticos recurrentemente ha sido hospitalizado en siete ocasiones.

Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon

1. Patrón percepción mantenimiento de la salud.

La madre refiere que en su vivienda en casa propia de construcción de concreto cuenta con todos los servicios, intra domiciliaria luz, agua potable y drenaje, al paciente se le realizan baños diario en cama durante su estancia en el hospital, posterior a su enfermedad dejó de acudir a la escuela, la madre refiere que en su domicilio no hay contacto con aves de corral, el niño presentaba ocasionalmente convulsiones, así como debilidad muscular y afección en la vista, no deambula, permanece en cama durante su estancia, la madre se observa agotada, comenta estar preocupada por el estado de salud de su hijo, muestra disposición para apoyar en los cuidados, refiere que el paciente cuenta con el esquema de vacunación completo se observa un catéter venoso central el cual fue instalado el día 05/ 10/19. Se le lleva control de líquidos riguroso. Actualmente presenta diagnóstico médico de lupus eritematoso sistémico, nefropatía lúpica, enfermedad renal crónica, síndrome de Cushing.



## 2. Patrón nutricional metabólico.

Peso: 40 Kg. Talla: 1.33 cm. Perímetro cefálico: 40 cm Perímetro torácico: 81 cm. Perímetro abdominal: 77 cm. Glucemia: 88 mm/dl  
Temperatura: 37° IMC: 15.037

La piel es de color pálida amarillenta, se observa con palidez generalizada, encamado en posición decúbito lateral derecho, con piel lisa deshidratada resequedad, edema tizada con disminución en la turgencia de la piel, tiene edema en la región palpebral y equimosis, así como telangiectasias en mejillas, su dentadura está incompleta presentando prótesis dental, en el primer premolar, mucosa oral hidratada, intacta, con una higiene regular, en cuello presenta tensión a causa de un catéter venoso central el cual se observa limpio sin datos de infección, del lado derecho del cuello presenta un catéter Mahurkar, tiene maculas en la regio del abdomen, el cual es depresible blando, se observa herida en el abdomen debido a la inserción del catéter Tenckhoff de diálisis en el cuadrante inferior derecho, el sitio de inserción se observa ligeramente enrojecido, con cicatrices de lupus discoide en miembros superiores e inferiores así como estrías de color violáceas en las piernas y brazos, perdida tono muscular y debilidad, presenta rozadura en glúteos y la región del perineo, su dieta prescrita es hiper calórica blanda, oral, de fácil nutrición, con ingesta de 280 ml. de líquidos por turno, con estricto control de líquidos, presenta dificultad para comer ya que su apetito es disminuido causado por presencia de nauseas.





### 3. Patrón eliminación.

Su orina es amarilla densa, drenando 30 ml. Durante el turno por medio de una sonda Foley calibre no. 12 instalada el día 21/10/19. Se observa catéter Tenckhoff en fosa iliaca derecha, por donde se está dializando con una solución estándar 1.5% de la cual se le introducen en cavidad 700 ml. P/hrs. Y salen líquidos claros sin fibrinas.

heces de consistencia semilíquida, amarilla, con frecuencia de heces de 2 veces por turno en cantidades de 50 ml. en cavidad el catéter Mahurkar se mantiene cerrado.

### 4. Patrón actividad ejercicio.

Frecuencia cardiaca: 123 x min. Tensión arterial: 114/75 Frecuencia respiratoria: 23 x min.

Se palpa pulso radial taquiarritmico rápido e irregular, patrón respiratorio irregular con disnea de reposo, presenta retracción xifoidea, tirajes intercostales en la inspiración y normo tensión, así como llenado capilar disminuido.

Paciente esta desorientado, no coordina movimientos, presenta hipotonía muscular en extremidades, perdida del tono muscular en extremidades inferiores, se encuentra en decúbito lateral derecho, tiene ligera palidez de tegumentos, catéter venoso central en la región supraclavicular izquierda, se realiza total asistencia para la ingesta de



alimento, el baño y cambios de posición, con puntuación de Braden en 18.

5. Patrón reposo sueño

Al momento de la valoración se observa despierto, desorientado, con estado mental alterado, con confusión y habla dificultosa, la madre menciona que duerme 12 hrs. Habitualmente, se encuentra en la etapa 2 del sueño NREM y REM, presenta edema palpebral con equimosis y proptosis, con expresión vacía.

6. Patrón cognitivo / perceptual

Paciente esta desorientado en persona, tiempo y espacio, presenta pupilas de 6 mm midriáticas con proptosis, edema palpebral, afasia, cara redonda (cara de luna llena por afección de síndrome de Cushing) puntuación de Glasgow 10 y el tono muscular es débil.

7. Patrón de autopercepción / auto concepto

Se observa inquieto, irritable, ansioso y deprimido con moderado dolor articular menciona la madre que está inquieto por estancia hospitalaria muy prolongada.

8. Patrón rol/ relaciones

Vive con sus padres, y cuatro hermanos, su madre es ama de casa, la cual es quien lo cuida la mayor parte del tiempo, su papa, quien es vigilante sus hermanos son estudiantes.

9. Patrón sexualidad / reproducción



Se encuentra en el estadio 1 de la escala de Tanner, a la inspección de genitales se observa integro de acuerdo al sexo, piel turgente reseca, el meato urinario permeable con sonda vesical permeable el sitio se encuentra libre de secreciones, ambos testículos en bolsa escrotal descendidos. la higiene de sus genitales es regular, presenta rozaduras en los glúteos y la región del perineo.

#### 10. Patrón afrontamiento / estrés

Expresa tener dolor en el abdomen y la región de los glúteos, tiene debilidad muscular, movimientos hipotónicos de extremidades y afasia.

#### 11. Patrón valores/ creencias

La mama nos refiere que la religión que el paciente profesa es católica, comenta realizar oración, la madre comenta que en ocasiones utilizan imágenes religiosas.

### **8.1 Valoración clínica del sujeto del cuidado**

Aspecto general:

Adolescente con sobrepeso, piel lisa, amarillenta, pálida generalizada, deshidratada, edema tizada con resequead, con disminución en la turgencia de la piel, este encamado en posición decúbito lateral derecho, no coordina movimientos, presenta hipotonía muscular, se haya inquieto, irritable, ansioso y deprimido, respuesta motora a estímulos de dolor, estado higiénico malo ocasionalmente.

Signos vitales:



Temperatura: 37° Frecuencia cardiaca: 123 x min. Se palpa pulso radial taquiarritmico rápido e irregular. Frecuencia respiratoria: 23 x min. Patrón respiratorio irregular con disnea de reposo, presenta retracción xifoidea, tirajes intercostales en la inspiración.

Tensión arterial: 114/75. Normo tensión, así como llenado capilar disminuido.

Somatometría:

Peso: 40 Kg. Talla: 1.33 cm. Perímetro cefálico: 40 cm Perímetro torácico: 81 cm. Perímetro abdominal: 77 cm.

Piel: Lisa, amarillenta, pálida generalizada, deshidratada, edema tizada con resequedad, con disminución en la turgencia de la piel, telangiectasias en mejillas, presenta maculas en el abdomen, cicatrices de lupus discoide y estrías violáceas.

Cabeza: Tamaño normal, redondeada, fontanelas integra, buena implantación del cuero cabelludo, cabello negro lacio y abundante.

Cara: Afasia, cara redonda (cara de luna llena por afección de síndrome de Cushing).

Ojos: Simétricos, escleróticas amarillentas, pupilas midriáticas, edema palpebral con equimosis y proptosis, pestañas con buena implantación.

Oídos: Buena implantación de los pabellones auriculares, conductos auditivos permeables y oído interno limpio.



Nariz: Narinas permeables, mucosa hidratada, sin desviación del tabique nasal.

Boca y barbilla: Labios caídos, medianos, color rosa pálido, resecos, movimientos débiles asimétricos de los labios, paladar duro, grietados por resequedad, disminución en la deglución ya que presenta reflejo nauseoso.

Cuello: Cilíndrico, sin palpación de adenomegalias, presenta rigidez en nuca, cuello presenta tensión a causa de un catéter venoso central el cual se observa limpio sin datos de infección, del lado derecho del cuello presenta un catéter Mahurkar, tráquea en línea media.

Tórax: Normo lineo, simetría de las mamas, patrón respiratorio irregular con disnea de reposo, presenta retracción xifoidea, tirajes intercostales en la inspiración y ruidos cardiacos rítmicos.

Dorso, caderas y nalgas: Dorso recto, columna vertebral en línea media de la espalda, glúteos con rozaduras, simétricos y flácidos, permeabilidad correcta del ano.

Abdomen: depresible blando, plano, perístasis presente, no se palpan órganos megalias, tiene maculas en la región del abdomen, herida en el abdomen debido a la inserción del catéter Tenckhoff de diálisis en el cuadrante inferior derecho, el sitio de inserción se observa ligeramente enrojecido.



Extremidades: presenta hipotonía muscular en extremidades, no coordina movimientos, perdida de tono muscular en extremidades inferiores, pulsos palpables irregulares taquiarritmico, pliegues palmares y plantares normales, cicatrices de lupus discoide en miembros superiores e inferiores, así como estrías de color violáceas en las piernas.

Genitales: sonda Foley calibre 12 en el pene sin secreciones, se encuentra en Tanner 1, tiene rozadura en glúteos y la región del perineo, ano permeable.

Estado neurológico: desorientado en persona, tiempo y espacio, pupilas de 6 mm midriáticas con proptosis, edema palpebral, puntuación de Glasgow 10, presión palmar débil, cuello rígido y no deambula.



## 8.2 Diagnósticos de enfermería según sea el caso

### Licenciatura en Enfermería Guía didáctica no. 1 Valoración Análisis de datos recolectados

Patrón funcional de salud	Signos y síntomas encontrados en el paciente	Etiqueta diagnóstica
I. Patrón percepción – control de la salud.	Lupus eritematoso sistémico, nefropatía lúpica, enfermedad renal crónica con diálisis peritoneal.	Etiqueta: Protección ineficaz  Definición: Disminución de la capacidad para auto protegerse de amenazas internas y externas, como enfermedades o lesiones.
II. Patrón nutricional – metabólico	Su dentadura está incompleta presentando prótesis dental, en el primer premolar, mucosa oral hidratada, intacta, con una higiene regular, su dieta prescrita es hipercalórico blanda, oral, de fácil nutrición, con ingesta de 280 ml. de líquidos por turno, con estricto conteo de líquidos, presenta dificultad para comer ya que su apetito es disminuido causado por presencia de nauseas, total asistencia para ingesta de alimentos y líquidos.	Etiqueta: Exceso de volumen de líquidos.  Definición: Exceso de consumo y/o retención de líquidos.
▪ Nutrición		Etiqueta: Déficit de autocuidado: alimentación  Definición: Incapacidad para alimentarse de forma independiente
▪ Equilibrio hídrico		Etiqueta: Riesgo de desequilibrio electrolítico  Definición: Susceptible a cambios en los niveles de electrolitos séricos, que pueden poner en peligro la salud.



<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Termorregulación</li> </ul>	Temperatura: 37°	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Integridad de la piel</li> </ul>	La piel es de color pálida amarillenta, palidez generalizada, piel lisa deshidratada con resequedad, edema tizada y con disminución en la turgencia de la piel, maculas en abdomen, el cual es depresible blando, herida en abdomen debido a la inserción del catéter Tenckhoff de diálisis en el cuadrante inferior derecho en el cual el sitio de inserción se observa enrojecido, se observan cicatrices de lupus discoide en miembros superiores e inferiores así como estrías de color violáceas en las piernas.	
III. Patrón de eliminación	Heces con consistencia semilíquida, amarilla, con frecuencia de heces de 2 veces por turno en cantidades de 50 ml. Colectada en el pañal del paciente.	Etiqueta: Deterioro de la eliminación urinaria
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eliminación fecal</li> </ul>		Definición: Disminución en la eliminación urinaria
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eliminación urinaria</li> </ul>	Su orina es amarilla densa, drenando 30 ml. Durante el turno por medio de una sonda Foley calibre no. 12 instalada el día 21/10/19,	Etiqueta: Retención urinaria Definición: Incapacidad para vaciar la vejiga por completo.
		Etiqueta: Diarrea Definición: Eliminación de heces líquidas no formadas. Etiqueta: Motilidad gastrointestinal disfuncional





		Definición: Aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal.
IV. Patrón de actividad ejercicio	No coordina movimientos, presenta hipotonía muscular en extremidades, perdida del tono muscular en extremidades inferiores, se encuentra en decúbito lateral derecho, puntuación 18 Braden.	Etiqueta: Deterioro de la movilidad física
<ul style="list-style-type: none"> <li>Movilidad</li> </ul>		Definición: Limitación del movimiento independiente intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Oxigenación</li> </ul>	Patrón respiratorio irregular con disnea de reposo, presenta retracción xifoidea, tirajes intercostales en la inspiración, llenado capilar disminuido, catéter venoso central en la región supraclavicular izquierda. Se palpa pulso radial taquiarrítmico rápido e irregular,	Etiqueta: Deterioro de la posición sedente
		Definición: Limitación de la capacidad de alcanzar y/o mantener de forma independiente y con objetivos claros una posición de reposo apoyado en los glúteos y los muslos, en la que el torso este en posición vertical.
		Etiqueta: Patrón respiratorio ineficaz
		Definición: La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.



		<p>Etiqueta: Riesgo de la presión arterial inestable</p> <p>Definición: Susceptible a fuerzas fluctuantes de la sangre que fluye a través de los vasos arteriales, lo que puede comprometer la salud.</p>
V. Patrón sueño – descanso	Desorientado, con estado mental alterado, con confusión, se encuentra en la etapa 2 del sueño NREM y REM, presenta edema palpebral con equimosis y proptosis, con expresión vacía.	<p>Etiqueta: Patrón de sueño alterado</p> <p>Definición: Despertares de tiempo limitado debido a factores externos</p>
		<p>Etiqueta: Deprivación del sueño</p> <p>Definición: Periodos de tiempo prolongados sin sueño (patrón de suspensión natural y periódica de la conciencia)</p>
VI. Patrón cognitivo – perceptivo	Paciente esta desorientado en persona, tiempo y espacio, presenta pupilas de 6 mm midriáticas con proptosis, edema palpebral.	<p>Etiqueta: Confusión aguda</p> <p>Definición: Trastornos reversibles de la conciencia, la atención, la cognición y la percepción que se desarrollan en un corto periodo de tiempo y dura menos de 3 meses.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado de conciencia</li> <li>• Percepción sensorial</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad para recordar</li> <li>• Elaboración del pensamiento y el lenguaje</li> </ul>		<p>Etiqueta: Labilidad del control emocional</p> <p>Definición: Estallidos incontrolables de expresiones emocionales exageradas e involuntarias</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción del dolor</li> </ul>	Puntuación de Glasgow 10 y presenta dolor.	



VII. Patrón percepción de sí mismo – auto concepto	Se observa inquieto, irritable, ansioso y deprimido ante el dolor.	Etiqueta: Definición:
VIII. Patrón rol – relaciones	Su mama, la cual es quien lo cuida la mayor parte del tiempo	Etiqueta: Cansancio del rol del cuidador Definición: Dificultad para cumplir con las responsabilidades de cuidado, expectativas y/o comportamientos para con la familia o personas significativas
IX. Patrón sexualidad – reproducción	La higiene de sus genitales no es buena, ya que al realizar el aseo de estos su madre no limpia todo resto de heces y ha causado rozaduras en los glúteos y la región del perineo,	Etiqueta: Definición:
X. Patrón afrontamiento – tolerancia al estrés	Expresa tener dolor en el abdomen y la región de los glúteos, tiene debilidad muscular, movimientos hipotónicos de extremidades y afasia	Etiqueta: Ansiedad Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza



		<p>Etiqueta: Temor</p> <p>Definición: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro</p>
XI. Patrón valores – creencias		
Seguridad / protección		<p>Etiqueta: Riesgo de infección</p> <p>Definición: Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden componer la salud.</p> <p>Etiqueta: Riesgo de caídas</p> <p>Definición: Susceptible a un aumento de las caídas que puede causar un daño físico y que puede componer la salud</p> <p>Etiqueta: Deterioro de la integridad cutánea</p> <p>Definición: Alteración de la epidermis y/o de la dermis</p> <p>Etiqueta: Deterioro de la integridad tisular</p> <p>Definición: Lesión de la membrana mucosa, cornea, sistema Inter tegumentario, fascia muscular,</p>



		musculo, tendón, hueso, cartilago, capsula de la articulación y/o ligamento
--	--	---



## Licenciatura en Enfermería

## Guía didáctica no. 2

## Diagnósticos de enfermería

## Identificación de los componentes de los diagnósticos

Dominio	Etiqueta diagnóstica	R/C	Factores relacionados o de riesgo	M/P	Características definitorias
Clase	(P)		(E)		(S)
1	Protección ineficaz	R/C	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nutrición inadecuada</li> <li>- Enfermedad del sistema inmune</li> <li>- Régimen del tratamiento</li> </ul>	M/P	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Debilidad</li> <li>- Disnea</li> <li>- Fatiga</li> </ul>
2					
4	Déficit de autocuidado: alimentación	R/C	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Debilidad</li> <li>- Dolor</li> <li>Condición asociada</li> <li>- Alteración en el funcionamiento cognitivo</li> <li>- Deterioro musculoesquelético</li> <li>- Deterioro neuromuscular</li> </ul>	M/P	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deterioro de la capacidad para ingerir alimentos suficientes</li> <li>- Deterioro de la capacidad para llevar comida a la boca</li> <li>- Deterioro de la capacidad para masticar la comida</li> </ul>
5					
3		R/C	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Multi causalidad</li> </ul>	M/P	Retención urinaria



1	Deterioro de la eliminación urinaria		- Deterioro sensitivo- motor		
3	Diarrea	<b>R/C</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedad</li> <li>- Incremento en el nivel de estrés</li> </ul> Condición asociada Mala absorción	<b>M/P</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolor abdominal</li> <li>- Eliminación de &gt;3 deposiciones líquidas en 24 horas</li> </ul>
2					
4	Deterioro de la movilidad física	<b>R/C</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución en la fortaleza muscular</li> <li>- Dolor</li> <li>- Rigidez articular</li> </ul> Condición asociada <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alteración en el funcionamiento cognitivo</li> <li>- Deterioro neuromuscular</li> </ul>	<b>M/P</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución de las actividades motoras físicas</li> <li>- Disminución de las actividades motoras gruesas</li> <li>- Disnea de esfuerzo</li> </ul>
2					
2					
4	Patrón respiratorio ineficaz	<b>R/C</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolor</li> </ul> Condición asociada <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deterioro musculo esquelético</li> <li>- Deterioro neurológico</li> <li>- Deterioro neuromuscular</li> </ul>	<b>M/P</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución de la capacidad vital</li> <li>- Disnea</li> <li>- Patrón respiratorio anormal</li> <li>- Uso de los músculos accesorios para respirar</li> </ul>
4					
4					
4	Patrón del sueño alterado	<b>R/C</b>	- Barreras ambientales	<b>M/P</b>	



1			Condición asociada		- Dificultad para iniciar el sueño
4			- inmovilización		- Dificultad para permanecer dormido
					- Insatisfacción con el sueño
7	Cansancio del rol del cuidador	<b>R/C</b>	Del receptor del cuidado	<b>M/P</b>	Actividades de cuidado
1			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incremento de las necesidades del cuidado</li> <li>- Inestabilidad de la salud del receptor de los cuidados</li> <li>- Trayectoria impredecible de la enfermedad</li> </ul> Del cuidador <ul style="list-style-type: none"> <li>- Condición física</li> <li>- El desarrollo del cuidador no es suficiente para desempeñar su rol</li> <li>- Inexperiencia en la provisión de los cuidados</li> </ul> Relaciones cuidador- receptor de los cuidados <ul style="list-style-type: none"> <li>- Codependencia</li> </ul> Actividades de cuidado		<ul style="list-style-type: none"> <li>- A presión por la salud futura del receptor de los cuidados</li> <li>- Dificultad para completar las tareas requeridas</li> <li>- Dificultad para llevar a cabo las tareas requeridas</li> </ul> Estado de salud del cuidador: fisiológico <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fatiga</li> </ul> Estado de salud del cuidador: emocional <ul style="list-style-type: none"> <li>- Depresión</li> <li>- Estrategia de afrontamientos ineficaces</li> <li>- Impaciencia</li> </ul>





			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asistencia insuficiente</li> <li>- Duración extendida de la prestación del cuidado</li> <li>- Insuficiente descanso para el cuidador</li> </ul> <p>Condición asociada</p> <p>Del receptor del cuidado</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alteración en el funcionamiento cognitivo</li> <li>- Enfermedad crónica</li> <li>- Gravedad de la enfermedad</li> </ul>		<p>Relaciones cuidador-receptor de los cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificultad al ver cómo afecta la enfermedad al receptor de los cuidados</li> </ul>
9	Ansiedad	R/C	- Estresores	M/P	Conductuales
2					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insomnio</li> <li>- Movimientos extraños</li> <li>- Poco contacto visual</li> </ul>
2					<p>Afectivas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Angustia</li> <li>- Irritabilidad</li> <li>- Sufrimiento</li> <li>- Temor</li> </ul> <p>Simpáticas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alteración en el patrón respiratorio</li> <li>- Debilidad</li> <li>- Diarrea</li> </ul>



					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rubor facial</li> </ul> <p>Parasimpáticos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alteraciones en el patrón del sueño</li> <li>- Diarrea</li> <li>- Dificultad para iniciar la micción</li> <li>- Dolor abdominal</li> <li>- Nausea</li> </ul> <p>Cognitivas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Confusión</li> </ul>
11	Riesgo de infección	<b>R/C</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alteración en la integridad cutánea</li> <li>- Retención de líquidos corporales</li> </ul> <p>Condición asociada</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedad crónica</li> <li>- Procedimiento invasivo</li> </ul>	<b>M/P</b>	
1					
11	Deterioro de la integridad cutánea	<b>R/C</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hidratación</li> <li>- Humedad</li> <li>- Presión sobre las prominencias óseas</li> </ul> <p>Internos</p>	<b>M/P</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alteración de la integridad cutánea</li> <li>- Cuerpo extraño penetrante en la piel</li> <li>- Dolor agudo</li> <li>- Sangrado</li> <li>- Rubicundez</li> </ul>
2					



			<ul style="list-style-type: none"><li>- Alteración en el volumen de líquidos</li></ul> Condición asociada <ul style="list-style-type: none"><li>- Alteración en la turgencia de la piel</li></ul>		
--	--	--	---	--	--



## Licenciatura en Enfermería

### Guía didáctica no. 3

#### Planificación

#### Redacción de diagnósticos de enfermería priorizados

Diagnóstico	Tipo de diagnóstico	Priorización de acuerdo a la teoría de necesidades de Abraham maslow.
Protección ineficaz R/C nutrición inadecuada, enfermedad del sistema inmune, régimen del tratamiento M/P debilidad, disnea, fatiga.	Real	Seguridad
Déficit de autocuidado: alimentación R/C debilidad, dolor/ asociado con: alteración en el funcionamiento cognitivo, deterioro musculo esquelético, deterioro neuromuscular M/P, deterioro de la capacidad para ingerir alimentos suficientes, deterioro de la capacidad para llevar comida a la boca, deterioro de la capacidad para masticar la comida.	Real	Seguridad
Deterioro de la eliminación orinaría R/C multicausalidad, deterioro sensitivo- motor M/P retención urinaria.	Real	Fisiología
Diarrea R/C ansiedad, incremento en el nivel de estrés/ asociado con: mala absorción M/P dolor abdominal, eliminación de >3 deposiciones liquidas en 24 horas	Real	Fisiología



<p>Deterioro de la movilidad física R/C disminución en la fortaleza muscular, dolor, rigidez articular, asociado con: alteración en el funcionamiento cognitivo, deterioro neuromuscular, M/P disminución de las actividades motoras físicas, disminución de las actividades motoras gruesas, disnea de esfuerzo.</p>	Real	Seguridad
<p>Patrón respiratorio ineficaz R/C Dolor, asociado con: deterioro musculo esquelético, deterioro neurológico, Deterioro neuromuscular M/P disminución de la capacidad vital, disnea, patrón respiratorio anormal, uso de los músculos accesorios para respirar.</p>	Real	Fisiología
<p>Patrón del sueño alterado R/C barreras ambientales, asociado con: inmovilización M/P dificultad para iniciar el sueño, dificultad para permanecer dormido, insatisfacción con el sueño.</p>	Real	Fisiología
<p>Cansancio del rol del cuidador R/C Receptor del cuidado: dependencia, incremento de las necesidades del cuidado, inestabilidad de la salud del receptor de los cuidados, trayectoria impredecible de la enfermedad. Del cuidador: condición física, el desarrollo del cuidador no es suficiente para desempeñar su rol, inexperiencia en la provisión de los cuidados. Relaciones cuidador- receptor de los cuidados: codependencia. Actividades de cuidado: asistencia insuficiente, duración extendida de la prestación del cuidado, insuficiente descanso para el cuidador. Asociado con: del receptor del cuidado; alteración en el funcionamiento cognitivo, enfermedad crónica, gravedad de la enfermedad, M/P actividades de cuidado: a presión por la salud futura del receptor de los cuidados, dificultad para completar las tareas requeridas,</p>	Real	Sociales



<p>dificultad para llevar a cabo las tareas requeridas. Estado de salud del cuidador fisiológico; fatiga. Estado de salud del cuidador: emocional; depresión, estrategia de, afrontamientos ineficaces, impaciencia. Relaciones cuidador- receptor de los cuidados; dificultad al ver cómo afecta la enfermedad al receptor de los cuidados.</p>		
<p>Ansiedad R/C estresores M/P conductuales: insomnio, movimientos extraños, poco contacto visual. Afectivas; angustia, irritabilidad, sufrimiento, temor. Simpáticas; alteración en el patrón respiratorio, debilidad, diarrea, rubor facial. Parasimpáticos; alteraciones en el patrón del sueño, diarrea, dificultad para iniciar la micción, dolor abdominal, náusea. Cognitivas; confusión.</p>	Real	Estima
<p>Riesgo de infección R/C alteración en la integridad cutánea, retención de líquidos corporales, condición asociada con: enfermedad crónica, procedimiento invasivo.</p>	Riesgo	Seguridad
<p>Deterioro de la integridad cutánea R/C hidratación, humedad, presión sobre las prominencias óseas, internos: alteración en el volumen de líquidos, asociado con: alteración en la turgencia de la piel M/P alteración de la integridad cutánea, cuerpo extraño penetrante en la piel, dolor agudo, sangrado, rubicundez.</p>	Real	Seguridad



### 8.3 Planificación de intervenciones

#### Licenciatura en Enfermería

#### GUIA DIDACTICA No. 4

#### 8.3.1 Planificación de cuidados estandarizados

- **Resultados**

**Diagnóstico de enfermería:** Protección ineficaz R/C nutrición inadecuada, enfermedad del sistema inmune, régimen del tratamiento M/P debilidad, disnea, fatiga.

<b>Dominio:</b>	<b>Resultado (NOC)</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Puntuación diana</b>
(2) Salud fisiológica	Estado inmune	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado gastrointestinal</li> <li>• Estado respiratorio</li> <li>• Estado genitourinario</li> <li>• Integridad cutánea</li> </ul>	Grave (1) Sustancial (2) Moderada (3) Leve (4) Ninguno (5)	Mantener a: 10  Aumentar a: 15
<b>Clase:</b> H. Respuesta Inmune			Calificación mínima: 10  Calificación máxima: 15	



## 8.4 Ejecución de intervenciones

### Licenciatura en Enfermería guía didáctica no. 5

#### 8.4.1 Intervenciones de enfermería

<b>Campo:</b> (4) Seguridad	<b>Intervenciones</b>	<b>Actividades</b>	<b>Bibliografía</b> <b>(Autor, año, nombre del libro, edición, páginas)</b>
<b>Clase:</b> V. Control de riesgo	Control de infecciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro.</li> <li>• Aplicar las precauciones de aislamiento designadas que sean apropiadas.</li> <li>• Mantener técnicas de aislamiento apropiadas.</li> <li>• Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente.</li> <li>• Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.</li> <li>• Poner en práctica precauciones universales.</li> <li>• Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal.</li> <li>• Usar guantes estériles.</li> <li>• Cambiar los sitios de las vías I.V. periférica y central y los vendajes de acuerdo con las directrices actuales de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades.</li> </ul>	<p>Las infecciones intrahospitalarias son una de las primeras causas de muerte, generalmente de diagnóstico difícil, graves y aumentan los días estancia. En cuanto a prevenir infecciones intrahospitalarias, es necesario contar con un programa de control de infecciones para disminuir ciertos padecimientos de origen infectocontagioso durante la hospitalización. Este debe aplicarse en áreas de mayor riesgo de infecciones bacteriémicas y considerar entre otros, los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un sistema de vigilancia continua no sólo a pacientes y familiares, sino también a los integrantes del equipo de salud.</li> <li>• Mantener la integridad de barreras naturales inmunitarias.</li> <li>• Información periódica de accidentes y enfermedades infecciosas.</li> </ul>





- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías I. V.</li> <li>• Asegurar una técnica de cuidados de las heridas adecuada.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación continua sobre patologías prevalentes, procedimientos básicos necesarios, procedimientos invasivos y no invasivos con riesgos de infección.</li> <li>• Ambiente terapéutico en cada uno de los servicios clínicos.</li> <li>• Investigación de posibles factores de riesgo, medidas y consecuencias.</li> <li>• Diagnóstico de infecciones mediante cultivos de punciones, exudados o secreciones, análisis sanguíneos en momentos de fiebre, en todo tipo de catéteres especialmente en los centrales, para hemodiálisis y periféricos, o antes de iniciar tratamientos.</li> <li>• Elaboración de manuales de procedimientos.</li> <li>• Medidas ante pacientes hospitalizados (sanitización, uso de guantes, uso de mascarillas o lentes en procedimientos donde se tenga contacto con sangre o líquidos corporales, bata y uso de recolectores.</li> <li>• Susana Rosales Barrera, Eva Reyes Gómez. 2004. Atención del paciente que requiere hospitalización. Fundamentos de Enfermería (3 ro., 261-262) México, D.F.: Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.</li> </ul> |
|--|--|---|--|

**Elaboró:** Michelle Morales Barrueta



## 8.5 Evaluación

### Licenciatura en Enfermería

#### Guía didáctica no. 6

##### 8.5.1 Planificación de cuidados individualizados

**Diagnóstico de enfermería:** Protección ineficaz R/C nutrición inadecuada, enfermedad del sistema inmune, régimen del tratamiento M/P debilidad, disnea, fatiga.

Resultado esperado	Intervenciones de enfermería	Actividades de enfermería	Ejecución (Informe de las intervenciones realizadas)	Evaluación
Prevención y detección precoces de la infección en pacientes de riesgo.	Protección contra las infecciones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.</li> <li>• Mantener la asepsia para el paciente de riesgo.</li> <li>• Aplicar técnicas de aislamiento si es preciso.</li> <li>• Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas.</li> <li>• Inspeccionar la existencia de eritemas, calor extremo, o exudados en la piel y las mucosas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Al inicio del turno se realiza la toma de signos vitales y la inspección general del paciente, apoyándonos de igual forma en la palpación y auscultación.</li> <li>• Se le realiza el baño en cama al paciente, así como el cambio de sabanas sucias por limpias para proporcionarle un mejor confort y al mismo tiempo se hace una exploración segmentariamente al paciente para localizar cualquier signo anormal en sus incisiones o heridas quirúrgicas.</li> </ul>	<p>Realizando adecuadamente los procedimientos de curación de heridas de manera aséptica con las medidas de aislamiento y los aditamentos estériles se previno una sepsis en las en los sitios de inserción de catéteres y sondas que se instalaron al paciente para la realización de diferentes procedimientos.</p> <p>Llevando un control de líquidos correcto del paciente se realiza un manejo adecuado de la diálisis, analizando la eficacia de este procedimiento en el paciente.</p>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica.</li> <li>• Fomentar una ingesta nutricional suficiente.</li> <li>• Fomentar la ingesta adecuada de líquidos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se le da posición al paciente después del cambio de sabanas para brindarle un mayor confort y favorecer el drenado de la diálisis.</li> <li>• Se le hace la curación de heridas de manera aséptica con las medidas de aislamiento adecuadas, en todas las vías I.V. así como en los sitios de heridas quirúrgicas (diálisis, hemodiálisis y CVC).</li> <li>• Se le proporciona asistencia para la ingesta de bebidas y alimentos y se lleva un control de la cantidad de líquidos que ingiere en la hoja de Enfermería.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Bibliografía</b> Berman, A., Snyder, S. J., Kozier, B., Erb, G. (2008). Aplicación y evaluación. En Fundamentos de enfermería, conceptos, procesos y practicas (235-236). Madrid, España: PEARSON EDUCACIÓN S.A.</li> </ul>				



### 8.3.2 Planificación de cuidados estandarizados

#### Licenciatura en Enfermería

#### guía didáctica no. 4

- **Resultados**

**Diagnóstico de enfermería:** Déficit de autocuidado: alimentación R/C debilidad, dolor, asociado con: alteración en el funcionamiento cognitivo, deterioro musculo esquelético, deterioro neuromuscular M/P, deterioro de la capacidad para ingerir alimentos suficientes, deterioro de la capacidad para llevar comida a la boca, deterioro de la capacidad para masticar la comida.

<b>Dominio:</b>	<b>Resultado (NOC)</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Puntuación diana</b>
(02) salud fisiológica	Estado de deglución	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad de masticación</li> <li>• Acepta la comida</li> <li>• Atragantamiento, tos o nauseas</li> <li>• Esfuerzo deglutorio aumentado</li> <li>• Incomodidad con la deglución</li> </ul>	Grave (1) Sustancial (2) Moderada (3) Leve (4) Ninguno (5)  Calificación mínima: 10  Calificación máxima: 15	Mantener a: 10  Aumentar a: 15
<b>Clase:</b> (K) Digestión y nutrición				



### 8.4.2 Ejecución de intervenciones

#### Licenciatura en Enfermería guía didáctica no. 5 Intervenciones de enfermería

<b>Campo:</b> (01)  Fisiológico: básico	<b>Intervenciones</b>	<b>Actividades</b>	<b>Bibliografía</b>  (Autor, año, nombre del libro, edición, paginas)
<b>Clase:</b> (D)  Apoyo nutricional	Terapia de deglución	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaborar con los miembros del equipo de cuidados (terapeuta ocupacional, logopeda y dietista) para dar continuidad al plan de rehabilitación del paciente.</li> <li>• Colocarse de manera que el paciente pueda ver y oír al cuidador.</li> <li>• Ayudar al paciente a sentarse en una posición erguida (lo más cerca posible de los 90°) para la alimentación/ejercicio.</li> <li>• Observar si hay signos y síntomas de aspiración.</li> <li>• Controlar si hay signos de fatiga al comer, beber y deglutir</li> <li>• Enseñar a la familia/cuidadora cambiar de posición, alimentar y vigilar al paciente.</li> <li>• Ayudar a mantener la ingesta calórica y de líquidos adecuada.</li> </ul>	<p>La masticación y la deglución son los primeros pasos para la digestión y la absorción de los alimentos dirigidos.</p> <p>La deglución se inicia voluntariamente en la boca, pero después queda bajo control involuntario o reflejo, la porción refleja está controlada por el centro de deglución, que está en la medula, la información sensitiva esta detectada por receptores somato sensitivos localizados cerca de la faringe.</p> <p>Esta información sensitiva o aferente es transportada hasta el centro de la deglución medular a través de los nervios vagos y glossofaríngeo, la medula coordina la información sensitiva y dirige las referencias motoras hasta el</p>



		<ul style="list-style-type: none"><li>• Vigilar la hidratación corporal (entradas, salidas, turgencia de la piel y mucosas)</li></ul>	<p>musculo estriado de la faringe y el tercio superior del estómago de modo que pide el reflujo hacia la faringe, una onda peristáltica coordina también por el esófago, impulsando el alimento a lo largo del esófago hasta llegar al estómago.</p> <p>Linda,S. (2011). <i>Fisiología Cuarta Edición</i>.Elsevier, S.I., España,Travesser de Gràcia,17-21 08021 Barcelona(España).</p>
<b>Elaboró:</b> Michelle Morales Barrueta			



## 8.5.2 Evaluación

### Licenciatura en Enfermería

#### Guía didáctica no. 6

#### Planificación de cuidados individualizados

**Diagnóstico de enfermería:** Déficit de autocuidado: alimentación R/C debilidad, dolor, asociado con: alteración en el funcionamiento cognitivo, deterioro musculo esquelético, deterioro neuromuscular M/P, deterioro de la capacidad para ingerir alimentos suficientes, deterioro de la capacidad para llevar comida a la boca, deterioro de la capacidad para masticar la comida.

Resultado esperado	Intervenciones de enfermería	Actividades de enfermería	Ejecución (Informe de las intervenciones realizadas)	Evaluación
Ayudar a al paciente a una mejor ingesta de nutrientes.	Ayuda con el autocuidado: alimentación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar la capacidad de deglutir del paciente.</li> <li>• Identificar la dieta prescrita.</li> <li>• Asegurar la posición adecuada del paciente para facilitar la masticación y la deglución.</li> <li>• Proporcionar ayuda física si es necesario.</li> <li>• Fijar la comida en la bandeja si es necesario, como al cortar la carne o pelar un huevo.</li> <li>• Abrir los alimentos empaquetados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• se coloca al paciente en una posición semi fowler para proporcionar una posición más cómoda en la ingesta de sus alimentos.</li> <li>• Se procede a revisar la dieta prescrita y asegurarse que sea la correcta para el paciente con los nutriólogos.</li> <li>• Se le proporciona ayuda en la ingesta de los alimentos acercándoselos a su boca para que el paciente logre la deglución de estos.</li> </ul>	<p>Al darle posicionamiento adecuado al paciente para la ingesta de sus alimentos se previno que el paciente se bronco aspirara con sus alimentos y de igual forma la vigilancia continua.</p> <p>Controlando la ingesta de líquidos del paciente se logra realizar un correcto balance de líquidos ya que se necesita ver cuántos líquidos ingiere y elimina por medio de la diálisis el paciente</p>



		<ul style="list-style-type: none"><li>• Colocar al paciente en una posición cómoda.</li><li>• Controlar el estado de hidratación del paciente, según corresponda.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se realiza un control de la ingesta de líquidos del paciente.</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Bibliografía</b> Berman, A., Snyder, S. J., Kozier, B., Erb, G. (2008). Aplicación y evaluación. En Fundamentos de enfermería, conceptos, procesos y practicas (235-236). Madrid, España: PEARSON EDUCACIÓN S.A.</li></ul>				





### 8.3.3 Planificación de intervenciones

#### Licenciatura en Enfermería Guía didáctica no. 4

##### Planificación de cuidados estandarizados

- **Resultados**

**Diagnóstico de enfermería:** Deterioro de la eliminación urinaria R/C multicausalidad, deterioro sensitivo- motor M/P retención urinaria

Dominio:	Resultado (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación diana
(02) Salud fisiológica  <b>CLASE:</b> (F)Eliminación.	Función renal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Balance de ingesta y diuresis en 24 horas.</li> <li>• Peso específico de la orina.</li> <li>• Nauseas.</li> <li>• Fatiga.</li> <li>• Turgencia cutánea.</li> <li>• Edema.</li> </ul>	Grave (1) Sustancial (2) Moderada (3) Leve (4) Ninguno (5)  Calificación mínima: 9  Calificación máxima: 20	Mantener a: 9  Aumentar a: 20



### 8.4.3 Ejecución de intervenciones

#### Licenciatura en Enfermería Guía didáctica no. 5

#### Intervenciones de enfermería

<b>Campo:</b> (02) fisiológico:	<b>Intervenciones</b>	<b>Actividades</b>	<b>Bibliografía</b>  <b>(Autor, año, nombre del libro, edición, paginas)</b>
<b>Clase:</b> (G) control de electrolitos y ácido básico.	Monitorización de líquidos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorar el relleno capilar manteniendo la mano del paciente al mismo nivel que su corazón y presionando la uña del dedo medio durante 5 segundos, tras lo que se libera la presión y se mide el tiempo que tarda en recuperarse el color (debería ser menos de 2 segundos).</li> <li>• Monitorizar las entradas y salidas.</li> <li>• Monitorizar la presión arterial, frecuencia cardíaca y estado de la respiración.</li> <li>• Llevar un registro preciso de entradas y salidas.</li> <li>• Observar las mucosas, la turgencia de la piel y la sed.</li> <li>• Administrar líquidos según corresponda.</li> <li>• Realizar diálisis tomando nota de la respuesta del paciente, según corresponda.</li> </ul>	<p>La eliminación de la orina depende de una funcionalidad eficaz de las vías urinarias superiores: riñones y uréteres, y de, las vías urinarias bajas. Vejiga de la orina, uretral y suelo pélvico. Los riñones son los principales reguladores del equilibrio hídrico y ácido-básico en el cuerpo. Las unidades funcionales de los riñones, las nefronas, filtran la sangre y eliminan los residuos del metabolismo, cada nefrona tiene un glomérulo, un penacho de vasos capilares rodeados por una capsula de Bowman.</p> <p>El filtrado glomerular tiene una composición similar a la del plasma, formado por agua, electrolitos, glucosa, aminoácidos y residuos del metabolismo y reabsorbe más aguas del tubo distal y se excreta menos en la orina. Existen gran número de factores que afectan la capacidad del organismo de mantener los equilibrios hídrico, electrolítico y ácido básico como enfermedades, traumatismos, cirugías y fármacos.</p> <p>El exceso de volumen de líquidos aparece cuando el organismo retiene en proporciones similares, agua y</p>



sodio del LEC normal. Esta situación suele conocerse como hipovolemia siempre es secundario a un incremento en el contenido total de sodio del organismo, lo que ocasiona un incremento en el agua corporal total, al exceso de líquido intersticial se conoce como edema. Se le conoce como monitorización de líquidos al registro exacto de la ingestión y excreción de líquidos, ayudan notablemente a valorar el estado del balance hídrico en el paciente, que determinan el balance hídrico positivo o negativo.

Berman, A; kozier,B.,& Erb, G.(2008).Kozier y Erb Fundamentos de enfermería: Conceptos , procesos y practicas(8ª.ed.).Madrid: Pearson Educación.

**Elaboró:** Michelle Morales Barrueta



### 8.5.3 Evaluación

#### Licenciatura en Enfermería

#### Guía didáctica no. 6

#### Planificación de cuidados individualizados

**Diagnóstico de enfermería:** Deterioro de la eliminación urinaria R/C multicausalidad, deterioro sensitivo- motor M/P retención urinaria

Resultado esperado	Intervenciones de enfermería	Actividades de enfermería	Ejecución (Informe de las intervenciones realizadas)	Evaluación
Administración y monitorización de la solución de diálisis peritoneal dentro y fuera de la cavidad peritoneal.	Terapia de diálisis peritoneal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar el procedimiento y propósito de la diálisis peritoneal seleccionada.</li> <li>• Calentar el líquido de la diálisis antes de la instalación.</li> <li>• Valorar la permeabilidad del catéter, observando la dificultad del flujo de entrada / salida.</li> <li>• Llevar un registro de los volúmenes de flujo de entrada/salida y del equilibrio de líquido individual/acumulado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Al inicio del turno se realiza la toma de signos vitales y al mismo tiempo se hace una inspección general de la piel, para localizar cualquier signo anormal en sus incisiones o heridas quirúrgicas.</li> <li>• Se anota en la hoja de enfermería la entrada y salida de líquido, de igual manera se lleva una hoja de control de los balances de la diálisis peritoneal.</li> <li>• Se realiza el cambio de la bolsa de diálisis peritoneal, con las</li> </ul>	<p>Gracias a la correcta técnica de cambio de bolsas de la diálisis peritoneal, nunca presento ningún problema el paciente ya que siempre se realizó respetando las medidas de seguridad y aislamiento, así el paciente pudo eliminar los productos de desecho y líquidos de la sangre mejorando su capacidad vital.</p> <p>De igual manera no presento signos de infección en el sitio de incisión debido a las curaciones diarias en la herida, así se puede llevar un mejor proceso de cicatrización evitando complicaciones durante el proceso de diálisis peritoneal.</p>



			medidas de protección y aislamiento.	
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Bibliografía:</b> Berman, A., Snyder, S. J., Kozier, B., Erb, G. (2008). Aplicación y evaluación. En Fundamentos de enfermería, conceptos, procesos y practicas (235-236). Madrid, España: PEARSON EDUCACIÓN S.A.</li></ul>				



### 8.3.4 Planificación de intervenciones

#### Licenciatura en Enfermería Guía didáctica no. 4

#### Planificación de cuidados estandarizados

- **Resultados**

**Diagnóstico de enfermería:** Diarrea R/C ansiedad, incremento en el nivel de estrés/ asociado con: mala absorción M/P dolor abdominal, eliminación de >3 deposiciones líquidas en 24 horas

<b>Dominio:</b>	<b>Resultado (NOC)</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Puntuación diana</b>
(02) Salud Fisiológica  <b>Clase:</b> (F). Eliminación	Eliminación Intestinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tono esfinteriano</li> <li>• Ruidos intestinales</li> <li>• Diarrea</li> <li>• Dolor con el paso de las heces</li> </ul>	Grave (1) Sustancial (2) Moderada (3) Leve (4) Ninguno (5)  Calificación mínima: 9  Calificación máxima: 15	Mantener a: 9  Aumentar a: 15



### 8.4.4 Ejecución de intervenciones

#### Licenciatura en Enfermería Guía didáctica no. 5

#### Intervenciones de enfermería

<b>Campo:</b> (01) Fisiológico Básico	<b>Intervenciones</b>	<b>Actividades</b>	<b>Bibliografía</b> <b>(Autor, año, nombre del libro, edición, páginas)</b>
<b>Clase:</b> (B). Control de la Evacuación	Manejo de la diarrea	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Determinar la historia de la diarrea.</li> <li>-Registro del color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones.</li> <li>-Evaluar la ingesta registrada para determinar el contenido nutricional.</li> <li>-Identificar los factores que puedan ocasionar o contribuir a la existencia de la diarrea.</li> <li>-Observar la turgencia de la piel con regularidad.</li> <li>-Observar la piel perianal para ver si hay irritación o ulceración.</li> <li>-Ayudar al paciente a practicar técnicas de disminución del estrés.</li> <li>-Notificar al médico cualquier aumento de frecuencia o tono de los sonidos intestinales.</li> </ul>	<p>La diarrea se refiere al paso de las heces líquidas y el aumento de la frecuencia de la defecación. El paso rápido del quimo reduce el tiempo disponible para que se absorban el agua y los electrolitos en el intestino grueso. Algunas personas emiten las heces con mayor frecuencia, pero la diarrea no aparece si las heces no están relativamente son formar y hay exceso de líquido. Para la persona con diarrea es imposible controlar la urgencia para defecar durante mucho tiempo.</p> <p>A menudo la diarrea se asocia a dolores espasmódicos. hay aumento de los ruidos intestinales, si la diarrea es persistente, suele aparecer una irritación en la región anal que se extiende al periné y las nalgas, como consecuencia de la diarrea prolongada, aparece cansancio, debilidad y emaciación.</p> <p>Berman, A; kozier,B.,&amp; Erb, G.(2008).Kozier y Erb Fundamentos de enfermería: Conceptos ,</p>



			procesos y practicas(8 <sup>a</sup> .ed.).Madrid: Pearson Educación.
<b>Elaboró:</b> Michelle Morales Barrueta			





### 8.5.4 Evaluación

#### Licenciatura en Enfermería guía didáctica no. 6

##### Planificación de cuidados individualizados

**Diagnóstico de enfermería:** Diarrea R/C ansiedad, incremento en el nivel de estrés/ asociado con: mala absorción M/P dolor abdominal, eliminación de >3 deposiciones líquidas en 24 horas

Resultado esperado	Intervenciones de enfermería	Actividades de enfermería	Ejecución (Informe de las intervenciones realizadas)	Evaluación
Disminuir la eliminación de heces líquidas y no formadas.	Manejo de la diarrea	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la historia de la diarrea.</li> <li>• Registro del color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones.</li> <li>• Evaluar la ingesta registrada para determinar el contenido nutricional.</li> <li>• Identificar los factores que puedan ocasionar o contribuir a la existencia de la diarrea.</li> <li>• Observar la turgencia de la piel con regularidad.</li> <li>• Observar la piel perianal para ver si hay irritación o ulceración.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realiza la toma de signos vitales y la inspección general del paciente.</li> <li>• Se procede a revisar la dieta prescrita y asegurarse que sea la correcta para el paciente con los nutriólogos.</li> <li>• Se le proporciona ayuda en la ingesta de los alimentos, para que el paciente logre la deglución de estos.</li> <li>• Registro en la hoja de enfermería del control de líquidos.</li> <li>• Se mantiene limpia la zona perianal.</li> </ul>	<p>Fomentando la ingesta de líquidos del paciente, se logró realizar un correcto balance de líquidos, evitando la deshidratación por la diarrea persistente, que siempre presento el paciente.</p> <p>Siempre se mantuvo limpia y seca el área perianal, se le realizaba cambio constante de pañal.</p>



		<ul style="list-style-type: none"><li>• Ayudar al paciente a practicar técnicas de disminución del estrés.</li><li>• Notificar al médico cualquier aumento de frecuencia o tono de los sonidos intestinales</li></ul>		
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>BIBLIOGRAFIA</b> Berman, A., Snyder, S. J., Koziar, B., Erb, G. (2008). Aplicación y evaluación. En Fundamentos de enfermería, conceptos, procesos y practicas (235-236). Madrid, España: PEARSON EDUCACIÓN S.A.</li></ul>				



### 8.3.5 Planificación de intervenciones

#### Licenciatura en Enfermería Guía didáctica no. 4

##### Planificación de cuidados estandarizados

- **Resultados**

**Diagnóstico de enfermería:** Deterioro de la movilidad física R/C disminución en la fortaleza muscular, dolor, rigidez articular, asociado con: alteración en el funcionamiento cognitivo, deterioro neuromuscular, M/P disminución de las actividades motoras físicas, disminución de las actividades motoras gruesas, disnea de esfuerzo.

DOMINIO:	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
(01) Salud Funcional.	Consecuencias de la inmovilidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ulceras por presión</li> <li>• Hipo actividad intestinal</li> <li>• Estadio nutricional</li> <li>• Fuerza muscular</li> <li>• Tono muscular</li> <li>• Capacidad vital</li> </ul>	Grave (1) Sustancial (2) Moderada (3) Leve (4) Ninguno (5)  Calificación mínima: 10  Calificación máxima: 18	Mantener a: 10  Aumentar a: 18



### 8.4.5 Ejecución de intervenciones

#### Licenciatura en Enfermería Guía didáctica no. 5

#### Intervenciones de enfermería

<b>Campo:</b> (01) Fisiológico Básico	<b>Intervenciones</b>	<b>Actividades</b>	<b>Bibliografía</b> <b>(Autor, año, nombre del libro, edición, páginas)</b>
<b>Clase:</b> (C). Control de la movilidad.	Cuidado del paciente encamado	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Colocar al paciente sobre una cama o colchón terapéutico.</li> <li>-Colocar al paciente en una alineación corporal.</li> <li>-Mantener la cama, limpia seca y sin arrugas.</li> <li>-Subir las barandillas según correspondan.</li> <li>-Girar al paciente al menos cada dos horas, de acuerdo con un programa específico.</li> <li>-Vigilar el estado de la piel.</li> <li>-Ayudar con las medidas de higiene.</li> <li>-Ayudar con las actividades de la vida diaria.</li> </ul>	<p>El patrón de actividad-ejercicio se refiere a la rutina de ejercicios, actividad, tiempo libre y actividades recreativas de una persona y abarca tanto las actividades de la vida diaria que requieren un gasto de energía, como higiene personal, vestirse, cocinar, hacer la compra, comer, trabajar y tareas domésticas.</p> <p>La movilidad es la capacidad de moverse libremente con facilidad, con ritmo y con un fin determinado en el entorno, es un componente esencial de la vida, las personas con alteraciones de la movilidad se sienten indefensos y una carga para los demás, también influye en la autoestima y la imagen corporal.</p> <p>Las personas con estas alteraciones hay que animarlas para respirar plenamente, mover músculos abdominales y moverse tanto como</p>



		<p>-Vigilar la aparición de complicaciones del reposo en cama.</p>	<p>sea posible para prevenir los riesgos físicos y psico emocionales de la movilidad.</p> <p>Berman, A; kozier,B.,&amp; Erb, G.(2008).Kozier y Erb Fundamentos de enfermería: Conceptos , procesos y practicas(8ª.ed.).Madrid: Pearson Educación.</p>
<p><b>Elaboró:</b> Michelle Morales Barrueta</p>			



### 8.5.5 Evaluación

#### Licenciatura en Enfermería

#### Guía didáctica no. 6

#### Planificación de cuidados individualizados

**Diagnóstico de enfermería:** Deterioro de la movilidad física R/C disminución en la fortaleza muscular, dolor, rigidez articular, asociado con: alteración en el funcionamiento cognitivo, deterioro neuromuscular, M/P disminución de las actividades motoras físicas, disminución de las actividades motoras gruesas, disnea de esfuerzo.

Resultado esperado	Intervenciones de enfermería	Actividades de enfermería	Ejecución  (Informe de las intervenciones realizadas)	Evaluación
Mejorar el movimiento independiente intencionado del cuerpo y alentar al paciente a realizar actividades de autocuidado.	Cuidado del paciente encamado	<ul style="list-style-type: none"> <li>Colocar al paciente sobre una cama o colchón terapéutico.</li> <li>Colocar al paciente en una alineación corporal.</li> <li>Mantener la cama, limpia seca y sin arrugas.</li> <li>Subir las barandillas según correspondan.</li> <li>Girar al paciente al menos cada dos horas, de acuerdo con un programa específico.</li> <li>Vigilar el estado de la piel.</li> <li>Ayudar con las medidas de higiene.</li> <li>Ayudar con las actividades de la vida diaria.</li> </ul>	<p>-Se realiza cambios de posición cada 2 horas, para evitar úlceras por presión, signos vitales por turno.</p> <p>-Durante el baño de esponja y cambios de sabana, se inspecciona la integridad de la piel, procurando siempre evitar arrugas en las sábanas y tener seca y limpia la integridad de la piel, sobre todo en el área perianal.</p> <p>Se realiza masajes terapéuticos que mejoren la</p>	<p>Se mejoró la fuerza en las extremidades del paciente, gracias a la realización de los masajes terapéuticos, así como la prevención de úlceras por presión ya que se realizaban los cambios de posición cada dos horas.</p> <p>De igual manera siempre fue asistido para los autocuidados, brindándole un mejor confort al paciente.</p>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar la aparición de complicaciones del reposo en cama.</li> </ul>	<p>circulación de las extremidades, así como el tono muscular.</p> <p>-Barandales elevados durante los 3 turnos.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Bibliografía:</b> Berman, A., Snyder, S. J., Kozier, B., Erb, G. (2008). Aplicación y evaluación. En Fundamentos de enfermería, conceptos, procesos y practicas (235-236). Madrid, España: PEARSON EDUCACIÓN S.A.</li> </ul>				



### 8.3.6 Planificación de intervenciones

#### Licenciatura en Enfermería Guía didáctica no. 4

##### Planificación de cuidados estandarizados

- **Resultados**

**Diagnóstico de enfermería:** Patrón respiratorio ineficaz R/C Dolor, asociado con: deterioro musculo esquelético, deterioro neurológico, Deterioro neuromuscular M/P disminución de la capacidad vital, disnea, patrón respiratorio anormal, uso de los músculos accesorios para respirar.

<b>Dominio:</b>	<b>Resultado (NOC)</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Puntuación diana</b>
(02) Salud fisiológica  <b>Clase:</b> (E). Cardiopulmonar	Estado respiratorio: Ventilación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ritmo respiratorio</li> <li>• Profundidad de la respiración</li> <li>• Capacidad vital</li> <li>• Utilización de los músculos accesorios</li> <li>• Disnea de reposo</li> </ul>	Grave (1) Sustancial (2) Moderada (3) Leve (4) Ninguno (5)  Calificación mínima: 9  Calificación máxima: 17	Mantener a: 9  Aumentar a: 17





### 8.4.6 Ejecución de intervenciones

#### Licenciatura en Enfermería Guía didáctica no. 5

#### Intervenciones de enfermería

<b>Campo:</b> (02) Fisiológico Completo	<b>Intervenciones</b>	<b>Actividades</b>	<b>Bibliografía</b>  (Autor, año, nombre del libro, edición, paginas)
<b>Clase:</b> (K). Control respiratorio	Oxigenoterapia	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mantener permeabilidad de las vías áreas.</li> <li>-Administrar oxígeno suplementario según corresponda.</li> <li>-Vigilar el flujo de los litros de oxígeno.</li> <li>-Controlar la eficacia de la oxigenoterapia.</li> <li>-Comprobar la capacidad del paciente para tolerar la suspensión de la administración de oxígeno cuando come.</li> <li>-Observar la ansiedad del paciente relacionado con la necesidad de la oxigenoterapia.</li> <li>-Observar si hay signos de toxicidad por el oxígeno.</li> </ul>	<p>La oxigenoterapia es la administración de oxígeno con fines terapéuticos. Los pacientes que tienen problemas para ventilar todas las áreas de sus pulmones, alteraciones del intercambio gaseoso o insuficiencia cardíaca se benefician de la oxigenoterapia para prevenir la hipoxia, el médico prescribe la oxigenoterapia especificando la concentración, el método de administración y dependiendo del mismo, el flujo de litro por minutos.</p> <p>Hay varios sistemas de administración de oxígeno y la elección de uno de ellos depende la necesidad de oxígeno del paciente, de su nivel de comodidad y de su desarrollo, en muchos sistemas el oxígeno administrado de mezcla con el aire del ambiente antes de ser inspirado.</p> <p>Berman, A; kozier,B.,&amp; Erb, G.(2008).Kozier y Erb Fundamentos de enfermería: Conceptos , procesos y practicas(8ª.ed.).Madrid: Pearson Educación.</p>



**Elaboró:** Michelle Morales Barraeta



### 8.5.6 Evaluación

#### Licenciatura en Enfermería

#### Guía didáctica no. 6

#### Planificación de cuidados individualizados

**Diagnóstico de enfermería:** Patrón respiratorio ineficaz R/C Dolor, asociado con: deterioro musculo esquelético, deterioro neurológico, Deterioro neuromuscular M/P disminución de la capacidad vital, disnea, patrón respiratorio anormal, uso de los músculos accesorios para respirar.

Resultado esperado	Intervenciones de enfermería	Actividades de enfermería	Ejecución  (Informe de las intervenciones realizadas)	Evaluación
Brindar una ventilación adecuada, así disminuir el dolor y disnea del paciente.	Oxigenoterapia	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mantener permeabilidad de las vías áreas.</li> <li>-Administrar oxígeno suplementario según corresponda.</li> <li>-Vigilar el flujo de los litros de oxígeno.</li> <li>-Controlar la eficacia de la oxigenoterapia.</li> <li>-Comprobar la capacidad del paciente para tolerar la suspensión de la administración de oxígeno cuando come.</li> <li>-Observar la ansiedad del paciente relacionado con la necesidad de la oxigenoterapia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Toma de signos vitales, auscultación de ambos campos pulmonares y oximetría.</li> <li>-Posicionar al paciente en semi flower cuando se requiera, para una mejor ventilación.</li> <li>-Proporcionar oxigenoterapia, cada vez que el paciente lo requiera.</li> <li>-Disposición en todo momento de un dispositivo</li> </ul>	<p>Gracias a la monitorización continua de la saturación de oxígeno, se logró el objetivo de mantener la vida área permeable, proporcionando oxígeno cada vez que el paciente lo requiera y así disminuir el dolor y el esfuerzo de los músculos respiratorios.</p> <p>Igual se posicionaba al paciente en semi flower para que tuviera una mejor ventilación, cuando</p>



		-Observar si hay signos de toxicidad por el oxígeno	estéril de aporte de oxígeno.	no tenía ningún dispositivo de ayuda para la oxigenación.
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Bibliografía</b> Berman, A., Snyder, S. J., Kozier, B., Erb, G. (2008). Aplicación y evaluación. En Fundamentos de enfermería, conceptos, procesos y practicas (235-236). Madrid, España: PEARSON EDUCACIÓN S.A.</li></ul>				



### 8.3.7 Planificación de intervenciones

#### Licenciatura en Enfermería Guía didáctica no. 4

##### Planificación de cuidados estandarizados

- **Resultados**

**Diagnóstico de enfermería:** Patrón del sueño alterado R/C barreras ambientales, asociado con: inmovilización M/P dificultad para iniciar el sueño, dificultad para permanecer dormido, insatisfacción con el sueño.

<b>Dominio:</b>	<b>Resultado (NOC)</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Puntuación diana</b>
(01) Salud Funcional  <b>Clase:</b> (A). Mantenimiento de la energía	Sueño	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patrón del sueño.</li> <li>• Dolor.</li> <li>• Calidad del sueño.</li> <li>• Temperatura de la habitación.</li> <li>• Sueño interrumpido.</li> <li>• Dificultad para conciliar el sueño.</li> </ul>	Grave (1) Sustancial (2) Moderada (3) Leve (4) Ninguno (5)  Calificación mínima: 8  Calificación máxima: 15	Mantener a: 8  Aumentar a: 15



### 8.4.7 Ejecución de intervenciones

#### Licenciatura en Enfermería Guía didáctica no. 5

#### Intervenciones de enfermería

Campo: (01)	Intervenciones	Actividades	Bibliografía (Autor, año, nombre del libro, edición, páginas)
Clase: (B).	Manejo del dolor: Agudo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan.</li> <li>- Monitorizar el dolor mediante la escala de Eva</li> <li>- Administrar analgésicos</li> <li>- Incorporar las intervenciones no farmacológicas a la etiología del dolor</li> <li>- Notificar al médico si las medidas de control del dolor no tienen éxito.</li> </ul>	<p>El dolor es una experiencia desagradable y muy personal que puede ser imperceptible para los demás, a la vez que consume todos los componentes vitales de una persona, el dolor intenso o persistente afecta a todos los sistemas corporales, provocando problemas de salud potencialmente graves a la vez que aumenta el riesgo de complicaciones, retrasa la curación y acelera el proceso de dolencias mortales.</p> <p>El dolor se puede describir en términos de la localización, duración, intensidad y etiología, es útil distinguir entre el umbral del dolor y la tolerancia del dolor, el umbral del dolor es la mínima cantidad de estímulo necesaria para que una persona etiquete una sensación como dolor. La tolerancia al dolor es la cantidad máxima de estímulo doloroso que una persona está dispuesta a soportar sin intentar evitarlo o aliviarlo.</p>



			Berman, A; kozier,B.,& Erb, G.(2008).Kozier y Erb Fundamentos de enfermería: Conceptos , procesos y practicas(8ª.ed.).Madrid: Pearson Educación.
<b>Elaboró:</b> Michelle Morales Barrueta			



### 8.5.7 Evaluación

#### Licenciatura en Enfermería

#### Guía didáctica no. 6

#### Planificación de cuidados individualizados

**Diagnóstico de enfermería:** Patrón del sueño alterado R/C barreras ambientales, asociado con: inmovilización M/P dificultad para iniciar el sueño, dificultad para permanecer dormido, insatisfacción con el sueño.

Resultado esperado	Intervenciones de enfermería	Actividades de enfermería	Ejecución (Informe de las intervenciones realizadas)	Evaluación
Mejorar la calidad del sueño del paciente eliminando los factores que producen la alteración de dicho patrón.	Manejo del dolor: Agudo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan.</li> <li>Monitorizar el dolor mediante la escala de Eva</li> <li>Administrar analgésicos</li> <li>Incorporar las intervenciones no farmacológicas a la etiología del dolor</li> <li>Notificar al médico si las medidas de control del dolor no tienen éxito.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medición de signos vitales, escala de dolor de Eva cada 2 horas.</li> <li>Administración de analgésicos cuando el paciente refiere dolor.</li> <li>Se realizaba el cambio de bolsa de diálisis peritoneal al 1.5 %</li> <li>Administración de oxigenoterapia, cuando el paciente de saturaba.</li> </ul>	<p>Se observó una mejoría en el patrón del sueño, al administrar el analgésico de manera oportuna, ya que el paciente refería que el dolor no lo dejaba conciliar el sueño.</p> <p>De igual manera en el control de la diálisis peritoneal se trató de mantener un balance negativo para evitar que el paciente retuviera líquidos en cavidad y esta le privara el sueño.</p>





- **Bibliografía:** Berman, A., Snyder, S. J., Kozier, B., Erb, G. (2008). Aplicación y evaluación. En Fundamentos de enfermería, conceptos, procesos y practicas (235-236). Madrid, España: PEARSON EDUCACIÓN S.A.



### 8.3.8 Planificación de intervenciones

#### Licenciatura en Enfermería Guía didáctica no. 4

##### Planificación de cuidados estandarizados

###### • Resultados

**Diagnóstico de enfermería:** Cansancio del rol del cuidador R/C Receptor del cuidado: dependencia, incremento de las necesidades del cuidado, inestabilidad de la salud del receptor de los cuidados, trayectoria impredecible de la enfermedad. Del cuidador: condición física, el desarrollo del cuidador no es suficiente para desempeñar su rol, inexperiencia en la provisión de los cuidados. Relaciones cuidador- receptor de los cuidados: codependencia. Actividades de cuidado: asistencia insuficiente, duración extendida de la prestación del cuidado, insuficiente descanso para el cuidador. Asociado con: del receptor del cuidado; alteración en el funcionamiento cognitivo, enfermedad crónica, gravedad de la enfermedad, M/P actividades de cuidado: a presión por la salud futura del receptor de los cuidados, dificultad para completar las tareas requeridas, dificultad para llevar a cabo las tareas requeridas. Estado de salud del cuidador fisiológico; fatiga. Estado de salud del cuidador: emocional; depresión, estrategia de, afrontamientos ineficaces, impaciencia. Relaciones cuidador- receptor de los cuidados; dificultad al ver cómo afecta la enfermedad al receptor de los cuidados.

Dominio:	Resultado (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación diana
(06) Salud Familiar  <b>Clase:</b> (W). Desempeño del cuidador Familiar	Alteración del estilo de vida del cuidador principal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno de la rutina</li> <li>• Trastorno de la dinámica familiar</li> <li>• Trastorno del entorno vital</li> <li>• Cargas económicas a causa del papel del cuidador</li> <li>• Sueño</li> </ul>	Grave (1) Sustancial (2) Moderada (3) Leve (4) Ninguno (5) Calificación mínima: 5 Calificación máxima: 12	Mantener a: 5  Aumentar a: 12



### 8.4.8 Ejecución de intervenciones

#### Licenciatura en Enfermería Guía didáctica no. 5

#### Intervenciones de enfermería

<b>Campo:</b> (05) Familia	<b>Intervenciones</b>	<b>Actividades</b>	<b>Bibliografía</b> <b>(Autor, año, nombre del libro, edición, páginas)</b>
<b>Clase:</b> (X). Cuidados durante la vida	Apoyo al cuidador principal	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Determinar el nivel de conocimiento del cuidador.</li> <li>- Aceptar las expresiones de emoción negativa.</li> <li>-Admitir las dificultades del rol del cuidador principal.</li> <li>-Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal.</li> <li>-Enseñar al cuidador técnicas de manejo de estrés.</li> <li>-Animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente.</li> <li>-Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo.</li> </ul>	<p>La práctica del cuidado conlleva conexión, reconocimiento mutuo y participación. La capacidad de proporcionar atención enfocada en los pacientes significa dejar atrás el yo egocéntrico, el cuidado es un proceso que se desarrolla con el tiempo y conduce a profundización y transformación de la relación, el cuidador no impone dirección, pero permite que la dirección del crecimiento de la otra persona ayude a determinar la forma de la respuesta.</p> <p>La relación paciente-cuidador es interactivo ya que las fuerzas y las capacidades de la persona cuidada son tan importantes como las capacidades del cuidador, se necesita una cierta cantidad de franqueza y capacidad para</p>



			<p>responder a los cuidados por parte del paciente.</p> <p>El rol del cuidador es aquella persona que se encuentra cuidando de manera informal, a su familiar sin recibir numeración o compensación económica. Nos supone un gran esfuerzo tanto vital como emocional, adquirir este rol como cuidadores puede tener repercusiones en uno mismo si no es gestionado de la manera adecuado. Los cuidadores pueden experimentar: agotamiento, amor, ansiedad, culpa, dolor, frustración, ira, tristeza.</p> <p>Berman, A; kozier,B.,&amp; Erb, G.(2008).Kozier y Erb Fundamentos de enfermería: Conceptos , procesos y practicas(8ª.ed.).Madrid: Pearson Educación.</p>
--	--	--	---

**Elaboró:** Michelle Morales Barrueta



### 8.5.8 Evaluación

#### Licenciatura en Enfermería

#### Guía didáctica no. 6

#### Planificación de cuidados individualizados

**Diagnóstico de enfermería:** Cansancio del rol del cuidador R/C Receptor del cuidado: dependencia, incremento de las necesidades del cuidado, inestabilidad de la salud del receptor de los cuidados, trayectoria impredecible de la enfermedad. Del cuidador: condición física, el desarrollo del cuidador no es suficiente para desempeñar su rol, inexperiencia en la provisión de los cuidados. Relaciones cuidador- receptor de los cuidados: codependencia. Actividades de cuidado: asistencia insuficiente, duración extendida de la prestación del cuidado, insuficiente descanso para el cuidador. Asociado con: del receptor del cuidado; alteración en el funcionamiento cognitivo, enfermedad crónica, gravedad de la enfermedad, M/P actividades de cuidado: a presión por la salud futura del receptor de los cuidados, dificultad para completar las tareas requeridas, dificultad para llevar a cabo las tareas requeridas. Estado de salud del cuidador fisiológico; fatiga. Estado de salud del cuidador: emocional; depresión, estrategia de, afrontamientos ineficaces, impaciencia. Relaciones cuidador-receptor de los cuidados; dificultad al ver cómo afecta la enfermedad al receptor de los cuidados.

Resultado esperado	Intervenciones de enfermería	Actividades de enfermería	Ejecución (Informe de las intervenciones realizadas)	Evaluación
Ayudar al cuidador principal a cumplir las responsabilidades de cuidador y el manejo de factores estresantes.	Apoyo al cuidador principal	-Determinar el nivel de conocimiento del cuidador. - Aceptar las expresiones de emoción negativa. -Admitir las dificultades del rol del cuidador principal.	- Comunicación afectiva Enfermera-Cuidador, donde se animó al familiar a expresar sus inquietudes y sentimientos, que ha presentado durante su estancia en el hospital. -Asistir al cuidador, en los autocuidados del paciente.	En todo momento se le brindó apoyo al cuidador, se le asistió las veces que ella lo solicitó, de igual manera se respondieron todas sus inquietudes y dudas consultadas, creando un entorno de seguridad y confianza, tanto para el



		<p>-Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal.</p> <p>-Enseñar al cuidador técnicas de manejo de estrés.</p> <p>-Animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente.</p> <p>-Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo.</p>	<p>- Se le enseñaron técnicas de relajación al cuidador principal, para el manejo del estrés y ansiedad.</p>	<p>paciente como para el cuidador.</p>
<p>• <b>Bibliografía:</b> Berman, A., Snyder, S. J., Koziar, B., Erb, G. (2008). Aplicación y evaluación. En Fundamentos de enfermería, conceptos, procesos y practicas (235-236). Madrid, España: PEARSON EDUCACIÓN S.A.</p>				



### 8.3.9 Planificación de intervenciones

#### Licenciatura en Enfermería Guía didáctica no. 4

##### Planificación de cuidados estandarizados

##### • Resultados

**Diagnóstico de enfermería:** Ansiedad R/C estresores M/P conductuales: insomnio, movimientos extraños, poco contacto visual. Afectivas; angustia, irritabilidad, sufrimiento, temor. Simpáticas; alteración en el patrón respiratorio, debilidad, diarrea, rubor facial. Parasimpáticos; alteraciones en el patrón del sueño, diarrea, dificultad para iniciar la micción, dolor abdominal, náusea. Cognitivas; confusión.

Dominio:	Resultado (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación diana
(03) Dominio psicosocial	Nivel de ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inquietud</li> <li>• Dolor</li> <li>• Trastorno del sueño</li> <li>• Ansiedad</li> <li>• Aumento de la frecuencia respiratoria</li> <li>• Nerviosismo</li> <li>• Dificultad para relajarse</li> </ul>	Grave (1) Sustancial (2) Moderada (3) Leve (4) Ninguno (5)  Calificación mínima: 10  Calificación máxima: 18	Mantener a: 10  Aumentar a: 18



### 8.4.9 Ejecución de intervenciones

#### Licenciatura en Enfermería Guía didáctica no. 5

#### Intervenciones de enfermería

<b>Campo:</b> (03) Conductual	<b>Intervenciones</b>	<b>Actividades</b>	<b>Bibliografía</b> <b>(Autor, año, nombre del libro, edición, páginas)</b>
<b>Clase:</b> (R). Ayuda al afrontamiento	Control del estado de animo	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Evaluar el estado de ánimo, inicialmente y con regularidad a medida que progresa el tratamiento.</li> <li>-Poner en práctica las precauciones necesarias para salvaguardar al paciente y a los que los rodean de daño físico.</li> <li>-Ayudar con el autocuidado.</li> <li>-Vigilar el estado físico del paciente.</li> <li>-Controlar y regular el nivel de actividad y estimulación del ambiente de acuerdo a las necesidades del paciente.</li> <li>-Utilizar un lenguaje sencillo, concreto y exacto durante el contacto con el paciente.</li> </ul>	<p>La emoción es el estado funcional interno que implica reacciones fisiológicas, conducta expresiva, pensamientos y sentimientos. La motivación se refiere a la energía basada en función de propósitos y necesidades, capaz de mover al individuo para adoptar y mantener conductas y actitudes que lleven intrínseca (autoestima, logro, bienestar) y extrínseca a la satisfacción de sus necesidades.</p> <p>La ansiedad es un estado de inquietud mental, aprehensión, miedo o presentimiento o sentimiento o sentimiento de indefensión en relación con una amenaza no identificada inminente o anticipada para el o una persona importante. Se puede experimentar al nivel consciente, subconsciente o inconsciente.</p>





			<p>El estrés es una respuesta fisiológica que se desencadena en tres fases; 1 de alarma, ante el estímulo aparece el estado de 2 alerta, de resistencia o de adaptación, en la que las reacciones se mantienen con menor intensidad y 3 de agotamiento o incapacidad a la adaptación. Manifestaciones clínicas del estrés:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Las pupilas se dilatan.</li><li>- Diaforesis.</li><li>- Aumento de la frecuencia cardiaca y el gasto cardiaco.</li><li>- Piel pálida.</li><li>- Aumento de la frecuencia y profundidad de la respiración.</li><li>- La boca puede estar seca.</li><li>- Aumento de la tensión muscular.</li><li>- Aumento de la glucosa sanguínea.</li></ul> <p>Susana Rosales Barrera, Eva Reyes Gómez. 2004. Atención del paciente que requiere hospitalización. Fundamentos de Enfermería (3 ro., 265-264) México, D.F.: Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.</p>
<b>Elaboró:</b> Michelle Morales Barrueta			



### 8.5.9 Evaluación

#### Licenciatura en Enfermería

#### Guía didáctica no. 6

#### Planificación de cuidados individualizados

**Diagnóstico de enfermería:** Ansiedad R/C estresores M/P conductuales: insomnio, movimientos extraños, poco contacto visual. Afectivas; angustia, irritabilidad, sufrimiento, temor. Simpáticas; alteración en el patrón respiratorio, debilidad, diarrea, rubor facial. Parasimpáticos; alteraciones en el patrón del sueño, diarrea, dificultad para iniciar la micción, dolor abdominal, náusea. Cognitivas; confusión.

Resultado esperado	Intervenciones de enfermería	Actividades de enfermería	Ejecución (Informe de las intervenciones realizadas)	Evaluación
Disminuir la sensación vaga e intranquilizadora de malestar acompañada de una respuesta autónoma causado por la anticipación de un peligro.	Control del estado de ánimo	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Evaluar el estado de ánimo, inicialmente y con regularidad a medida que progresa el tratamiento.</li> <li>-Poner en práctica las precauciones necesarias para salvaguardar al paciente y a los que los rodean de daño físico.</li> <li>-Ayudar con el autocuidado.</li> <li>-Vigilar el estado físico del paciente.</li> <li>-Controlar y regular el nivel de actividad y estimulación del</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se evalúa el estado de ánimo del paciente con el instrumento de Marjory Gordon.</li> <li>-Se mantiene siempre una comunicación efectiva Enfermera-Paciente.</li> <li>- Se asiste al paciente para sus cuidados personales, como alimentación, baño de esponja, cambio de sábanas, pañales y cambios de posición cada 2 horas, para brindar un mejor confort.</li> </ul>	<p>Se logró brindarle al paciente un ambiente de seguridad y confort durante su estancia.</p> <p>Mediante las técnicas enseñadas al paciente se disminuyó algunos episodios de estrés cuando lo refería, ya que paciente no se encontraba orientado en tiempo y espacio en todo momento, de igual manera se le administraba analgésico cuando se encontraba</p>



		<p>ambiente de acuerdo a las necesidades del paciente.</p> <p>-Utilizar un lenguaje sencillo, concreto y exacto durante el contacto con el paciente</p>	<p>- Se le anima al paciente para que exprese las situaciones estresantes, durante su estancia, así como se le enseñan técnicas de relajación.</p>	<p>inquieto por presentar dolor.</p>
<p>• <b>Bibliografía:</b> Berman, A., Snyder, S. J., Kozier, B., Erb, G. (2008). Aplicación y evaluación. En Fundamentos de enfermería, conceptos, procesos y practicas (235-236). Madrid, España: PEARSON EDUCACIÓN S.A.</p>				



### 8.3.10 Planificación de intervenciones

#### Licenciatura en Enfermería Guía didáctica no. 4

#### Planificación de cuidados estandarizados

- **Resultados**

**Diagnóstico de enfermería:** Riesgo de infección R/C alteración en la integridad cutánea, retención de líquidos corporales, condición asociada con: enfermedad crónica, procedimiento invasivo.

Dominio:	Resultado (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación diana
(02) Salud Fisiológica	Integridad tisular: piel y membranas mucosas	-Integridad de la piel	Grave (1)	Mantener a: 15  Aumentar a: 21
<b>Clase:</b> (I). Integridad Tisular		-Pigmentación anormal	Sustancial (2)	
		-Tejido cicatricial	Moderada (3)	
		-Perfusión tisular	Leve (4)	
		-Eritema	Ninguno (5)	
		-Palidez		
			Calificación mínima: 15	
			Calificación máxima:21	



### 8.4.10 Ejecución de intervenciones

## Licenciatura en Enfermería Guía didáctica no. 5

### Intervenciones de enfermería

<b>Campo:</b> (02) Fisiológico: complejo	<b>Intervenciones</b>	<b>Actividades</b>	<b>Bibliografía</b> <b>(Autor, año, nombre del libro, edición, páginas)</b>
<b>Clase:</b> (I). Control de la piel /heridas	Cuidados del sitio de incisión.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.</li> <li>- Observar las características de cualquier drenaje.</li> <li>- Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión.</li> <li>- Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada.</li> <li>- Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión.</li> <li>- Instruir al paciente sobre la forma de cuidar la incisión durante el baño.</li> <li>- Enseñar al paciente y/o familia a cuidar la incisión, incluidos los signos y síntomas de infección.</li> </ul>	<p>La curación es una cualidad del tejido vivo, también se denomina regeneración de los tejidos, las fases son las mismas en todas las heridas, pero la velocidad de la curación depende de factores como el tipo de curación, la localización y lugar de la herida y salud del paciente.</p> <p>Existen dos tipos de curación , la curación de primera intención , ocurre cuando las superficies se han aproximado y no hay ninguna pérdida de tejido o es mínima, se caracteriza por la formación de mínimo tejido de granulación y cicatrización, cuando una herida es extensa y conlleva a una pérdida considerable de tejido y cuyo borde no pueden o no debe aproximarse, se cura por curación de herida mediante segunda intención, las heridas que se dejan abiertas 3 a 5 días para que el edema o la infección se resuelvan o el exudado drene y que se cierre después , es curación por tercera intención.</p>



			<p>La curación tiene como finalidad prevenir una infección, la infección es una invasión del tejido corporal por microorganismos y su crecimiento en él.</p> <p>Berman, A; kozier,B.,&amp; Erb, G.(2008).Kozier y Erb Fundamentos de enfermería: Conceptos , procesos y practicas(8ª.ed.).Madrid: Pearson Educación.</p>
--	--	--	--

**Elaboró:** Michelle Morales Barrueta



### 8.5.10 Evaluación

#### Licenciatura en Enfermería

#### Guía didáctica no. 6

#### Planificación de cuidados individualizados

**Diagnóstico de enfermería:** Riesgo de infección R/C alteración en la integridad cutánea. retención de líquidos corporales, condición asociada con: enfermedad crónica, procedimiento invasivo.

Resultado esperado	Intervenciones de enfermería	Actividades de enfermería	Ejecución (Informe de las intervenciones realizadas)	Evaluación
Disminuir el riesgo de invasión o multiplicación de organismos patógenos en el sitio de incisión.	Cuidados del sitio de incisión.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.</li> <li>- Observar las características de cualquier drenaje.</li> <li>- Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión.</li> <li>- Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada.</li> <li>- Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión.</li> </ul>	<p>-Al inicio del turno se realiza la toma de signos vitales y al mismo tiempo se hace una inspección general de la piel, para localizar cualquier signo anormal en sus incisiones o heridas quirúrgicas.</p> <p>-Se le da posición al paciente para favorecer el drenado de la diálisis.</p> <p>-Se realiza la curación de heridas de manera aséptica con las medidas de aislamiento adecuadas, así como en los sitios de heridas quirúrgicas (diálisis, hemodiálisis y CVC).</p>	La herida quirúrgica del paciente no presento signos o síntomas de infección, ya que se le realizaba diario su curación de herida con las medidas de aislamiento, facilitando así un mejor proceso de cicatrización y que esta no interfiriera en el tratamiento de diálisis peritoneal, para evitar complicaciones como por ejemplo peritonitis.



		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instruir al paciente sobre la forma de cuidar la incisión durante el baño.</li> <li>- Enseñar al paciente y/o familia a cuidar la incisión, incluidos los signos y síntomas de infección.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se anota en la hoja de enfermería las características de la herida quirúrgica o de cualquier drenaje.</li> <li>- Se realiza el cambio de la bolsa de diálisis peritoneal, con las medidas de protección y aislamiento.</li> <li>-Lavado de manos y sus 5 momentos antes de realizar la curación de herida.</li> </ul>	
--	--	---	---	--

- **Bibliografía:** Berman, A., Snyder, S. J., Kozier, B., Erb, G. (2008). Aplicación y evaluación. En Fundamentos de enfermería, conceptos, procesos y practicas (235-236). Madrid, España: PEARSON EDUCACIÓN S.A.





### 8.3.11 Planificación de intervenciones

#### Licenciatura en Enfermería Guía didáctica no. 4

##### Planificación de cuidados estandarizados

- **Resultados**

**Diagnóstico de enfermería:** Deterioro de la integridad cutánea R/C hidratación, humedad, presión sobre las prominencias óseas, internos: alteración en el volumen de líquidos, asociado con: alteración en la turgencia de la piel M/P alteración de la integridad cutánea, cuerpo extraño penetrante en la piel, dolor agudo, sangrado, rubicundez.

<b>Dominio:</b>	<b>Resultado (NOC)</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Puntuación diana</b>
(02) Salud Fisiológica	Curación de la herida por primera intención	-Aproximación cutánea -Supuración purulenta -Secreción serosa de la herida -Eritema circundante cutáneo -Edema -Olor de la herida	Extenso (1) Sustancial (2) Moderada (3) Escaso (4) Ninguno (5)  Calificación mínima: 12  Calificación máxima: 20	Mantener a: 12  Aumentar a: 20
<b>Clase:</b> (I). Integridad Tisular				



### 8.4.11 Ejecución de intervenciones

## Licenciatura en Enfermería Guía didáctica no. 5

### Intervenciones de enfermería

<b>Campo:</b> (02) Fisiológico: complejo	<b>Intervenciones</b>	<b>Actividades</b>	<b>Bibliografía</b> <b>(Autor, año, nombre del libro, edición, paginas)</b>
<b>Clase:</b> (I). Control de la piel/heridas	Vigilancia de la piel	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje.</li> <li>-Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de la integridad cutánea.</li> <li>-Observar si hay zonas de presión y fricción.</li> <li>-Documentar los cambios en la piel y las mucosas.</li> <li>- Cambios de posición cada 2 horas.</li> </ul>	<p>La piel es el órgano más extenso del cuerpo y desempeña numerosas funciones importantes en el mantenimiento de la salud y la protección frente a lesiones, una de las funciones más importante del personal sanitario es mantener la integridad de la piel y estimular la curación de heridas.</p> <p>El deterioro de la integridad cutánea no es un problema frecuente en la mayoría de las personas sanas, pero es una amenaza para los ancianos, así como para los pacientes que tienen restringida su movilidad, los enfermos crónicos o los que presentan traumatismos.</p> <p>Para proteger la piel y tratar las heridas de forma eficaz, el profesional de enfermería tiene que conocer los factores que afectan a la integridad cutánea, la fisiología de la curación de las heridas y las medidas específicas para estimular las condiciones óptimas de la piel.</p>



			Berman, A; kozier,B.,& Erb, G.(2008).Kozier y Erb Fundamentos de enfermería: Conceptos , procesos y practicas(8ª.ed.).Madrid: Pearson Educación.
--	--	--	--

**Elaboró:** Michelle Morales Barrueta



### 8.5.11 Evaluación

## Licenciatura en Enfermería

### Guía didáctica no. 6

#### Planificación de cuidados individualizados

**Diagnóstico de enfermería:** Deterioro de la integridad cutánea R/C hidratación, humedad, presión sobre las prominencias óseas, internos: alteración en el volumen de líquidos, asociado con: alteración en la turgencia de la piel M/P alteración de la integridad cutánea, cuerpo extraño penetrante en la piel, dolor agudo, sangrado, rubicundez.

Resultado esperado	Intervenciones de enfermería	Actividades de enfermería	Ejecución (Informe de las intervenciones realizadas)	Evaluación
Mejorar la integridad la piel, para evitar úlceras o infecciones, que puedan agravar la salud del paciente.	Vigilancia de la piel	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje.</li> <li>-Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de la integridad cutánea.</li> <li>-Observar si hay zonas de presión y fricción.</li> <li>-Documentar los cambios en la piel y las mucosas.</li> <li>- Cambios de posición cada 2 horas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Al inicio del turno se realiza la se hace una exploración segmentariamente al paciente para localizar cualquier signo anormal en sus incisiones o de la integridad de la piel en general.</li> <li>-Se le da posición al paciente cada 2 horas.</li> <li>-Se realiza la curación de heridas de manera aséptica con las medidas de aislamiento adecuadas, así como en los sitios de heridas</li> </ul>	<p>Se observó que, gracias a los cuidados generales de enfermería, como cambios de posiciones, baño de esponja, cambios de sanabas e inspección de la integridad de la piel, se evitó que el paciente presentara úlceras por presión o signos de infección en el sitio de incisión.</p> <p>De igual manera siempre se mantuvo un ambiente de confort.</p>



			<p>quirúrgicas (diálisis, hemodiálisis y CVC).</p> <p>-Se realiza valoración de la integridad cutánea por turno con la escala de Braden.</p> <p>-Se asiste al paciente para sus cuidados personales, baño de esponja, cambio de sabanas, pañal.</p>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Bibliografía:</b> Berman, A., Snyder, S. J., Kozier, B., Erb, G. (2008). Aplicación y evaluación. En Fundamentos de enfermería, conceptos, procesos y practicas (235-236). Madrid, España: PEARSON EDUCACIÓN S.A.</li></ul>				



## IX. PLAN DE ALTA

### Datos de identificación

Nombre del paciente: C.V.J.D.C. Edad: 14 años. Sexo: Masculino. Fecha de ingreso al hospital: 26/09/19. Fecha de ingreso al servicio: 22/10/19. Servicio: medicina interna. Días de hospitalización: 32 días.

### Alimentación

Dieta hipercalórica, blanda, oral, de fácil nutrición,

La dieta hiper calórica es una dieta alta en calorías que permite aumentar de peso al paciente, mejorar la calidad y la cantidad de lo que consume. Las calorías deben aumentarse a expensas del aumento de los hidratos de carbono por su fácil digestión, y en menor medida de las grasas, ya que estas producen mayor saciedad y se debe tener en cuenta la saciedad o grado de apetito de la persona. Deben quedar cubiertas las necesidades proteicas, se deben considerar el consumo de alimentos que provean vitaminas sobre todo del complejo B y en caso necesario suplementar con vitaminas.

Grupo de alimentos	Alimentos
Lácteos y derivados	Lácteos preferentemente enteros, yogurt;



	enriquecido en frutos secos y miel.
Huevos	En todas las preparaciones
Carnes	Todas, de preferencia blanca (pescado, pollo, pavo) por la fácil masticación y digestión.
Bebidas	Todas, excepto te, alcohol, bebidas gasificadas. Con poca frecuencia te.
Cereales	Naturales enteros, preferiblemente los de difícil masticación que sean licuados o molidos para facilitar la deglución.
Leguminosas	Todas .
Legumbres y frutos secos	Todas, preferiblemente los de difícil masticación que sean licuados o



	molidos para facilitar la deglución.
Verduras	Todas, de preferencia molidas para disminuir su volumen.
Frutas	Todas .
Grasas	Todas, de preferencia vegetales.
Varios	Azúcar, mermelada, miel, dulces compactos, especias suaves.

Administración de la dieta apropiada según las necesidades energéticas del paciente, pesar al paciente, vigilar ingesta, observar la presencia de náuseas/vómitos, dieta rica en fibras, verduras y frutas, adaptación horaria, proporcionar higiene bucal antes de las comidas, colocar al paciente en una posición cómoda, suministrar los alimentos a la temperatura más apetitosa.

Nota: en algunos casos puede incluirse suplemento dietético como bebidas o productos hipercalóricos de fórmula para enriquecer las comidas.

#### **Indicaciones de uso seguro de medicamentos**

- Omeprazol 40 mg. c/12 hrs. V.O





Indicado para: usa para tratar acidez frecuente (acidez estomacal que ocurre al menos 2 o más días a la semana) en adultos

Efectos adversos: efectos gastrointestinales, entre ellos, náusea, diarrea y cólico

- Furosemide 40 mg. c/8 hrs. IV.

Indicado para: para tratar el edema (la retención de líquidos; exceso de líquido retenido en los tejidos corporales) causado por varios problemas médicos, incluyendo el corazón, el riñón y enfermedades del hígado.

Efectos adversos: pérdida de peso excesiva, rápida; micción menos frecuente; boca seca; sed; náuseas; vómitos; debilidad; somnolencia; confusión; dolor muscular o espasmos; o latidos cardíacos rápidos o fuertes.

- Cefepime 500 mg. c/24 hrs.I.V.

Indicado para: tratar ciertas infecciones ocasionadas por bacterias, incluso la neumonía, e infecciones de la piel, tracto urinario, y renales.

Efectos adversos: heces líquidas o con sangre, cólicos estomacales o fiebre durante el tratamiento o hasta dos o más meses después de dejar de usar el tratamiento. sarpullido. náusea. vómitos.

- Azatriopina 1mg. c/6 hrs. V.O.

Indicado para: prevenir el rechazo al trasplante de órganos (ataque del sistema inmunológico a un órgano trasplantado) en personas que han recibido trasplante de riñón.



Efectos adversos: náuseas. vómitos. diarrea. dolor de garganta, fiebre, escalofríos u otros síntomas de infección.

- Amlodipino 1 tab. c/24 hrs. V.O.

Indicado para: Reduce la presión arterial al relajar los vasos sanguíneos para que el corazón no tenga que bombear tan fuerte.

Efectos adversos: bochornos, fatiga, edema, cefalea, mareos, dolor abdominal, náuseas, palpitaciones, somnolencia.

- Losartan 1 tab. c/24 hrs V.O.

Indicado para: tratar la presión arterial alta.

Efectos adversos: olor en las piernas, en la rodilla o en la espalda, debilidad o calambres musculares, diarrea, acidez estomacal, menor sensibilidad al tacto.

- Prozacina 1 mg. c/6 hrs. V.O.

Indicado para: se usa solo o en combinación con otros medicamentos para tratar la hipertensión

Efectos adversos: dolor abdominal, diarrea y estreñimiento

- Acido valproico 40mg c/6 hrs.V.O.

Indicado para: se utiliza solo o con otros medicamentos para tratar ciertos tipos de convulsiones.

Efectos adversos: somnolencia extrema



- Hipromelosa 1gt. Oftálmica

Indicado para: alivio sintomático de la irritación y la sequedad ocular.

Efectos adversos: sensación de quemazón, visión borrosa y párpados pegajosos.

- Ketorolaco 15 mg IV.

Indicado para: aliviar el dolor moderadamente fuerte.

Efectos adversos: cefalea (dolor de cabeza), mareos, somnolencia (sueño), diarrea, estreñimiento (constipación), gases, llagas en la boca, transpiración.

### **Actividad y ejercicio.**

Cambios posturales, fomento de la deambulaci3n y ejercicios pasivos., ejercicios para pacientes encamados, movilizaci3n articular activa y pasiva, posiciones funcionales durante el reposo en cama.

### **Tratamiento.**

Curaci3n de inserci3n de cat3ter de di3lisis diariamente, e identificar signos de infecci3n como supuraci3n de alg3n liquido anormal de la herida, enrojecimiento o calor.

### **Higiene.**

Realizaci3n de ba3o en cama del paciente (para evitar accidentes), o aseo con toallitas h3medas en genitales para evitar rozaduras, curaci3n de



heridas valoración del riesgo de úlcera por presión, cambios posturales, higiene e hidratación de la piel, cama limpia y seca, vigilancia continua.

### **Cuidados del sueño.**

Cuidados para favorecer el descanso del paciente, disminuir la ansiedad, temor, expresión de sentimientos, ambiente agradable y tranquilo.

### **Recomendaciones**

Observar si persiste la edematización generalizada, monitorear signos vitales frecuentemente cada 2hrs, no aplicar antihipertensivos si la T/A esta baja, identificar signos de infección.



## X. CONCLUSIONES

Este PAE fue realizado con la finalidad de identificar factores de riesgo y así realizar un plan de cuidados estandarizados en base a las necesidades que fueron posibles identificar durante la estancia de un paciente pediátrico con lupus eritematoso sistémico, que debido a esta patología se fueron desencadenando otras enfermedades.

Se utilizaron las herramientas de recolección de datos otorgados por la universidad olmeca y en base a los patrones funcionales de Marjory Gordon, se hallaron mediante datos recolectados y utilizando el método de la observación la estructuración de un plan de diagnósticos, intervenciones y la ejecución y evaluación de estos para tratar los problemas de salud que se identificaron en este proceso.

A pesar de los cuidados brindados y las intervenciones realizadas durante su ingreso al hospital, no se logró el cumplimiento del objetivo el cual era la mejoría del paciente, debido a la serie de complicaciones que anteriormente se habían presentado y debido al avance negativo de su estado clínico.

El paciente falleció a causa de múltiples fallas en su organismo desencadenado por las enfermedades secundarias que el lupus le desencadenó.



## XI. BIBLIOGRAFIA

Berman, A., Snyder, S. J., Kozier, B., Erb, G. (2008). Aplicación y evaluación. En Fundamentos de enfermería, conceptos, procesos y practicas (235-236). Madrid, España: PEARSON EDUCACIÓN S.A

Carpenito L. (2006). Manual de diagnósticos enfermeros. Barcelona, España: Wolters Kluwer.

Gordon M. (1996). Diagnostico Enfermero Proceso y Aplicación. 3 ra. ed. Ed. Mosby/Doyma Libros; Madrid: Pág. 75-103

Iyer, P. W., Taptich, B. J., Bernocchi-Losey, D. (1995). proceso y diagnósticos de enfermería. México: McGraw Hill/interamericana.

Linda S. (2011). Fisiología Cuarta Edición. Elsevier, S.I., España, Travesser de Gràcia, 17-21 08021 Barcelona (España).

Martínez R. (2013). Salud y enfermedad del niño y el adolescente. 7 ma. ed. Ed. Manual moderno S.A. de C.V; México, D.F. pág. 1276-1280

Ortiz, S. E. T., & Flores, M. G. (2012). Modelos de cuidados en enfermería NANDA, NIC y NOC. McGraw-Hill Interamericana

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A, Hall, A. M. (2013). Fundamentos de enfermería. España: ELSEVIER.



Rosales, S., Reyes, E., (2004). Atención del paciente que requiere hospitalización. Fundamentos de enfermería (3 er. 261-262) México, D.F.: Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Velázquez M. D. (2019). Gestión del cuidado enfermero en pacientes con tratamiento de quimioterapia en el área de clínica ambulatoria en un hospital de especialidades en la ciudad de Guayaquil. 13/09/21, de universidad católica de Santiago guayaquil Sitio web: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/12573/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-530.pdf>



## XII. GLOSARIO DE TERMINOS

- Auto concepto: El auto concepto es la idea que tenemos de nosotros mismos y está relacionado con la autoestima, pero son cuestiones diferentes. Incluye desde la identidad a la imagen física y condiciona nuestros comportamientos, decisiones y actitudes ante las vicisitudes de la vida.
- Cicatrización Hística: En tejidos poco vascularizados el proceso de **cicatrización** es mucho más pobre en calidad y mucho más lento.
- Neuromusculares: Que estudia o atañe, conjuntamente, al músculo y al nervio que termina en él.
- Posmenopausia: esta fase puede abarcar varios años después de la menopausia. El descenso en la producción endógena de estrógenos se afianza, lo que hace que algunos de los síntomas propios de la premenopausia se hagan más persistentes y frecuentes.
- Anamnesis: Conjunto de datos que se recogen en la historia clínica de un paciente con un objetivo diagnóstico.
- Prurito: Picor que se siente en una parte del cuerpo o en todo él y que provoca la necesidad o el deseo de rascarse; es un síntoma de ciertas enfermedades de la piel y de algunas de tipo general.
- Síndromico: es una agrupación amplia de patógenos probables, enfocados por un síntoma, dentro de una sola prueba rápida que máxima la





probabilidad de obtener la respuesta correcta en un periodo de tiempo clínicamente relevante.

- Desuso: Circunstancia de no usar o de haber dejado de usar una cosa.
- Etiopatogenesis: término médico que se refiere al origen de una enfermedad y sus mecanismos, es decir, la combinación de etiología y patogénesis.
- Monocigóticos: los gemelos que resultan de la fertilización de un óvulo que luego se divide en dos se llaman gemelos monocigóticos o idénticos.
- Fisiopatogenia: Parte de la biología que estudia el funcionamiento de un organismo o de un tejido durante el curso de una enfermedad.
- Inmunopatología: es una rama de la medicina que se ocupa de las respuestas inmunológicas asociadas a las enfermedades.
- Mastocitos: tipo de glóbulo blanco que se encuentra en los tejidos conjuntivos de todo el cuerpo; en particular, debajo de la piel, cerca de los vasos sanguíneos y los vasos linfáticos, en los nervios, y en los pulmones y los intestinos.
- Fagocitos: proceso por el cual ciertas células y organismos unicelulares capturan y digieren partículas nocivas o alimento.
- Leucocitos: Célula globosa e incolora de la sangre de los animales vertebrados que se encarga de defender el organismo de las infecciones.
- Polimorfo: Que tiene o puede tener varias formas.



- Basófilos: son un tipo de célula inmunitaria, formada en la médula ósea, con pequeñas partículas que tienen enzimas que se liberan durante las reacciones alérgicas y el asma.
- Granulares: Que se presenta o que está formado por pequeños granos.
- Fosfolípidos: lípido (grasa) que contiene fósforo. Los fosfolípidos son un componente principal de las membranas de las células.
- Los anticuerpos anti- P ribosomales: Los auto anticuerpos contra la proteína P ribosomal (anti-P ribosomales) se presentan en aproximadamente el 15% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Estos anti- cuerpos fueron inicialmente asociados con psico- sis lúpica y enfermedad neuropsiquiátrica.
- Leucopenia: disminución del número de leucocitos en la sangre, por debajo de 4 000 por milímetro cúbico.
- Linfopenia: Afección por la que hay un número más bajo que lo normal de linfocitos (tipo de glóbulos blancos) en la sangre.
- Creatinina: compuesto químico que resulta de los procesos de producción de energía de los músculos. Los riñones sanos filtran la creatinina de la sangre. La creatinina sale del cuerpo como un desecho en la orina.
- Dermatomiositis: enfermedad que causa inflamación de la piel y los músculos.



- Osteonecrosis: la osteonecrosis es una enfermedad causada por la disminución del flujo sanguíneo en los huesos de las articulaciones.
- Hidroxicloroquina: es un principio activo antimalárico o antipalúdico que se vende con los nombres comerciales Plaquenil, Axemal, Dolquine, Ilinol y Quensyl. También, se utiliza para reducir la inflamación en el tratamiento de la artritis reumatoide y del lupus.



**XIII. ANEXOS (instrumento de recolección de datos, cuadros, trípticos, materiales interactivos, etc.)**

**XIV. ANEXO 1**

**Guía de valoración según patrones funcionales  
De salud para el usuario pediátrico**

Datos biográficos e institucionales:

Fecha \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Institución \_\_\_\_\_ Número de afiliación \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Servicio \_\_\_\_\_  
Cama \_\_\_\_\_

Nombre del padre / tutor \_\_\_\_\_  
Edad \_\_\_\_\_

Escolaridad \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre de la madre / tutor \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Escolaridad \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ingreso económico familiar mensual \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Motivo de la visita o principal problema \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diagnóstico médico \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Tratamiento médico actual

---

---

---

Antecedentes:  
Enfermedades anteriores

---

---

---

Historia familiar de enfermedad

---

---

---

Historia de la enfermedad actual

---

---

---

**I. Patrón percepción / mantenimiento de la salud.**

Servicios y características higiénicas de la vivienda (hacinamiento y promiscuidad), especificar:

---

Cuidados o hábitos higiénicos en el niño,  
especificar: \_\_\_\_\_

---

Contacto con enfermos infectocontagiosos o animales domésticos,  
especificar:

---

Existencia de factores de riesgo en el hogar y comunidad para el niño,  
especificar

---

Discapacidad física o mental que puedan desencadenar un accidente  
¿cuáles?



Se detecta interés de los padres / tutores por el cuidado de la salud del niño y asistencia a control médico, en caso negativo, especificar \_\_\_\_\_

Tratamiento médico en el hogar, especificar ¿cuál? \_\_\_\_\_

Realización de cuidados para conservar y recuperar la salud del niño ( ) en caso negativo, especificar \_\_\_\_\_

Existencia de algún tipo de alergia ( ) en caso afirmativo especificar ¿cuál y a qué? \_\_\_\_\_

Inmunizaciones recibidas, \_\_\_\_\_

**II. Patrón nutricional / metabólico.**

Estado físico actual.

Peso \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_ Perímetro cefálico \_\_\_\_\_ Perímetro

Torácico \_\_\_\_\_

Perímetro abdominal \_\_\_\_\_ Segmento superior \_\_\_\_\_ Sgto. Inferior

Glucemia \_\_\_\_\_ Temperatura corporal \_\_\_\_\_.

**Características de:**

Piel

\_\_\_\_\_

Cabello

\_\_\_\_\_

Uñas

\_\_\_\_\_

Mucosa oral




---

Encías

---



---

Lengua

---



---

Labios

---



---

Faringe

---



---

Dentadura

---

**Presencia de:**

Anorexia \_\_\_\_\_ Náusea \_\_\_\_\_ Vómitos \_\_\_\_\_ Pirosis \_\_\_\_\_

Polifagia \_\_\_\_\_

Polidipsia \_\_\_\_\_ Regurgitaciones \_\_\_\_\_ Incapacidad para  
succionar \_\_\_\_\_

Disfagia \_\_\_\_\_ Edema \_\_\_\_\_ Dolor  
gastrointestinal \_\_\_\_\_

Crecimiento ganglionar \_\_\_\_\_ Heridas

Infusiones \_\_\_\_\_ Drenajes

Otros \_\_\_\_\_

---

Aceptación e ingesta de la dieta y líquidos en 24 horas prescrita en la  
unidad hospitalaria, en caso negativo, especificar ¿por  
qué? \_\_\_\_\_

Lactancia materna ( ) en caso negativo,  
especificar \_\_\_\_\_

Existencia de problemas inmunológicos, en caso afirmativo, especificar:

---

**III. Patrón de eliminación**

**Estado físico actual.**

Características de:

Orina: Color \_\_\_\_\_ Olor \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_

Cantidad \_\_\_\_\_ Heces: Consistencia \_\_\_\_\_

Color \_\_\_\_\_ Olor \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_

Cantidad \_\_\_\_\_



Sudor \_\_\_\_\_

**Presencia de:**

Halitosis \_\_\_\_\_ Flatulencia \_\_\_\_\_ Esfuerzo al defecar \_\_\_\_\_

Constipación \_\_\_\_\_

Dolor al evacuar \_\_\_\_\_ Diarrea \_\_\_\_\_ Distensión abdominal \_\_\_\_\_

Fístulas \_\_\_\_\_

Peristaltismo intestinal \_\_\_\_\_ Uso de laxantes \_\_\_\_\_

Parásitos \_\_\_\_\_

Ostomías \_\_\_\_\_ Disuria \_\_\_\_\_ Oliguria \_\_\_\_\_ Poliuria \_\_\_\_\_

Hematuria \_\_\_\_\_

Coluria \_\_\_\_\_ Proteinuria \_\_\_\_\_ Glucosuria \_\_\_\_\_

Polaquiuria \_\_\_\_\_

Nicturia \_\_\_\_\_ Incontinencia urinaria \_\_\_\_\_ Enuresis \_\_\_\_\_ Drenaje  
urinario \_\_\_\_\_

Otros (especificar) \_\_\_\_\_

**IV. Patrón actividad / ejercicio.**

Estado físico actual.

Frecuencia cardíaca \_\_\_\_\_ Frecuencia del pulso

\_\_\_\_\_ Tensión arterial \_\_\_\_\_ Frecuencia  
respiratoria \_\_\_\_\_

**Características de:**

Pulso

\_\_\_\_\_

Llenado capilar

Secreciones broncopulmonares

Fuerza muscular

Postura

**Presencia de:**

Soplos \_\_\_\_\_ Disnea \_\_\_\_\_ Distensión venosa yugular \_\_\_\_\_ Aleteo  
nasal \_\_\_\_\_

Cianosis \_\_\_\_\_ Retracción xifoidea \_\_\_\_\_ Tiros  
intercostales \_\_\_\_\_ Estertores \_\_\_\_\_

Quejido respiratorio \_\_\_\_\_ Tos \_\_\_\_\_ Estridor laríngeo \_\_\_\_\_ Piel  
marmórea \_\_\_\_\_

Sudoración fría \_\_\_\_\_ Palpitaciones \_\_\_\_\_ Disfonía \_\_\_\_\_

Lipotimias \_\_\_\_\_ Vértigos \_\_\_\_\_ Acúfenos \_\_\_\_\_





Fosfénos\_\_\_\_\_ Falta de energía\_\_\_\_\_ Malestar y debilidad con el ejercicio\_\_\_\_\_ Epistaxis\_\_\_\_\_  
 Palidez de tegumentos\_\_\_\_\_ Ictericia\_\_\_\_\_  
 Apoyo ventilatorio  
 (especificar)\_\_\_\_\_

Inflamación de articulaciones\_\_\_\_\_ Contracturas musculares\_\_\_\_\_

Limitaciones para el movimiento o su autocuidado

### **V. Patrón reposo / sueño.**

#### **Presencia actual de:**

Cansancio\_\_\_\_\_ Temblor de manos\_\_\_\_\_ Ojeras\_\_\_\_\_ Párpados inflamados\_\_\_\_\_

Enrojecimiento de conjuntivas\_\_\_\_\_ Bostezos\_\_\_\_\_ Expresión vacía\_\_\_\_\_

Indiferencia\_\_\_\_\_ Confusión\_\_\_\_\_ Falta de concentración\_\_\_\_\_ Habla pausada\_\_\_\_\_ Habla dificultosa\_\_\_\_\_ Irritabilidad\_\_\_\_\_ Otros\_\_\_\_\_

Horas de sueño habituales en 24 horas y durante la estancia hospitalaria, especificar:

Periodos de descanso habituales y en el hospital, especificar:

\_\_\_\_\_ Dificultad y hábitos del niño para conciliar el sueño, especificar:

Calidad del sueño, especificar:

### **VI. Patrón cognitivo / perceptual.**

#### **Estado físico y mental actual.**

Orientación (persona, tiempo, y espacio) especificar:

#### **Presencia de:**

Crisis convulsivas\_\_\_\_\_ Midriasis\_\_\_\_\_ Miosis\_\_\_\_\_

Anisocoria\_\_\_\_\_ Miosis\_\_\_\_\_ Irritabilidad\_\_\_\_\_

Dolor\_\_\_\_\_ Afasia\_\_\_\_\_ Hiperestesia\_\_\_\_\_



Hipoestesia\_\_\_\_\_ Parestesia\_\_\_\_\_ Parálisis\_\_\_\_\_ Signos meníngeos\_\_\_\_\_

Otros\_\_\_\_\_

**Problemas con:**

La memoria\_\_\_\_\_ La concentración\_\_\_\_\_

El razonamiento\_\_\_\_\_.

**Alteraciones:**

Vista\_\_\_\_\_ Olfato\_\_\_\_\_ Audición\_\_\_\_\_

Gusto\_\_\_\_\_ Equilibrio\_\_\_\_\_

Presencia de reflejos, especificar ¿cuáles?\_\_\_\_\_

**Características de:**

Tono muscular, especificar:\_\_\_\_\_

Fontanela anterior y posterior, especificar:\_\_\_\_\_

**VII. Patrón de autoimagen / autoconcepto.**

**Presencia actual de:**

Nerviosismo\_\_\_\_\_ Conducta violenta\_\_\_\_\_ Suspiros \_\_\_\_\_

Temblores\_\_\_\_\_

Dificultad para relajarse\_\_\_\_\_ Apatía\_\_\_\_\_.

Percepción que tiene el niño sobre sí mismo, especificar:\_\_\_\_\_

Aceptación de su imagen corporal ( ) en caso negativo, especificar ¿por qué?\_\_\_\_\_

Existencia de algún temor, miedo y preocupaciones, en caso afirmativo, especificar ¿a qué?\_\_\_\_\_

Estado de ánimo del niño, especificar:\_\_\_\_\_

Estado de ánimo de los padres / tutores, especificar:\_\_\_\_\_

Existencia de cooperación en los cuidados por parte de padres / tutores y del propio niño ( ) en caso negativo especificar, ¿por qué?\_\_\_\_\_



---

---

**VIII. Patrón rol / relaciones.****Presencia actual de:**

Dificultad para concentrarse y expresar sus

sentimientos \_\_\_\_\_ Introversión \_\_\_\_\_

Extroversión \_\_\_\_\_ Cambios en el estado de ánimo \_\_\_\_\_

Tristeza \_\_\_\_\_ Llanto \_\_\_\_\_ Incapacidad para llorar \_\_\_\_\_

Cólera \_\_\_\_\_

Dificultades en la participación \_\_\_\_\_

Aislamiento \_\_\_\_\_ Rechazo a padres / tutores \_\_\_\_\_ Dificultades en  
la comunicación \_\_\_\_\_

Lugar que ocupa en la familia: \_\_\_\_\_ Número de hermanos

Personas con las que convive diariamente, especificar ¿cuáles?  
\_\_\_\_\_Existencia de sentimiento de pérdida en el niño ( ) en caso afirmativo,  
especificar ¿por  
qué? \_\_\_\_\_Estado civil de los padres, especificar:  
\_\_\_\_\_Dificultades en los padres / tutores para el cumplimiento de su rol ( ) en  
caso afirmativo,  
especificar \_\_\_\_\_Existencia de abandono en el niño ( ) en caso afirmativo, especificar  
¿de qué tipo?  
\_\_\_\_\_**IX. Patrón sexualidad / reproducción.****Estado físico actual.**Presencia de alteraciones en genitales ( ) en caso afirmativo, especificar  
¿cuáles?  
\_\_\_\_\_Presencia de alteraciones en glándulas mamarias ( ) en  
caso afirmativo, especificar  
\_\_\_\_\_**Mujer ♀**Menarquía \_\_\_\_\_ Días por ciclo \_\_\_\_\_ Fecha de última  
mestruación \_\_\_\_\_



Edad

Presencia de dismenorrea \_\_\_\_\_.

**Hombre ♂**

Pubarquia \_\_\_\_\_ Cambio en el timbre de la voz \_\_\_\_\_

Edad

Edad

Desarrollo de genitales externos ( )

Educación sexual por parte de padres / tutores ( ) en caso negativo, especificar

\_\_\_\_\_ Existencia de inquietudes relacionadas con el sexo ( ) en caso afirmativo, especificar
 \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  
 Prácticas sexuales, especificar:
 \_\_\_\_\_

Empleo de métodos de planificación familiar ( ) en caso afirmativo especificar ¿cuáles?
 \_\_\_\_\_
 \_\_\_\_\_

**X. Patrón afrontamiento / estrés.****Presencia actual de:**

Inquietud \_\_\_\_\_ Tensión muscular \_\_\_\_\_ Postura

rígida \_\_\_\_\_ Conducta autodestructiva \_\_\_\_\_ Manos

húmedas \_\_\_\_\_ Boca seca \_\_\_\_\_

Cambios en el estilo de vida \_\_\_\_\_ Negación del

problema \_\_\_\_\_ Hipersensibilidad a la

crítica \_\_\_\_\_ Conducta manipuladora \_\_\_\_\_

Autocompasión \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

Respuesta habitual del niño ante una situación de estrés, especificar:

 \_\_\_\_\_  
 Opciones elegidas por el niño para canalizar el estrés, especificar:
 \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  
 Respuesta del niño ante la hospitalización, especificar:
 \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  
 Respuesta familiar habitual ante una situación de estrés, especificar:
 \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  
 Respuesta de los padres / tutores ante la hospitalización del niño, especificar:
 \_\_\_\_\_



Existencia de dificultades familiares para afrontar el problema de salud del niño ( ) en caso afirmativo, especificar ¿cuáles?

Existencia de violencia intrafamiliar ( ) en caso afirmativo, especificar ¿persona?

**XI. Patrón valores / creencias.**

Actitud religiosa del niño, especificar:

Actitud religiosa de los padres / tutores, especificar:

Demanda de servicios religiosos para el niño ( ) en caso afirmativo, especificar ¿cuáles?

Mitos y creencias de los padres / tutores relacionados con el cuidado de la salud, especificar:

Resultados relevantes de exámenes de laboratorio y gabinete (registrar fecha)

## XV. Anexo 2

### Escalas Tanner, Denver y Curvas Nutricionales

Figura 3. Escalas de Tanner en niños.



**Estadio 1.** Sin vello púbico. Testículos y pene infantiles.



**Estadio 2.** Aumento del escroto y testículos, piel del escroto enrojecida y arrugada, pene infantil. Vello púbico escaso en la base del pene.



**Estadio 3.** Alargamiento y engrosamiento del pene. Aumento de testículos y escroto. Vello sobre pubis rizado, grueso y oscuro.



**Estadio 4.** Ensanchamiento del pene y del glande, aumento de testículos, aumento y oscurecimiento del escroto. Vello púbico adulto que no cubre los muslos.

**Estadio 5.** Genitales adultos. Vello adulto que se extiende a zona medial de muslos.

Tomado de Tanner 1962.

Figura 2. Escalas de Tanner en niñas.



**Estadio 1.** Pecho infantil, no vello púbico.



**Estadio 2.** Botón mamario, vello púbico no rizado escaso, en labios mayores.



**Estadio 3.** Aumento y elevación de pecho y areola. Vello rizado, basto y oscuro sobre pubis.



**Estadio 4.** Areola y pezón sobreelevado sobre mama. Vello púbico tipo adulto no sobre muslos.



**Estadio 5.** Pecho adulto, areola no sobreelevada. Vello adulto zona medial muslo.

Tomado de Tanner 1962.

## XVI. Anexo 3

### Pirámide de necesidades de Maslow.





## XVII. Anexo 4

## Escala de braden.

ESCALA BRADEN						
ESCALA BRADEN	PUNTOS	1	2	3	4	
	Percepción sensorial	Completamente limitada <i>No responde ni a estímulos dolorosos.</i>	Muy limitada <i>Responde solamente a estímulos dolorosos.</i>	Levemente limitada <i>Responde a órdenes verbales.</i>	No alterada <i>Sin déficit sensorial.</i>	
	Humedad	Completamente húmeda <i>Casi constantemente (sudor, orina...)</i>	Muy húmeda <i>Es necesario el cambio de sabanas por turno.</i>	Ocasionalmente húmeda <i>Es necesario el cambio de sabanas cada 12 H.</i>	Raramente húmeda <i>Piel normalmente seca.</i>	
	Actividad	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina con frecuencia	
	Movilidad	Completamente inmóvil <i>No realiza ni ligeros cambios de posición.</i>	Muy limitada <i>Realiza ligeros cambios de forma ocasionales.</i>	Ligeramente limitada <i>Realiza ligeros cambios de forma frecuentes.</i>	Sin limitaciones <i>Realiza cambios de forma autónoma.</i>	
	Nutrición	Muy pobre <i>Rara vez come más de un tercio del plato.</i>	Probablemente inadecuada <i>Rara vez come más de la mitad del plato.</i>	Adecuada <i>Normalmente come más de la mitad del plato.</i>	Excelente <i>Come la mayoría de los platos enteros.</i>	
	Fricción y deslizamiento	Es un problema <i>Movilizarlo en la cama sin deslizarlo es imposible.</i>	Es un problema potencial <i>Al movilizarlo la piel se desliza sobre las sabanas ligeramente.</i>	Sin problema aparente <i>Se mueve autónomamente.</i>		
	NIVELES DE RIESGO	ALTO RIESGO	≤12			
	RIESGO MODERADO	≤14				
	RIESGO BAJO	≤16				



### XVIII. Anexo 5

