



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



PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA
A UNA ADULTA MAYOR CON DIALISIS PERITONEAL
SECUNDARIA A DIABETES MELLITUS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA
GONZALEZ CARRILLO CLAUDIA

CLAVE: 404529008

ASESORA: L.E.O. GUADALUPE RODRIGUEZ BARAJAS

ZAMORA DE HIGALGO, MICHOACA

SEPTIEMBRE 2008



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.

AGRADECIMIENTO

Existen cada día un sin número de acontecimientos por los cuales estar agradecida con el autor de mi vida que es el Señor; pues el constructor soy yo. En esta etapa de mi vida, te doy gracias Señor por cada amanecer que me has dado y por permitirme el llegar a mi meta y darme el privilegio de poner en mis manos el cuidado de la vida de los demás.

Te agradezco papá el apoyo que de tu parte recibir cuando aun estabas conmigo en esta tierra. Se que puedes verme desde tu nuevo hogar, el cielo, y estarás orgulloso de mi.

Gracias mamá por la motivación que pude sentir de tu parte a través de una palmadita en mi espalda cuando el camino parecía difícil y cansado.

Agradezco grandemente a Dios por cada ángel celestial mostrado a través de mis hermanos, amigos, maestros y compañeros que de alguna manera han sido de gran bendición en mi vida. Sin los seres humanos que se encuentran alrededor mío no hubiera sido posible alcanzar la meta.

A ti querido lector, especialmente para ti:

Todos tus actos, buenos o malos repercuten en los demás.

Todo acto de bondad, toda oración, sacrificio y victoria tuya eleva al mundo.

Y así toda acción mala, por oculta que esta sea es para la tierra un nuevo dolor.

Se hoy mejor que ayer, mañana mejor que hoy, este es el gran objeto de la vida.

CONTENIDO

CAPITULO I

AGRADECIMIENTOS.....	4
CONTENIDO.....	5
INTRODUCCIÓN.....	7
JUSTIFICACIÓN.....	8
OBJETIVOS.....	9
METODOLOGIA.....	10

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes Históricos de Enfermería.....	12
Teorías de Enfermería.....	13
Teoría de Virginia Henderson.....	13
Bibliografía de Virginia Henderson.....	14
Principales conceptos y definiciones.....	17
Supuestos principales.....	19
Afirmaciones Teóricas.....	20

Proceso Enfermero y sus etapas.....	21
Cambios biofisiologicos psicosociales en el adulto mayor.....	30
Historia Natural de la Enfermedad de Diabetes Mellitus.....	31

CAPITULO III

APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO

Valoración de las 14 necesidades.....	36
Familiograma.....	47
Identificación de datos objetivos y subjetivo.....	48
Jerarquización de necesidades y diagnósticos enfermeros.....	54
Planeación, ejecución y evaluación de los cuidados.....	57
Plan de alta.....	81
CONCLUSIONES.....	86
GLOSARIO.....	88
BIBLIOGRAFIA.....	89
ANEXOS.....	91

CAPÍTULO I

I.-INTRODUCCIÓN

Siendo la Enfermería la Ciencia y el Arte de brindar cuidados de forma holística a personas enfermas y no enfermas con el único propósito de recuperar o mantener la salud. Como ciencia, la Enfermería tiene una amplia base teórica y el proceso de brindar los cuidados representa el medio de llevar a la práctica una serie de actividades con fundamentos científicos y en forma jerarquizada de acuerdo a las necesidades del usuario. El presente documento es un Proceso Enfermero que se llevo a cabo a una usuaria adulta mayor con Diálisis Peritoneal. Dicho Proceso Enfermero se realizo basado en las 14 Necesidades de Virginia Henderson.

La información que se encuentra en el documento esta dividida en capítulos, en los cuales se da a conocer el porque se llevo a cabo este Proceso, cuales son sus objetivos, el Proceso Enfermero y sus Etapas, además de el Modelo de Cuidados de Virginia Henderson, pues es ella quien afirma en su teoría y concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, vejez, *viagez*). Se muestran además los cambios que tuvo la usuaria una vez que se empezó a trabajar con ella.

Se pretende con dicho Proceso Enfermero dar a conocer la forma en que se le brindaron cuidados a la usuaria adulta mayor ya que aunado al proceso normal de envejecimiento se desarrolla silenciosamente la patología de Diabetes Mellitus así como sus consecuencias.

2. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad son las Enfermedades Crónicas Degenerativas que han causado el mayor número de hospitalizaciones, causando innumerables consecuencias tales como afectaciones en la economía familiar, cambio de rol de papeles en las familias e incapacidades temporales o permanentes en el individuo afectado, entre otras.

Una de las enfermedades crónico degenerativas con mayor índice de padecimiento entre la población es la Diabetes Mellitus. El porcentaje de personas con tal enfermedad en el año 2003 en México fue de un 38%

Teniendo en cuenta que las consecuencias de tales enfermedades son irreversibles y que se debe aprender a llevar un estilo de vida con disciplina y voluntad para mantener la salud y evitar hasta donde sea posible la degeneración de los órganos vitales y como consecuencia la muerte. Se realiza el siguiente trabajo con el propósito de brindar cuidados de calidad a una usuaria, adulto mayor que sumado al súbito descubrimiento de su enfermedad crónico degenerativo, Diabetes Mellitus, esta pasando por el proceso normal de envejecimiento. Considerando, además, que el Licenciado de Enfermería y Obstetricia como profesional del equipo sanitario debe ser capaz de brindar cuidados de calidad y de una manera organizada con el único objetivo de beneficiar a quien no puede realizar por si sólo acciones que ayuden a mantener su salud... el adulto mayor.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General.

Brindar cuidados de forma holística a la usuaria para controlar y minimizar las complicaciones de la Diabetes Mellitus y disminuir al máximo reingresos intrahospitalarios por complicaciones secundarias.

3.2. Objetivos Específicos.

1.-Detectar las necesidades de la usuaria a través de la valoración de Virginia Henderson.

2.-La usuaria será capaz de conocer su situación de salud y aprenderá a vivir con su enfermedad de forma digna.

3.-Lograr en la usuaria el autocuidado hasta donde sea posible.

4.- Educar a la usuaria y familiares acerca de la patología por la que esta cursando, qué es, en qué consiste, que medidas debe tomar para evitar una acelerada progresión, enseñarles la técnica de diálisis peritoneal, dieta que debe ingerir y sus beneficios, entre otros.

5.-Incrementar la recreación como parte de la salud mental.

6.-Ofrecer continuidad de la asistencia en el hogar

7.-Mantener en grado óptimo la actividad física y mental compatible con sus necesidades.

4. METODOLOGÍA

El documento está elaborado con base en el Proceso Enfermero, teniendo como modelo conceptual a Virginia Henderson.

4.1 TIPO Y DISEÑO

Es un proceso Enfermero considerado Descriptivo, a corto plazo. Ya que se trabajó con la usuaria durante cuatro meses, del 22 de Marzo del año 2008 al 22 de Julio del mismo año. Informando que aun se sigue trabajando con la usuaria, pero con fines de valoración y presentación del trabajo solamente se tendrá en cuenta ese lapso de tiempo. Se le empezó a dar los cuidados durante su estancia hospitalaria en el Hospital Regional de Zamora y posteriormente se le dio continuidad en su domicilio por ser residente de la misma comunidad que su servidora, Ixtlán Michoacán.

4.2 MODELO DE RELACION

Es un trabajo de continuidad que se llevó a cabo tomando en cuenta las 14 necesidades con validez científica aportadas por Virginia Henderson. Llevando a cabo el método del Proceso Enfermero: valoración, diagnóstico, planificación de los cuidados, ejecución y evaluación de los mismos, teniendo en cuenta que la Teórica Henderson realiza la valoración dentro de las 14 Necesidades.

4.3 GUIAS DE VALORACION

Se utilizaron guías de valoración de acuerdo a la Historia clínica de enfermería de la teórica Virginia Henderson, cuyas 14 necesidades se encuentran descritas en la página 18 de este trabajo.

4.4 TECNICAS DE TRABAJO

Para realizar la valoración de la usuaria se empleo **La exploración física**, que determina la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, utilizando las cuatro técnicas:

- 1) Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos.
- 2) Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio.
- 3) Palpación: se utiliza el tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel
- 4) Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos.

Se realizaron varias entrevistas de manera informal a la usuaria y familiares que mas conviven con ella. Además de la información que se obtuvo del expediente clínico.

CAPITULO II

5. MARCO TEÓRICO

5.1 ENFERMERIA

5.1.1 Antecedentes Históricos de la Enfermería

Los antecedentes de la enfermería se remontan desde los inicios de la humanidad, cuando el cuidado se centró en la preservación de la raza humana. Cuidar era un acto de vida que tenía como finalidad permitir la continuación de la vida y el desarrollo de la persona, del grupo y de la especie: de esta manera se luchaba contra la enfermedad y la muerte. En esta época, el cuidado no era propio del hombre o de la mujer, no era un oficio ni una profesión; hombres y mujeres se dedicaban a proveer el cuidado, más tarde con el abandono de la vida nómada y la consolidación del sedentarismo se establece la división del trabajo. A partir de esto las mujeres se dedicaron al hogar, al cultivo de las plantas, al cuidado de los animales y al cuidado de los hijos, por las necesidades propias de su comunidad las mujeres se dedicaron a ayudar a otras mujeres y a sus familias con los cuidados durante el embarazo, el nacimiento, la reproducción y la maduración de los seres humanos.

Estos cuidados garantizaron la supervivencia. Los hombres se dedicaron a la cacería para proveer alimentos a la familia, este acto fue muy cargado de valores simbólicos por lo que significaba el desafío de la caza donde los hombres imponían su talento e inteligencia para dominar a los animales que muchas veces eran muy superiores en tamaño. Estos valores simbólicos marcaron la tendencia a sobrevalorar el trabajo de los varones por la sociedad de esa época. Asegurar la vida era y sigue siendo un hecho cotidiano que no se le ha dado la importancia que merece, puesto que cuidar y vigilar representan un conjunto de actos de vida que tiene el propósito y la función de mantener la vida de los seres vivos para permitirles su reproducción y perpetuación, lo cual seguirá siendo el fundamento de todos los cuidados.

5.2 TEORIAS DE ENFERMERIA

La primera Teoría de enfermería nace con Florence Nightingale, a partir de allí nacen nuevos modelos cada uno de ellos aporta una filosofía de entender la enfermería y el cuidado.

Desde sus orígenes era considerada como una ocupación basada en la práctica y en el conocimiento común, no era considerada como ciencia, el conocimiento científico aparece con la primera teoría de enfermería. Las enfermeras comenzaron a centrar su atención en la adquisición de conocimientos técnicos que les eran delegados, con la publicación del libro " Notas de Enfermería " de Florence Nightingale en 1852, se sentó la base de la enfermería profesional, en su libro Florence intento definir la aportación específica de enfermería al cuidado de la salud.

Desde 1852 hasta 1966 se creó y desarrollo una corriente filosófica que buscaba los fundamentos de la profesión y es durante la década de 1950 a 1996, que surge la teoría de enfermería de Virginia Avenel Henderson.

5.3 TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON.

Henderson definió enfermería en términos funcionales. La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, sano o enfermo a recuperar la salud (o a una muerte tranquila), que realizaría sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o con el conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite la independencia lo más rápido posible, afirmaba que a medida que cambiase las necesidades del paciente también podía cambiar la definición de enfermería.

Para Henderson su definición de enfermería no era definitiva, consideraba que enfermería cambiaría según la época en que se practicase y que dependía de lo que realizara el personal de salud.

Virginia Henderson incorpora los principios fisiológicos y psicopatológicos a su

definición de enfermería en sus innumerables trabajos explicó la importancia de la independencia de enfermería y, a la vez, de su interdependencia con respecto a otras ramas dentro del área de la salud.

Este es un trabajo de tipo documental donde se realiza una breve reseña de su biografía y su teoría de enfermería, la cual se basa en los catorce Componentes de enfermería, es decir, en las catorce necesidades básicas del ser humano.

5.4 BIOGRAFIA DE VIRGINIA HENDERSON

VIRGINIA AVENEL HENDERSON (1897-1996)

Nació en Kansas City, Missouri el 19 de Marzo de 1897.

- 1918 a la edad de 21 años inicia sus estudios de enfermería en la Escuela de enfermería del ejército en Washington D. C...
- 1921 se gradúa y trabaja como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.
- 1922 inicia su carrera como docente.
- 1926 ingresa al Teachers College de la Universidad de Colombia, donde obtuvo los títulos de Licenciada en 1932 y magíster en arte en 1934.
- 1929 ocupa el cargo de Supervisora Pedagógica en la Clínica Strong Memorial Hospital de Rochester de Nueva York.
- 1930 a su regreso al Teachers College es miembro del profesorado y dicta curso sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas en esta Universidad hasta 1948.
- 1948 hasta 1953 realiza la revisión a la quinta edición del Textbook of the Principles and practice of Nursing, de Berta Harmer publicado en 1939.

- 1955 publica la sexta edición de este libro que contenía la Definición de Enfermería de Virginia Henderson.
- 1953 ingresa a la Universidad de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de Enfermería.
- 1959 a 1971 dirige el Proyecto Nursing Studies Index, subvencionado por la Universidad de Yale. Este fue diseñado como un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959.
- 1960 su folleto Basic Principles of Nursing Care para el International Council of Nurse.
- 1953 hasta 1958 trabajo en el Proyecto dirigido por Leo W Simmons, quien edito durante cinco años una Encuesta Nacional sobre la Investigación en Enfermería la cual fue publicada en 1964.
- 1966 publica su obra The Nature of Nursing aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera.

Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada emérita de investigación en la Universidad de Yale.

Es honrada con el primer Premio Christiane Reimann, con el Premio Mary Adelaide Nutting de la National League for Nursing de los Estados Unidos, fue elegida miembro honorario de la American Academy of Nursing, de la Association of Integrated and Degree Courses in Nursing, Londres y de la Royal College of Nursing de Inglaterra.

- o 1983 recibió el Premio Mary Tolle Wright Founders de la Sigma Theta Tau Internacional por su labor de Liderazgo, uno de los más altos honores de esta sociedad.

La Biblioteca Internacional de Enfermería de la Sigma Theta Tau fue bautizada con el nombre de Virginia Henderson.

- o 1978 publica la sexta edición de The Principles of Nursing fue elaborada por Henderson y Gladis Nite, editada por Virginia.
- o 1988, en la convención de la American Nurses Association (ANA) recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y a la profesionalidad en la enfermería a lo largo de su vida.

Virginia Avenel Henderson fallece a la edad de 99 años, en su casa de muerte natural el 30 de Noviembre de 1996.

5.5 FUENTES TEORICAS

Tres factores la condujeron a compilar su propia Definición de Enfermería el primero de ellos ocurrió al revisar el texto de Berta Harmer. El segundo factor fue su participación como integrante del Comité de la Conferencia Regional de la National Nursi Council en 1946, y el tercer factor estaba representado por su propio interés en el resultado de cinco años de Investigación de la American Nurses Association (ANA) sobre la función de enfermería en 1955. Henderson clasifico su trabajo como una definición más que como una teoría, la describió como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas.

Otras de las fuentes que influenciaron su trabajo fueron: Annie W Goodrich, Caroline Stackpole, Jean Broadhurst, Dr Edward Thorndike, Dr George Deaver, Bertha Harmer, e Ida Orlando.

5.6 TENDENCIA Y MODELO

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud

como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la Tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.

5.7 PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es denominada por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

5.7 Definición de Enfermería DE Virginia Henderson.

Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

Salud

Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Entorno

Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo.

Persona (paciente)

Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.

Necesidades

Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:

1. Respirar con normalidad. Es la función por medio de la cual el organismo inspira del exterior oxígeno para mantener la vida y elimina del interior los gases nocivos
2. Comer y beber adecuadamente. Es necesidad de cada organismo el consumir una

dieta que sea completa, equilibrada, suficiente, adecuada para mantenerse en buen funcionamiento

3. Eliminar los desechos del organismo. El organismo debe desechar los residuos acumulados por el catabolismo de los alimentos, así como los gases y otros elementos no útiles, por medio de la orina y las heces
4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada. El mantener una buena postura y realizar ejercicio físico permite tener una mejor circulación permitiendo así mejorar las funciones del cuerpo
5. Descansar y dormir. Es una necesidad básica para el ser humano debe cubrir ciertos requerimientos de tiempo y condiciones favorables para satisfacerla, a fin de tener un funcionamiento óptimo.
6. Seleccionar vestimenta adecuada. La forma de vestir es parte importante de la personalidad de un individuo, forma parte de su cultura y es un rasgo que lo hace diferente de los demás.
7. Mantener la temperatura corporal. La temperatura corporal es el grado de calor que genera el cuerpo en un determinado momento. La temperatura en un adulto mayor sano oscila entre los 36 y 36.5 °C
8. Mantener la higiene corporal. La higiene corporal es una forma de conservar la salud física, además el cuidar la piel ayudara a impedir la entrada de cualquier microorganismo.
9. Evitar los peligros del entorno. El ser humano debe protegerse de toda agresión externa o interna, par mantener así la integridad física.
10. Comunicarse con otros. La comunicación es un proceso en donde se transmiten y reciben ideas, emociones e informaciones entre personas, comprende todos los mecanismos por medio de los cuales una persona puede relacionarse con otra, utilizando como medio los sentidos
11. Ejercer culto a Dios, acorde con la religión. Cada persona se desenvolverá en la sociedad de acuerdo a sus valores o educación recibida
12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado. El trabajar es una forma en el que el individuo desarrolla su capacidad creadora, es un medio para conseguir el sustento diario permitiéndole así satisfacer necesidades básicas.

13. Participar en actividades de recreación y ocio. Es el realizar actividades con el fin distraer o entretener al individuo ayudándolo a tener momentos de descanso.
14. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud. El adquirir conocimiento y habilidades, ayuda al ser humano a modificar comportamientos para alcanzar, mantener o recuperar una su salud.

5.8 SUPUESTOS PRINCIPALES

La enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como sociología, puede evaluar las necesidades humanas básicas. La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia.

La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo

Las personas sanas pueden controlar su entorno, la enfermera debe formarse en cuestiones de seguridad, proteger al paciente de lesiones mecánicas.

5.9 AFIRMACIONES TEORICAS

Relación enfermera – paciente:

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

- o **La enfermera como sustituta del paciente:** este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.
- o **La enfermera como auxiliar del paciente:** durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.

- o **La enfermera como compañera del paciente:** la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

Relación enfermera – médico:

La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

Relación enfermera – equipo de salud:

La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas.

5.4. PROCESO DE ENFERMERIA

5.4.1 Antecedentes históricos

La ciencia de enfermería tienen una amplia base teórica y el proceso de cuidados representa el medio de llevar a la práctica una serie de conceptos. El proceso de cuidados es un instrumento que exige la observación sistemática, el razonamiento sólido, buen juicio clínico y una planificación detallada.

El Proceso de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

El término adquirió más legitimidad en 1973, cuando la American Nurses

Association (ANA) publico la *Standards Nursing Practice*, que describe las cinco fases del proceso de enfermería:

- 1) **Valoración:** es la primera etapa la cual consiste en recoger y organizar los dato de la persona, familia y entorno, son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
- 2) **Diagnóstico de Enfermería:** es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- 3) **Planificación.** Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas.
- 4) **Ejecución.** Es poner en práctica los cuidados programados.
- 5) **Evaluación.** Determina si se han conseguido los objetivos establecidos.

5.4.2 CONCEPTO

El proceso de enfermería es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería. Es útil para identificar los problemas del paciente para planear y efectuar en forma sistemática los cuidados de enfermería y para evaluar los resultados obtenidos con estos cuidados.

El proceso de enfermería es un método intelectual y deliberado, cuenta con una serie de etapas ordenadas lógicamente, que se utilizan para planificar cuidados personalizados dirigidos al bienestar de la persona, comunidad, o ambos.¹

Los objetivos son: establecer una estructura que pueda cubrir, las necesidades individuales de la persona., identificar necesidades reales y potenciales de la persona,

¹ (Phaneuf, 1999).

establecer planes de cuidados individualizados, actuar para resolver problemas y prevenir complicaciones.

Ventajas para la enfermera: Definir el campo del ejercicio profesional a partir de las normas de calidad de los cuidados de enfermería; logrando como resultado la satisfacción profesional de la enfermera, volverse experta en un área del cuidado y vivir el crecimiento profesional

Ventajas para el paciente: Participación en su propio cuidado. Identificación de la continuidad de sus cuidados, experimentar las mejoras en su salud.

5.4.3 VALORACIÓN.

Es la primera fase del proceso de enfermería, puede definirse como el proceso organizado y sistemático de recolección y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen a la persona como fuente primaria, la familia, el expediente clínico o a cualquier otra persona que dé atención a la persona que este a nuestro cuidado.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. Uno de los criterios de orden en la valoración es el de las catorce necesidades comenzando por los datos generales, luego la valoración focalizada en cada una de las necesidades y posteriormente con la exploración física que corresponde a cada necesidad.

5.4.3.1 Tipo de Datos:

Datos subjetivos: No se pueden medir y son los que expresa la persona. Lo dice sentir o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica (Sentimientos).

Datos objetivos: están constituidos por información real, observable, se pueden medir

por cualquier escala o instrumento. (Murray, 1996)

Datos históricos: antecedentes, son hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento. Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.

Datos actuales: información sobre el problema de salud actual.

5.4.3.2 Métodos para Obtener Datos.

Entrevista clínica, tiene como objetivo obtener información sobre la persona. Existen dos tipos de entrevista, formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, utilizando formularios ya establecidos, la enfermera realiza la historia del paciente. El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La observación, Implica la utilización de los sentidos para la obtención de información de la persona, como de cualquier otra fuente significativa de su entorno. La observación es una habilidad que precisa, práctica y disciplina.

La exploración física, determina la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, se obtienen datos para comparar y valorar la eficacia de las actuaciones, se confirman los datos subjetivos de la entrevista. Para ello se utilizan cuatro técnicas:

- 5) Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos.
- 6) Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio.
- 7) Palpación: se utiliza el tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel
- 8) Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos.

5.4.4 DIAGNÓSTICO

Es la fase durante la cual la enfermera analiza los datos obtenidos durante la valoración e identifica áreas problemáticas para la persona así como las fuentes de dificultad que las provoca.

El diagnóstico de enfermería es el “enunciado de un juicio clínico sobre las reacciones a los problemas de salud reales o potenciales, a los procesos vitales de la persona. Los diagnósticos de enfermería, sirven de base para elegir las intervenciones encaminadas a lograr los objetivos que son responsabilidad de enfermería.”²

5.4.4.1 Tipos de diagnósticos

Si se considera el diagnóstico enfermero según su virtualidad, se puede decir que existen cuatro tipos:

- 1 Real: el problema es actual y las manifestaciones son observables. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S).
- 2 Alto Riesgo: es un juicio clínico, de que es más probable que una persona sea más vulnerable a desarrollar el problema que otros en situación similar. Para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores de riesgo (E).
- 3 Posible: son enunciados que describen un problema que se sospecha, por lo cual se necesitan datos adicionales y la enfermera debe confirmar o excluir.
- 4 De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos:

² (Phaneuf, 1999)

deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos diagnósticos es una persona que comprenda que, puede lograr un nivel funcional más elevado si lo desea o si, es capaz.

5.4.5. PLANEACIÓN

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo cuidados de enfermería, que conduzcan a la persona a prevenir, reducir o eliminar las necesidades, Según la prioridad de los diagnósticos se agrupan en tres categorías:

Alta Prioridad: problemas de riesgo vital, por ejemplo paro cardiaco.

Mediana Prioridad: suponen una amenaza para la salud.

“Baja Prioridad: surge de necesidades normales del desarrollo, requiere apoyo mínimo de enfermería”³

La planeación incluye las siguientes sub-etapas:

5.4.5.1. Establecer prioridades en los cuidados. Es el proceso en el que se determina un orden jerárquico de las necesidades afectadas. Todas las necesidades, raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por lo que pueden agruparse en tres categorías: prioridad alta, media o baja. Las prioridades asignadas no son inmutables, van cambiando a medida que cambian las respuestas del paciente, los problemas y el tratamiento.

5.4.5.2. Planteamiento de los objetivos de la persona con resultados esperados:

Describe lo que lo enfermera espera conseguir al realizar las intervenciones.

³ Marriner, TA, Raile, AM. Modelos y teorías de enfermería. 4ª Ed. editorial Harcourt Brace, España, 2001.

Una vez que hemos jerarquizado las necesidades o problemas a tratar, debemos definir los objetivos a cumplir con respecto a cada problema, teniendo presente que el fin de los objetivos son:

- 1 Dirigir los cuidados.
- 2 Proporciona un plazo para las actividades planificadas
- 3 Servir como criterio para evaluar el progreso del paciente
- 4 Medir la eficacia de las actuaciones.

Normas generales para la descripción de objetivos

- 1 La formulación debe ser simple, clara y concisa.
- 2 El objetivo debe ser propio de una persona
- 3 Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- 4 La formulación debe indicar un plazo preciso para la realización del objetivo.
- 5 Debe evolucionar con la situación.
- 6 Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar.
- 7 Elaborar objetivos cortos.

Existen dos Tipos de Objetivos:

Objetivos de enfermería. Lo que se espera que logre la enfermera. Van dirigidos a encontrar los puntos fuertes de la persona y sus familiares; de su comprensión de los cambios biofisiológicos, que experimenta la persona y de su sensibilidad a la respuesta emocional, psicológica e intelectual.

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

Objetivos a corto plazo: son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando las personas son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.

Objetivos a mediano plazo: requieren semanas o meses, podemos utilizarlos para

reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.

“Objetivos a largo plazo: son los resultados que requieren de un tiempo mas prolongado.”⁴

Objetivos del paciente. Los cambios que logre el paciente, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados, estos deben ser alcanzables, medibles y específicos

Elaboración de las intervenciones de enfermería. Son estrategias concretas o actividades necesarias para favorecer, mantener o restablecer la salud de la persona. La persona y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. El plan se individualiza enfocándolo en el factor relacionado, en las fuerzas y debilidades del paciente y en la gravedad y urgencia de su estado.

Para lo se cual realizan diferentes intervenciones contando con el equipo de salud para realizarlo:

- 1 Intervenciones independientes: es toda acción reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales.
- 2 Intervenciones dependientes: incluye problemas que son responsabilidad directa del médico, el designa las intervenciones que debe realizar la enfermera.
- 3 “Intervenciones interdependientes: trabajan y colaboran en el tratamiento, las enfermeras y otros profesionales de la salud”.⁵

5.4.5.4. Documentación en el plan de cuidados de enfermería.

“El plan de cuidados de enfermería, es un método de comunicación de la información

⁴ Kozier, 1999

⁵ Kozier, 1999

importante sobre la persona, su objetivo es servir como anteproyecto para dirigir las actividades de enfermería, coordina y se utiliza como instrumento de comunicación entre los profesionales.”⁶

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria.

5.4.6 EJECUCIÓN

La fase de ejecución, es la etapa de realización del plan de cuidados, en ella se inician las intervenciones previstas en el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- 1 Validación del plan de atención. Se necesita buscar fuentes apropiadas para validar el plan como colegas más expertos, otros miembros del equipo de salud y el paciente, dándole así la oportunidad de participar en su propia atención.
- 2 Documentación del plan de cuidados. Debe estar escrito y al alcance de los miembros de salud. Actualmente se utilizan distintos tipos de plan de cuidados, los más comunes son: **individualizados**, son impresos y divididos en columnas destinadas para el diagnóstico de enfermería, los resultados esperados y las acciones de enfermería. En los planes **estandarizados** con modificaciones, los diagnósticos de enfermería, los resultados esperados y las acciones se especifican utilizando espacios en blanco para completar.
- 3 Mantener el plan de cuidados actualizado.

Enfermería tiene la responsabilidad de la ejecución del plan, en el cual se incluye a la persona y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones dirigidas a la resolución de las necesidades a fin de promover la salud.

5.4.7. EVALUACIÓN.

⁶ Iyer, 1997

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud de la persona y los resultados esperados. Al medir el progreso, la enfermera se da cuenta de los resultados obtenidos y de la eficacia de sus actuaciones. El proceso de evaluación consta de:

- 1 La obtención de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- 2 Comparación con los resultados esperados.
- 3 “Emitir un juicio sobre la evolución de la persona hacia la consecución de los resultados esperados.”⁷
- 4 La evaluación tiene como finalidad asegurar cuidados de calidad verificando continuamente la pertinencia de las intervenciones, dando la oportunidad de realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.
- 5

5.6 CAMBIOS BIOFISIOLÓGICOS Y PSICOSOCIALES EN EL ADULTO MAYOR

5.6.1. EL ADULTO MAYOR

Cada ser humano envejece a ritmo diferente. El envejecimiento representa un conjunto de cambios que aparecen en la persona a lo largo de la vida; es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, es diferente en cada persona, es el paso del tiempo sobre el organismo y no el producto de las enfermedades. Estos cambios son biológicos, fisiológicos, sociales, psicológicos.

“En los cambios biológicos, existe una disminución natural en el número de

1 ⁷ Phaneuf, 1999

motoneuronas, atrofia de las glándulas sudoríparas, reducción del flujo sanguíneo cerebral y disminución del número de neuronas en médula ósea y cerebro; disminución del peso cerebral.”⁸

Los *cambios físicos* se deben a modificaciones tisulares; se presenta reducción de masa muscular, orgánica y esquelética, aparición de canas, arrugas, pérdida de piezas dentarias, disminución de la agudeza visual y auditiva, excesiva acumulación de cerumen, descenso progresivo de la altura, pérdida de fuerza muscular.

Entre los *cambios psicológicos* están: el revisar los logros de su vida, afrontar la pérdida de amigos o del cónyuge, teniendo como consecuencia la aparición del sentimiento de soledad, amargura depresión pudiendo llegar al suicidio. La pérdida de la memoria reciente es la afectación más generalizada en el anciano, ocurre evocación de los hechos del pasado, es difícil la retención de sucesos recientes.

“Los ancianos rechazan el consumismo, los ideales de belleza, de vitalidad, por considerarlo inútil e improductivo, con frecuencia experimentan el abandono familiar, incomunicación, jubilación, disminución del ingreso económico la falta de participación social, escasa y baja calidad de la asistencia médica y social.”⁹

5.7 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD DIABETES MELLITUS

⁸ Hernández, CJ, Esteban, AM. Fundamentos de enfermería. Teoría y

⁹ *Encuesta Nacional de Salud 2000. 2. "La salud de los adultos". Instituto Nacional de Salud Pública. 1ª Edic. 2003.*

La Diabetes es una enfermedad Crónico Degenerativa en la que se produce una alteración en el aprovechamiento de los azúcares debido a una carencia parcial o total, de la hormona insulina o a que esta no cumple su función. La insulina hace posible que los azúcares entren en las células para poder ser utilizados como fuente de energía, si es escasa o funciona mal, los azúcares se acumulan en la sangre, produciendo lo que se denomina hiperglucemia (niveles por encima de lo normal de azúcar -glucosa- en la sangre).

La Diabetes se Clasifica en: Diabetes Mellitus Insulino Dependiente DMID (Tipo 1) y Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente DMNID (Tipo 2)

La Diabetes Mellitus insulino dependiente se desarrolla fundamentalmente en niños y adultos jóvenes pero puede presentarse en cualquier grupo etario. Su diagnóstico es más frecuente en los meses de invierno y su susceptibilidad se asocia al HLA del cromosoma 6, relacionándose con factores ambientales (virus, alimentos y clima) así como procesos inmunes que llevan a destrucción de las células β .

La Diabetes Mellitus no insulino dependiente tiene una incidencia mayor, variando enormemente de población en población. Se ha asociado a la obesidad y disminución del ejercicio físico.

La hiperglicemia sostenida causa diferentes daños al organismo que son considerados como complicaciones de la Diabetes, estas complicaciones pueden ser aguda o crónicas.

a) Complicaciones Agudas

+Cetoacidosis

+Coma hiperglucemico hiperosmolar no ce tónico

+Infecciones

b) Complicaciones Crónicas

Macrovasculares

+Arteriopatía cardiaca

+Vasculopatía periférica

Microvasculares

+Retinopatía

+Neuropatía

+Neuropatía.

La neuropatía diabética es una de las enfermedades renales más devastadoras

“Cerca de 80,000 personas reciben el diagnóstico de insuficiencia renal cada año en los Estados Unidos.”¹⁰

Se trata de una afección grave en la cual los riñones dejan de eliminar los desechos del organismo. La insuficiencia renal es la etapa final del deterioro lento de los riñones, que es un proceso conocido como nefropatía.

La Diabetes es la causa más frecuente de insuficiencia renal, y constituye más del 40 por ciento de los casos nuevos. Incluso cuando los medicamentos y la dieta pueden controlar la diabetes, la enfermedad puede conducir a nefropatía e insuficiencia renal. La mayoría de los diabéticos no desarrollan una nefropatía lo suficientemente grave como para causar insuficiencia renal.

Fisiopatología

La proteinuria fue primero reconocida en el siglo XVIII y posteriormente, 40 años después, Bright postuló esta forma de enfermedad renal como específica de la

¹⁰ Internal Medicine, Steve S. 2004

Diabetes. En 1830 fue clarificada por Kimmelstiel y Wilson, describiendo las lesiones. La microalbuminuria, estadio inicial de la proteinuria, de acuerdo a la clasificación de Mogensen, es definida como la tasa urinaria de excreción de albuminuria de 20-200 mg/min, predictivo del desarrollo de lesión renal diabética, asociado además a otras complicaciones diabéticas, especialmente enfermedad cardiovascular. Muchas de estas alteraciones se explican por disfunción endotelial, hipertensión, anormalidades del metabolismo de lípidos, resistencia a la insulina, fumado y glicosilación de proteínas, la proteinuria ayuda más a predecir el desarrollo de nefropatía diabética en los pacientes insulino-dependientes, pero también es de ayuda en los no insulino-dependiente, sin embargo en este grupo parece predecir mejor el riesgo cardiovascular. Se ha correlacionado la microalbuminuria con la disfunción endotelial, la retinopatía y la enfermedad cardiovascular, además de la lesión renal.

Se menciona que la hiperfiltración glomerular y la elevación de la presión hidrostática glomerular puede contribuir a la nefropatía diabética, estando involucrados diversos mecanismos neurohormonales como el sistema renina-angiotensina y el sistema nervioso simpático.

Se conocen también fenómenos oxidativos en la nefropatía diabética y en general el daño vascular de la diabetes.

Existe una interrelación de vías metabólicas y hemodinámicas en la microcirculación renal del diabético. Los inhibidores de estas vías han aumentado el entendimiento para el desarrollo de nuevas opciones en el tratamiento de la nefropatía diabética.

Debido a que la diabetes es un estado de hiperglicemia crónica, es posible que el proceso dependiente de hiperglicemia esté envuelto en la nefropatía diabética, por ejemplo vía la generación de avanzada glicosilación de proteínas, que al acumularse en el riñón, altere la función del mismo. La aminoguanidina, un inhibidor de la formación de glicosilación proteica, reduce la acumulación de dichas proteínas en el riñón y retarda el desarrollo de albuminuria y proliferación mesangial. El uso del compuesto tiazólico, bromuro de fenaciltiazolio, revierte algunos de los efectos de las

proteínas glicosiladas y su daño en el riñón. Por otro lado, la pentosidina se ha correlacionado con la severidad de las complicaciones diabéticas y se ha encontrado que es capaz de elevar el marcador de activación de monocitos, neopterina, en comparación con otros marcadores de función inmunológica.

Los pacientes con nefropatía diabética tienen un metabolismo lipoproteico anormal que puede ser influido por la alteración de la función renal y por la alteración del control metabólico de la diabetes, este daño se da en el transporte lipídico, con cambios en el metabolismo de lipoproteínas que contienen Apo B y Apo A, que contribuyen a los cambios estructurales de la alteración catabólica, lo que puede aumentar el potencial aterogénico característico en estos pacientes.

El desarrollo de la falla renal en los diabéticos, altera la cinética de la insulina, la resistencia tisular a la insulina, la ingesta calórica y otros determinantes del control de la glucosa sanguínea.

Signos y Síntomas

La nefropatía diabética en su etapa inicial es asintomática. Con el tiempo, la capacidad del riñón para funcionar comienza a disminuir. Los síntomas se desarrollan en las etapas posteriores de la enfermedad y pueden abarcar:

- Fatiga
- Apariencia espumosa o espuma excesiva en la orina
- Hipo frecuente
- Sensación de malestar general
- Prurito generalizado
- Dolor de cabeza
- Náuseas y vómitos
- Inapetencia
- Hinchazón de las piernas
- Inflamación, generalmente alrededor de los ojos en las mañanas; se puede dar una inflamación corporal generalizada en las etapas avanzadas de la enfermedad

- Aumento de peso involuntario (por la acumulación de líquido)

Diagnóstico

Se puede sospechar que la persona tiene nefropatía diabética si ésta padece diabetes y un análisis de orina de rutina muestra demasiada proteína urinaria. Este examen también puede mostrar glucosa en la orina, especialmente si la glucemia está mal controlada.

El principal signo de nefropatía diabética es la proteína persistente en la orina. (La proteína puede aparecer en la orina durante 5 a 10 años antes de que se desarrollen otros síntomas). Si se sospecha de esta afección, se llevará a cabo un examen de microalbuminuria. Un examen positivo significa a menudo que la persona tiene al menos algún daño en el riñón por la diabetes. El daño en esta fase puede ser reversible.

La hipertensión arterial a menudo acompaña a la nefropatía diabética. Se puede presentar hipertensión que se desarrolla rápidamente o que es difícil de controlar.

Los exámenes de laboratorio que se pueden hacer abarcan:

- BUN
- Creatinina en suero

Los niveles de estos exámenes aumentarán a medida que empeore el daño renal. Otros exámenes de laboratorio que pueden hacerse abarcan:

- Proteína en orina de 24 horas
- Niveles sanguíneos de fósforo, calcio, bicarbonato y potasio
- Hemoglobina
- Hematocrito
- Electroforesis de proteína en orina
- Conteo de glóbulos rojos

Una biopsia renal confirma el diagnóstico. Sin embargo, se puede diagnosticar la afección sin una biopsia si se reúnen las siguientes tres condiciones:

- Proteína persistente en la orina
- Retinopatía diabética
- Ninguna otra enfermedad del riñón o del tracto renal

Sin embargo, se puede llevar a cabo una biopsia si hay alguna duda

Tratamiento

Diálisis: Las personas con insuficiencia renal tienen que someterse a diálisis, la cual reemplaza algunas de las funciones de filtración de los riñones, o a un trasplante.

Control glicémico: Se ha demostrado que el control glicémico intensivo retarda la tasa de microalbuminuria y proteinuria. Se recomienda su medición en diabéticos con insuficiencia renal, incluso bajo terapia dialítica. . A medida que la insuficiencia renal empeora, el cuerpo elimina menos insulina, de manera que se pueden requerir dosis más pequeñas para controlar los niveles de glucosa.

“Hace más de veinte años Mogensen demostró que el **tratamiento antihipertensivo** puede atenuar la tasa de declinación en la función renal en pacientes con diabetes tipo I, hipertensión y proteinuria.”¹¹

Se han utilizado ramipril a dosis bajas, captopril y lisinopril, siendo más efectivos que la dihidropiridinas calcio antagonistas y los β - bloqueadores. Se ha utilizado con buenos resultados el captopril, recientemente el grupo de Crepaldi en Italia (1998), han obtenido buenos resultados con el uso de nifedipina para retardar la evolución de la nefropatía diabética en pacientes con IDDM, con presión arterial normal y microalbuminuria.

¹¹ Internal Medicine, Steve S. 2004

Medición de la Presión Arterial: Se considera que la presión arterial debe estar en valores de 123 / 70 - 75 en pacientes jóvenes y 125 - 130 / 80 - 85 en pacientes mayores.

Ingesta dietética de proteínas: Se ha encontrado un efecto benéfico sobre la tasa de filtración glomerular, el aclaramiento de creatinina y la proteinuria con una dieta con restricción de proteínas (0.5 - 0.85 g/kg/día).

Trasplante Renal: Se ha encontrado que la sobrevida de los diabéticos es significativamente menor que la de los no diabéticos. La sobrevida del injerto es comparable en trasplante para ambos grupos, no existiendo evidencia de aparente de la hiperfiltración glomerular. La intervención para modificar el riesgo cardiovascular debe ser agresiva para mejorar la sobrevida del paciente y el injerto.

CAPITULO III

APLICACION DEL PROCESO ENFERMERO EN LA USUARIA

Valoración: Según las 14 Necesidades de Virginia Henderson

Datos General

JQA, Femenina de 74 años de edad, casada, madre de 6 hijos, con escolaridad de Primaria incompleta. Su ocupación es ama de casa, originaria y residente de Ixtlán Michoacán, de religión católica.

La usuaria fue internada en el hospital General de Zamora el 13 de Marzo del año 2008, en la sala de urgencia por presentar dificultad respiratoria y edema en miembros inferiores de 3 días de evolución, hasta ese momento ella desconocía la presencia de alguna enfermedad crónico degenerativa, debido a la falta de automatismo respiratoria se le intubo con cánula endotraqueal. Basado en el cuadro clínico y los estudios de laboratorio que mostraron: Glucosa de 226 mg/dl, Urea 224 mg/dl, Creatinina sérica de 9.1 mg/dl, Nitrógeno ureico de 97 mg/dl y una Hemoglobina de 6.5, se le dio un diagnóstico médico de Insuficiencia Renal Crónica secundaria a Nefropatía Diabética más Anemia de Tercer Grado. Por lo que se le se instala catéter de Tenckoff para diálisis peritoneal y se le realizó transfusión de 3 paquetes globulares, en el la usuaria se reporta MUY GRAVE lo que se le comunica a los familiares. Sin embargo durante su estancia intrahospitalaria la usuaria evoluciona favorablemente y el día 18 de Marzo se realiza su egreso con tratamiento terapéutico en su domicilio de la siguiente manera

- 1.-Laxis de 20 mg tomar una tableta cada 12 hora
- 2.-Ranisen de 50 mg Tomar una tableta cada 8 horas
- 3.-Nifedipino tomar una tableta cada 24 horas
- 4.-Ketoloralo 1 tableta cada 8 horas en caso de dolor

5.-Ampicilina tomar 1 tableta cada 8 horas por 8 días.

6.-Ferranina Fólica tomar una tableta cada 24 horas

7.-Calcetro y vitamínico tomar una tableta cada 24 horas

8.-Realizar diálisis peritoneal con balances neutros de 250 ml al 1.25% cada 8 horas.

El día 22 de Marzo la usuaria es traída por sus familiares a la sala de urgencias por presentar dificultad en la salida de la solución de la diálisis peritoneal, por lo que se le diagnostica un catéter disfuncional. Se realiza su reingreso y permanece dos días de hospitalización. Se egresa el día 24 de Marzo con el mismo plan de tratamiento, solamente se agrega: Amikacina 10 mg. en cada baño de la solución para dializar durante 7 días, con cita a Medicina Interna en 1 semana o cita abierta a urgencias en caso de datos de alarma.

El día sábado 22 de Marzo estando en la Jornada Acumulada conozco a la usuaria y empiezo a trabajar con ella.

1.-Necesidad de Oxigenación

El día 22 de Marzo, durante su estancia intrahospitalaria en el área de Observación Adultos del Servicio de Urgencias, la usuaria presento Dificultad Respiratoria debido a la retención de líquidos ya que no se le había realizado el recambio de baño de diálisis por tener un catéter disfuncional, motivo por el cual se ingresó a urgencias. Se registra una frecuencia respiratoria de 30 respiraciones por minuto, en posición Semifowler y oxigenoterapia por puntas nasales.

El día 25 de Marzo se observó a la usuaria en su domicilio una vez que fue dada de alta, sin dificultad respiratoria, con una frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, en su cama en posición semifowler y con buena ventilación de la habitación. Se observan respiraciones uniformes y profundidad, integración toraco-abdominal. Tórax normolíneo con glándulas mamarias sin alteraciones. A la palpación se refiere asintomático. Niega hábito de fumar el mismo que considera mal visto por la sociedad para la mujer y malo para la salud.

Esta necesidad se considera parcialmente dependiente por falta de conocimiento ya que la usuaria tiene el riesgo de presentar retención de líquidos y como consecuencia dificultad respiratoria.

2.-Necesidad de Nutrición e Hidratación

Antes de su ingreso al hospital la usuaria tenía malos hábitos alimenticios ya que refiere consumía un medio litro de coca-cola diariamente y la mínima ingesta de agua. Su dieta es a base de carnes 4 veces a la semana, verduras 4 veces a la semana, frutas 4 veces a la semana, cereales 4 veces a la semana, realiza 3 comidas al día. Refiere que sus colaciones favoritas son los dulces, tales como alcanfor, cajeta, dulce de calabaza, camote, entre otros.

A la observación se tiene abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, con presencia de red venosa colateral, con catéter de diálisis peritoneal y herida quirúrgica aun con presencia de hilo quirúrgico, herida limpia. A la palpación sin viseromegalias, ni tumoraciones, con peristalsis presentes, ruidos intestinales normales, refiere dolor leve en el sitio de la herida quirúrgica. Su peso corporal es de 64 kilogramos, su estatura de 1.58 metros y tiene un Índice de Masa Corporal de 26.8

Los datos relevantes de laboratorio son: Hemoglobina de 8.6, Glucosa de 111 mg/dl, la glucosa se mantiene estable una vez realizada la Diálisis Peritoneal.

Necesidad considerada Parcialmente dependiente por falta de conocimientos ya que la señora JQA deberá cambiar sus hábitos alimenticios y llevar a cabo una dieta estricta.

3.-Necesidad de eliminación

En esta necesidad se valora la capacidad de la usuaria para eliminar los desechos del organismo, ya sean intestinales, urinarios y cutáneos, al igual que los hábitos y costumbres para la eliminación.

La señora JQA evacua una vez al día, con características de evacuaciones de color marrón, sin presencia de moco ni sangre, de consistencia dura. Refirió diarrea después que se le prescribió el Potasio. Orina de 3 a 4 veces diariamente con características de orina de color amarillo claro, sin presencia de hematuria, con olor propio de la orina y la cantidad aproximada de 100 a 150 mililitros, no refiere dolor, ardor, prurito o dificultad para orinar.

Existe una vía alternativa de eliminación, el catéter de Tenckoff para diálisis peritoneal que le fue colocado el día 13 de Marzo debido a una insuficiencia renal secundaria a nefropatía diabética, el 19 de Marzo egresa del hospital, pero el 22 de Marzo reingresa por la presencia de catéter disfuncional y probable infección de líquido peritoneal, egresando nuevamente el 24 de Marzo. Se observa salida de catéter limpia, sin datos de infección, salida de líquido de calidad peritoneal clara y obteniendo balances neutros. A la palpación media y profunda se refiere asintomática, a la auscultación se detectan ruidos intestinales normales, peristalsis presente.

Esta necesidad se ve afectada por la presencia ocasional de diarrea, además del riesgo que puede existir de un catéter disfuncional y como consecuencia retención de líquidos, la usuaria es parcialmente dependiente por la falta de conocimiento.

4.-Necesidad de Movilidad y Postura

La usuaria antes de su ingreso al hospital realizaba actividad física moderada, pues se desplazaba en su hogar mientras realizaba actividades domésticas, además de realizar sus compras en el mercado. Durante su estancia en el hospital la señora JQA desarrolla una úlcera por decúbito en talón de la extremidad derecha lo que impide su movilidad en su totalidad además de presentar fuerza muscular disminuida lo que refiere como “debilidad” para levantarse por si sola de la cama. A la exploración se observan miembros superiores íntegros, piel deshidratada e icterica, con equimosis y caída de piel en antebrazo izquierdo por inserción de venoclisis durante estancia hospitalaria, es capaz de realizar todos los movimientos propios de extremidades superiores. En las extremidades inferiores se observa edema, úlcera por decúbito en talón de extremidad derecha, además de desviación de ambos orfejos primeros.

La usuaria vive en una casa _ habitación que cuenta con todos los servicios, tiene cuatro habitaciones, cocina, sala, baño, de una sola planta. Esta construida parte de teja y parte de concreto, piso con mosaico en su totalidad, un patio grande con plantas y animales (gallos, canarios, puercos, perro)

Esta necesidad se considera parcialmente independiente ya que la usuaria no puede deambular por si misma y presenta disminución de fuerza muscular.

5.-Necesidad de Descanso y Sueño

La señora JQA durante su estancia intrahospitalaria refiere no dormir bien a causa “del mucho ruido”. Una vez que es dada de alta en su hogar normalmente duerme un promedio de 5 horas durante la noche ya que sus cambios de Diálisis se realizan cada 6 horas, teniendo los siguientes horarios: 6 de la mañana, 12 del día, 6 de la tarde y 12 de la noche; sin embargo ella toma pequeñas siestas durante el día.

A la exploración se observa usuaria conciente, tranquila y bien orientada en sus tres esferas, sin presencia de bosteceos ni ojeras. Su habitación cuenta con una cama cómoda, un reposit y esta aislada de ruidos. Al momento esta necesidad se considera dependiente, sin embargo puede existir riesgo de alteración del Patrón de sueño si la usuaria duerme en exceso durante el día.

6.-Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.

La usuaria es parcialmente dependiente para elegir la ropa que desea usar, parcialmente ya que solamente, para mayor comodidad, usa batas y pantunflas y en ocasiones refiere “le gustaría ponerse nuevamente sus vestidos y zapatos de tacón” Ella elige cual es la bata y el color de la misma que desea ponerse, así como si quiere usar medias y suéter, con la ayuda de un familiar ella realiza el cambio de ropa diaria, su vestimenta se observa limpia, bata y fondo, en ocasiones sus pantunflas se observan sucias de la comida que accidentalmente se cae a la hora de ingerir su dieta. Se percibe buen olor al acercamiento, a la usuaria le gusta teñirse el pelo a lo cual su esposo le ayuda, usa aretes que ella elige de acuerdo al color de su bata.

Esta necesidad se considera parcialmente Independiente, la usuaria se siente cómoda con la ropa que usa pero en ocasiones el vestir bata diariamente baja su nivel de autoestima.

7.-Necesidad de Termorregulación

La usuaria normalmente tiene una temperatura estable de 32 grados Centígrados en la medición axilar, el medio ambiente esta adecuado para tener una perfecta temperatura, cuando el clima esta frío la usuaria usa batas de algodón y suéter, cuando esta caliente usa batas ligeras. Sin embargo después de su cambio de diálisis durante la mañana la usuaria refiere “escalofríos” en varias ocasiones, al checar su temperatura esta se encuentra normal y la usuaria usa un suéter durante este período. Esta necesidad se considera Independiente.

8.-Necesidad de Higiene y Protección de la Piel.

La usuaria se baña cada tercer día, con cambio de ropa diario, cepillado dental 3 veces al día con buena técnica de cepillado. Su cabello parece estar limpio, se lava la cara todos los días al despertar, el lavado de manos lo realiza después de ir al baño, antes de los alimentos y siempre que sea necesario, sus uñas de manos y pies se encuentran largas y con acumulación de mugre ya que ella no puede ver bien para cortárselas y no confía en su esposo para que realice el aseo de las mismas.

Se observa usuaria con buena presentación, sin existencia de olores desagradables, ropa limpia, cabello algunas veces cano y otras teñido y bien peinado, no existe resequedad del cuero cabelludo ni caspa, no hay presencia de cerumen, sin halitosis, presenta prótesis dental total, su piel se observa reseca.

En esta necesidad la usuaria es dependiente ya que su familiar le ayuda a realizarse el baño, evacua en su habitación en una silla-baño y sus uñas de ambas extremidades, inferiores y superiores, se encuentran descuidadas por falta de conocimiento.

9.-Necesidad de Evitar Peligros

La usuaria refiere nunca se ha realizado el Papanicolau, ni la autoexploración de genitales y de mamas ya que no sabe la técnica además a ella le parece que no es importante, cuenta con esquema de vacunación completo. Conoce parcialmente medidas preventivas para evitar accidentes en el hogar. Ella se toma los medicamentos prescritos cuando se los da su esposo pues ella no puede leer que medicamento es debido a disminución visual lo que se considera un factor de riesgo de confusión de medicamentos pues su esposo es adulto mayor al igual que ella.

La usuaria tiene disminución visual en ambos ojos como consecuencia de la parálisis facial que sufrió hace 4 años. Refiere disminución de fuerza muscular en ambas extremidades inferiores y superiores lo que limita la mayoría de las actividades.

En su hogar cuenta con mascotas como puercos, perro, entre otras lo cual pueden ser fuente de contaminación así como factor de riesgo para caídas ya que el perro no esta amarrado.

En esta necesidad la usuaria es dependiente por los factores de riesgos existentes.

10.-Necesidad de Comunicarse

Las personas con las que más se comunica la usuaria es con su familia, la cual esta integrada por su esposo y 6 hijos de los cuales todos están casados. Cuatro de sus hijos (2 mujeres y 2 hombres) viven en estados unidos con sus esposos e hijos, los cuales se comunican por teléfono con ella una vez a la semana además de apoyarla económicamente. Otra de sus hijas vive en Morelia con su familia y se comunica con ella también por teléfono además de venir a visitarla dos veces al mes. Su hijo que resta vive con su familia muy cerca (a 5 casas) de la señora JQA y es él y su esposa quienes mas ayudan físicamente a la usuaria. Al parecer la usuaria no tiene ningún problema para la comunicación y toda la familia la apoya. Esta necesidad se encuentra cubierta en su totalidad y la usuaria es dependiente. En algunas ocasiones ella recibe visita de amigas y vecinas ya que desde su regreso del hospital no ha salido de su domicilio únicamente para sus citas médicas.

11.-Necesidad de Creencias y Valores

En esta necesidad se valora el sistema de creencias del individuo, el cual comprende conocimientos de índole personal, valores, normas individuales y sociales, así como la fe y esperanza.

La usuaria profesa la religión católica. Antes de ser internada en el hospital asistía a misa cada tercer día, ahora que se encuentra en su hogar recibe la comunión tres veces a la semana por medio de alguien que se la lleva a su domicilio. Ella refiere pedirle a Dios por su salud. Su aptitud religiosa es buena, tiene fe en que Dios es quien la está ayudando en su enfermedad y tiene una esperanza de la vida eterna. Sus creencias socioculturales para el cuidado de la salud están basadas en que es Dios quien ayuda a los médicos para que puedan llevar a cabo su función y curar a los enfermos, no cree en los hechiceros ni en ningún otro tipo de medicina tradicional. Al parecer la usuaria no tiene presencia de conflictos espirituales. En su hogar existe la presencia de objetos religiosos como imágenes de santos y rosarios.

La señora JQA es independiente totalmente en esta necesidad.

12.-Necesidad de Trabajo y Realización

La usuaria desde su ingreso al hospital dejó de realizar trabajos propios del hogar como cocinar, lavar, planchar, barrer, trapear, etc. quedando estos a cargo de su esposo y de su nuera. Esta satisfecha con el rol que desempeña como mujer, esposa, madre y abuela, sin embargo ella siente que necesita volver a realizar sus actividades en el hogar, retomar su rol. Ella no aporta económicamente nada al hogar, su esposo es jubilado y sus todos sus hijos la apoyan económicamente.

En esta necesidad la señora JQA es parcialmente dependiente ya que debido a su enfermedad no está llevando a cabo su rol de esposa en el hogar por falta de fuerza.

13.-Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

En esta necesidad se valora la capacidad del organismo para la actividad física, así como la capacidad para realizar actividades recreativas.

La usuaria considera parte de su recreación el ver televisión, escuchar música y platicar con sus amigas que la visitan. No practica ningún deporte por la condición de la salud en la que se encuentra además de no tener tiempo.

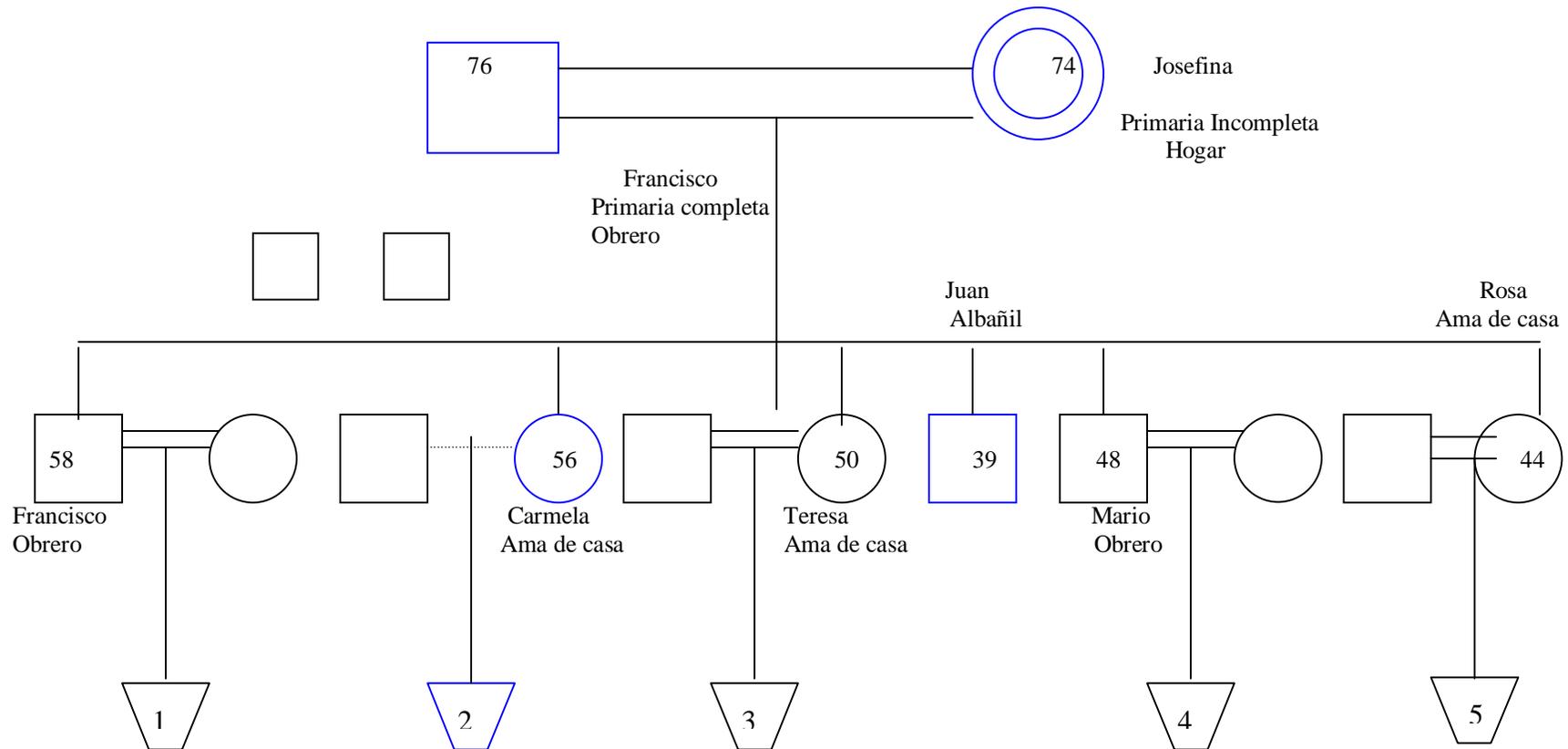
En esta necesidad la usuaria es parcialmente dependiente, la causa de la dificultad es por falta de fuerza y de voluntad.

14.-Necesidad de aprendizaje.

La usuaria no tiene ningún problema que interfiera en su aprendizaje, pone mucha atención a las instrucciones que se le dan sobre el cuidado de su salud, mismas que realiza. Aunque su grado académico es primaria incompleta la usuaria sabe leer y realizar operaciones simples como sumas, resta, multiplicación. Considera la escuela importante el aprendizaje y superación y desea que todos sus nietos tengan una carrera profesional. No se arrepiente de su rol de esposa que tomo a temprana edad en vez de ir a la escuela.

La señora JQA es independiente ya que no tiene ninguna limitante para satisfacer esta necesidad. Acepta recibir enseñanza y recomendaciones y las lleva acabo con una aptitud positiva, sin embargo necesita recibir información sobre su patología.

FIGURA 1. FAMILIOGRAMA



IDENTIFICACION DE DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS

Necesidad de Oxigenación

Datos subjetivos: Niega tabaquismo, refiere no presentar dolor a nivel torácico.

Datos objetivo: Usuaria conciente, alerta, con dificultad respiratoria, 30 respiraciones por minuto (durante su estancia hospitalaria) en la valoración matutina, en posición Semifowler.

En su domicilio, con estado de respiración de vía aérea tipo nasal espontáneo, con un ritmo regular, vías aéreas despejadas, sin presencia de tos ni esputo, ruidos respiratorios dentro de los límites normales. Coloración de piel: icterica, con frecuencia respiratoria de 20 por minuto.

Condición de la persona: La usuaria es parcialmente dependiente ya que puede presentar dificultad respiratoria como consecuencia de la retención de líquidos.

Necesidad de Nutrición e Hidratación

Datos subjetivos: Refiere haber pesado 64 kilogramos en los últimos 3 meses, su apetito no ha tenido cambios, líquidos que le agradaban ahora están prohibidos (coca cola), no tiene ningún conocimiento sobre nutrición, niega alcoholismo y otras adicciones. Refiere realizar las tres comidas diarias a base de todos los alimentos básicos en buena cantidad y calidad.

Datos Objetivos: abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, su talla es de 1.58 cms; peso de 64 kilogramos, uñas largas, piel hidratada excepto en extremidades inferiores, boca con mucosas orales hidratadas, dentadura postiza, buena capacidad para masticar, deglutir y alimentarse a si misma.

Condición de la persona: se considera parcialmente dependiente por falta de conocimientos ya que la señora JQA deberá cambiar sus hábitos alimenticios y llevar acabo una diete estricta.

3.-Necesidad de eliminación

Datos Subjetivos: Percepción de la necesidad de orinar presente, capacidad para retrasar la micción después de sentir la necesidad presente, alivio después de la micción completo. Evacua 1 vez al día, micción de 3 a 4 veces al día, no refiere dolor, ardor, prurito o dificultad para orinar. Refiere haber presentado evacuaciones diarreas después de ingerir el Potasio en tabletas que le fue prescrito.

Datos Objetivos: heces color marrón, sin presencia de moco ni sangre, de consistencia dura. Orina de 3 a 4 veces diariamente con características de orina de color amarillo claro, sin presencia de hematuria, con olor propio de la orina y la cantidad aproximada de 100 a 150 mililitros. Existe una vía alternativa de eliminación, el catéter de Tenckoff para diálisis peritoneal, Se observa salida de catéter limpia, sin datos de infección, salida de líquido de cavidad peritoneal clara y obteniendo balances neutros.

Condición de la persona: Esta necesidad se ve afectada por la presencia ocasional de diarrea, además del riesgo que puede existir de un catéter disfuncional y como consecuencia retención de líquidos, la usuaria es parcialmente dependiente por la falta de conocimiento.

Necesidad de Movilidad y Postura

Datos Subjetivos: la usuaria refiere debilidad muscular.

Datos Objetivos: su brazo y mano dominante son el izquierdo debido a evento vascular cerebral que sufrió hace 5 años, tiene capacidad para girarse en la cama, pero necesita ayuda para sentarse y pararse, capacidad para estar de pie con ayuda, pero no para deambular, su marcha es inestable, dispositivo de ayuda es su andador, dispositivo restrictivo la diálisis peritoneal y debido a la herida quirúrgica que aun presenta, además de la úlcera por decúbito en talón derecho, con equimosis y caída de piel en antebrazo izquierdo por inserción de venoclisis durante estancia hospitalaria, es capaz de realizar todos los movimientos propios de extremidades superiores.

Condición de la persona: Esta necesidad se considera parcialmente independiente ya

que la usuaria no puede deambular por sí misma y presenta disminución de fuerza muscular.

Necesidad de Descanso y Sueño

Datos Subjetivos: Su horario de irse a dormir antes de su tratamiento de diálisis peritoneal era de 10 de la noche a 7 de la mañana, actualmente la usuaria duerme sólo 5 horas durante la noche, refiere tomar siestas durante el día para compensar sus horas de sueño.

Datos Objetivos: No presenta bostezos ni ojeras.

Condición de la persona: esta necesidad se considera dependiente, sin embargo puede existir riesgo de alteración del Patrón de sueño si la usuaria duerme en exceso durante el día.

Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas

Datos Subjetivos: Refiere sentirse cómoda con la ropa que usa, la mantiene a una temperatura adecuada. Refiere “le gustaría volver a usar sus vestidos y tacones”

Datos Objetivos: Usa bata limpia a su medida, pantuflas, calcetas si hace calor, ropa interior limpia.

Condición de la persona: Esta necesidad se considera parcialmente Independiente, la usuaria se siente cómoda con la ropa que usa pero en ocasiones el vestir bata diariamente baja su nivel de autoestima.

Necesidad de Termorregulación

Datos Subjetivos: La usuaria refiere tener un buen ambiente doméstico, su habitación es templada, cuando tiene calor usa el ventilador y cuando tiene frío usa una cobija y calcetines. También refiere “tener frío” cuando se le hace el recambio de diálisis durante la mañana.

Datos Objetivos: Tiene una temperatura basal normal, su temperatura actual es de 36

grados Centígrados, aun durante el baño de diálisis cuando ella refiere tener frío su temperatura se encuentra normal.

Condición de la persona: Esta necesidad se considera Independiente.

Necesidad de Higiene y Protección de la piel

Datos Subjetivos: La usuaria se baña cada tercer día, con cambio de ropa diario, cepillado dental 3 veces al día con buena técnica de cepillado. Se lava la cara todos los días al despertar, el lavado de manos lo realiza después de ir al baño, antes de los alimentos y siempre que sea necesario.

Datos Objetivos: Se observa usuaria con buena presentación, sin existencia de olores desagradables, ropa limpia, cabello algunas veces cano y otras teñido y bien peinado, no existe resequedad del cuero cabelludo ni caspa, no hay presencia de cerumen, sin halitosis, presenta prótesis dental total, su piel se observa reseca. Su cabello parece estar limpio. Sus uñas de manos y pies se encuentran largas y con acumulación de mugre.

Condición de la persona: La usuaria se encuentra dependiente en esta necesidad ya que tiene déficit de su autocuidado.

Necesidad de Evitar Peligros

Datos Subjetivos: Perdida de visión bilateral, audición adecuada, sensibilidad térmica y táctil adecuada aun en extremidades inferiores, orientada en tiempo, espacio y acontecimientos. Perdida del equilibrio debido a úlcera por decúbito en talón derecho.

Datos Objetivos: Dispone de ayuda por parte de sus familiares, su esposo le proporciona los medicamentos que le corresponden. Marcha inestable, incapacidad para mantenerse sobre una pierna, capacidad para comunicar las necesidades. La usuaria cuenta con animales como puercos y un perro doméstico.

Condición de la persona: En esta necesidad la usuaria es dependiente por los factores de riesgos existentes.

Necesidad de Comunicarse

Datos Subjetivos: Expresa todas sus necesidades, todos sus hijos la apoyan tanto emocional como económicamente, no tiene problemas de lenguaje ni audición.

Datos Objetivos: su método de comunicación es verbal, es capaz de seguir instrucciones o ideas, mantiene contacto ocular, no hay presencia de cerumen.

Condición de la persona: Esta necesidad se encuentra cubierta y la usuaria es dependiente totalmente.

Necesidad de Creencias y Valores

Datos Subjetivos: la usuaria refiere ser católica, la fuente de su fe y esperanza es Dios. Recibe la comunión en su domicilio dos veces a la semana. Refiere orar a Dios y los santos por su salud.

Datos Objetivos: en su hogar existe la presencia de objetos religiosos como imágenes de santos y rosarios.

Condición de la persona: La señora JQA es independiente totalmente en esta necesidad.

Necesidad de Trabajo y Realización

Datos Subjetivos: Está satisfecha con el rol que desempeña como mujer, esposa, madre y abuela, sin embargo ella siente que necesita volver a realizar sus actividades en el hogar, retomar su rol.

Datos Objetivos: No realiza actividades domésticas

Condición de la persona: En esta necesidad la señora JQA es dependiente ya que debido a su enfermedad no esta llevando acabo su rol de esposa en el hogar por falta de fuerza.

Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Datos Subjetivos: su recreación favorita es ver televisión (películas antiguas) y escuchar música, conversar con sus amigas sobre acontecimientos del pasado. Desea realizar actividades como viajar e ir a tomarse una nieve al centro.

Datos Objetivos: la usuaria se observa motivada cuando escucha música o ve televisión.

Condición de la persona: En esta necesidad la usuaria es parcialmente dependiente, la causa de la dificultad es por falta de fuerza y de voluntad.

Necesidad de aprendizaje

Datos Subjetivos: Grado académico de primaria incompleta, la usuaria sabe leer y escribir, sin embargo necesita más información sobre su enfermedad.

Datos Objetivos: La usuaria no tiene ningún problema que interfiera en su aprendizaje, pone mucha atención a las instrucciones que se le dan sobre el cuidado de su salud, mismas que realiza. Acepta recibir enseñanza y recomendaciones y las lleva a cabo con una actitud positiva.

Condición de la persona: La señora JQA es independiente ya que no tiene ninguna limitante para satisfacer esta necesidad, sin embargo necesita ser educada sobre su enfermedad.

JERARQUIZACION DE NECESIDADES Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

1.-Deterioro de la integridad cutánea relacionado con presión en prominencias óseas y traumatismo, manifestado por úlcera por decúbito en talón derecho, equimosis y discontinuidad de la piel en antebrazo izquierdo.

2.-Intolerancia a la actividad relacionada con una condición física deficiente por reposo en cama prolongado, manifestado por dificultad para cambiar de posición en la cama, sentarse, levantarse, deambular y expresión verbal de no tener fuerza.

3.-Riesgo de infección relacionado con un acceso directo a la cavidad peritoneal a través del catéter de Tenckoff y la falta de conocimientos, por parte del cuidador, sobre la técnica de asepsia y antisepsia.

4.-Manejo ineficaz del régimen terapéutico relacionado con dudas acerca de la gravedad del problema, manifestado por aumento en el nivel de glucosa y expresión verbal de no tomarse el medicamento “porque ya tomo mucho”

5.-Riesgo de manejo ineficaz del régimen terapéutico: familia (esposo) relacionado con el conocimiento inadecuado sobre la técnica de diálisis peritoneal y el temor de ponerla en práctica.

6.-Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos relacionado con falta de conocimientos sobre los balances en la técnica de diálisis peritoneal.

7.-Riesgo de función respiratoria ineficaz relacionado con balances positivos en la técnica de diálisis peritoneal.

8.- Riesgo de alteración de la nutrición por defecto relacionada con la falta de conocimientos sobre alimentos que deben ser y no deben ser ingeridos para evitar complicaciones.

9.-Riesgo de alteración del patrón del sueño relacionado con régimen terapéutico, diálisis peritoneal cada 6 horas: 6, 12, 18 Y 24.

10.-Riesgo de la alteración de la temperatura corporal: Hipotermia, secundario a diálisis peritoneal.

11.-Déficit de autocuidado: baño/higiene relacionado con debilidad muscular y trastornos visuales, manifestado por dificultad para lavarse el cuerpo, cuidarse la piel y cortarse las uñas.

12.-Riesgo de infección secundario a enfermedad crónica: Diabetes Mellitus.

13.-Riesgo de caídas relacionado con alteración de la movilidad, marcha inestable y disminución de la fuerza muscular.

14.-Riesgo de deterioro de la interacción social relacionado con aislamiento terapéutico.

15.-Riesgo de trastorno del autoconcepto relacionado con la pérdida reciente de la responsabilidad del rol, secundaria a enfermedad y dificultad para mantener el hogar.

16.-Riesgo de déficit de actividades recreativas relacionado con hospitalización y reclusión prolongada.

17.-Potencial para mejorar el bienestar espiritual.

5.8 PLAN DE CUIDADOS

1. NECESIDAD.- Necesidad de Movilidad y Postura

DX REAL.- Deterioro de la integridad cutánea relacionado con presión en prominencias óseas y traumatismo, manifestado por úlcera por decúbito en talón derecho, equimosis y discontinuidad de la piel en antebrazo izquierdo.

OBJETIVO.- La señora JQA mostrará una piel íntegra en antebrazo y una cicatrización progresiva de la úlcera por decúbito.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACIÓN
<p>Se protegen las prominencias óseas, especialmente la afectada por medio de almohadillas rellena de alpistle.</p> <p>Se enseña a la usuaria y</p>	<p>La disminución de la presión, es la principal intervención coherente que deben incluir todos los planes de tratamiento de las úlceras por decúbito.</p>	<p>La señora logrará por completo la integridad de su piel en el antebrazo izquierdo.</p>	<p>La señora JQA logro por completo la integridad de la piel en el antebrazo.</p> <p>La cicatrización de la ulcera por decúbito ha progresado</p>

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
<p>familia acerca de los cambios posturales a través de la demostración y ellos los realizan.</p> <p>Se inspecciona diariamente la piel de la usuaria para descartar la formación de nuevas úlceras.</p> <p>Se le realizan ejercicios a la usuaria de movilización articular cada mañana.</p> <p>Se realiza curación diaria de la úlcera por decúbito con jabón neutro y agua estéril, al igual que del antebrazo.</p>	<p>Mantener el flujo sanguíneo en todas las zonas que están sometidas a presión a través de ejercicios y masaje es una forma de prevención de las úlceras por decúbito.</p>	<p>Mostrará una cicatrización progresiva hasta lograr que se recupere la úlcera por decúbito.</p> <p>La señora JQA no presentará ninguna úlcera por decúbito agregada.</p>	<p>satisfactoriamente, casi esta sana y no muestra ningún dato de infección.</p> <p>La usuaria no presento ninguna otra úlcera por decúbito durante su reposo en cama.</p>

NOTA: Continuidad del Diagnóstico anterior.

2. NECESIDAD.- Necesidad de Movimiento y Postura

DX REAL.- Intolerancia a la actividad relacionada con una condición física deficiente por reposo en cama prolongado, manifestado por dificultad para cambiar de posición en la cama, sentarse, levantarse, deambular y expresión verbal de no tener fuerza.

OBJETIVO.- La señora JQA será capaz de deambular primeramente con la ayuda de un andador y posteriormente por si misma.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACIÓN
<p>Se realizaron ejercicios de movilidad extremidades superiores e inferiores.</p> <p>Se animo a la usuaria para voltearse y levantarse de la cama de forma activa.</p> <p>Se aumento gradualmente la tolerancia a la sedestación empezando con</p>	<p>La disminución de la masa muscular conduce a una reducción de la fuerza, que a su vez provoca una perdida de la resistencia</p> <p>Los ejercicios específicos de los grupos musculares más sensibles al efecto de reposo en cama pueden ser una más</p>	<p>La usuaria logrará recuperar la fuerza muscular perdida.</p> <p>Será capaz de levantarse de la cama sin ayuda.</p> <p>Realizará sus necesidades de micción y evacuación en el baño en vez del baño móvil.</p>	<p>La señora JQA logró deambular nuevamente sin la ayuda de ningún dispositivo.</p> <p>Ahora la señora JQA puede deambular libremente dentro de su casa, aun se pretende que la usuaria deambule en la calle, es decir más distancia.</p>

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
<p>15 minutos que se le puso en el reposet, posteriormente se aumentaron 15 minutos cada día.</p> <p>Se fomento la deambulaci3n con andador apoyando a la usuaria las primeras veces que lo realizo, permiti3ndole elegir la velocidad, se le animo a usar calzado c3modo (pantunflas)</p> <p>Se le animo a deambular hasta el ba1o en vez de usar el ba1o m3vil.</p> <p>Se realizo la toma de signos vitales despu3s de per3odos largos de deambulaci3n</p>	<p>eficaz contra la condici3n f3sica deficiente que los regimenes de ejercicios generales.</p> <p>Optimizar el equilibrio y la tolerancia a la sedestaci3n mejor la fuerza muscular.</p>	<p>Lograr3 caminar con la ayuda de andador mientras retoma su equilibrio.</p> <p>Ser3 capaz de caminar por si sola sin la ayuda del andador.</p>	

NOTA: Continuidad del Diagn3stico anterior.

3. NECESIDAD.- Necesidad de Evitar Peligros

DX DE RIESGO.- Riesgo de infección relacionado con un acceso directo a la cavidad peritoneal a través del catéter de Tenckoff y la falta de conocimientos, por parte del cuidador, sobre la técnica de asepsia y antisepsia.

OBJETIVO.- La usuaria mantendrá la vía del catéter de Tenckoff libre de organismos patógenos a través del dominio de la técnica de asepsia y antisepsia por parte del cuidador.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACIÓN
Se realiza curación de herida quirúrgica y sitio de insición de catéter peritoneal diario durante una semana, período en el cual se le enseña al cuidador como llevarla acabo a través de la demostración, posteriormente se le anima para que el la realice bajo supervisión.	El llevar acabo una buena técnica de asepsia y antisepsia en la piel previene la proliferación de microorganismos patógenos.	La usuaria no presentara ningún signo ni síntoma de infección. El cuidador, esposo, será capaz de realizar una buena técnica de asepsia y antisepsia.	La señora JQA no presentó ningún tipo de infección hasta el momento. El cuidador, esposo logro comprender la importancia de una buena técnica de asepsia y antisepsia y llevarla acabo.

4 NECESIDAD.- Necesidad de Evitar Peligros

DX REAL.- Manejo ineficaz del régimen terapéutico relacionado con dudas acerca de la gravedad del problema, manifestado por aumento en el nivel de glucosa y expresión verbal de no tomarse el medicamento “porque ya tomo mucho” **OBJETIVO.-** La usuaria reconocerá el beneficio de la ingesta de medicamentos y la llevara acabo correctamente.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACIÓN
<p>Se les explico a la usuaria y al cuidador la importancia de ingerir su medicamento sin suspenderlo al igual que las consecuencias de no ingerirlo.</p> <p>Se pidió apoyo a su nuera para verificar la toma de medicamentos en horarios correspondientes.</p>	<p>La educación debe incorporarse de forma sistemática como integrante de los cuidados de enfermería cuando se establece un diagnostico nuevo o un cambio en el régimen, o cuando el cliente se enfrenta a una situación desconocida.</p>	<p>La señora JQA comprenderá con claridad el beneficio de ingerir todo el medicamento prescrito.</p> <p>Con la ayuda del cuidador la usuaria tomara su medicamento en el horario correspondiente.</p>	<p>La usuaria con la ayuda de su esposo y su nuera ingiere su medicamento en el horario correspondiente y de una manera total.</p> <p>Mantiene buenos niveles de glucosa.</p>

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
<p>Se tomo la glicemia capilar para verificar la congruencia del nivel diaria durante una semana para corroborar la congruencia de los niveles de glucosa con la ingesta de medicamentos.</p>	<p>La investigación ha demostrado que cuando los miembros de la familia están comprometidos con el cuidado, la cooperación del cliente aumenta y se produce una adaptación positiva a la experiencia</p>	<p>La usuaria mantendrá óptimos niveles de glucosa tras tomar su medicamento correctamente.</p>	

NOTA: Continuidad del Diagnóstico anterior.

5. NECESIDAD.- Necesidad de Aprendizaje

DX DE RIESGO.- Riesgo de manejo ineficaz del régimen terapéutico: familia (esposo) relacionado con el conocimiento inadecuado sobre la técnica de diálisis peritoneal y el temor de ponerla en práctica.

OBJETIVO.- El cuidador, esposo, será capaz de dializar a la usuaria sin ninguna complicación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACIÓN
<p>Mientras se le realiza el recambio de diálisis peritoneal a la usuaria se le muestra al cuidador como y por que.</p> <p>El cuidador realiza el recambio bajo supervisión.</p> <p>El cuidador realiza el recambio solo y se le anima a que realice dudas vía telefónica si las tiene.</p>	<p>La valoración previa a la enseñanza facilita la coherencia, la eficacia y el éxito global del proceso de enseñanza-aprendizaje, al definir que se debe hacer, como se debe hacer y cuando se debe hacer.</p>	<p>El cuidador, esposo, logrará realizar a su esposa el recambio de diálisis peritoneal sin temor a equivocarse y de forma correcta.</p>	<p>El cuidador logro realizar los cuatro recambios de diálisis peritoneal sin la ayuda de enfermería de una manera correcta y con buenos resultados.</p>

6. NECESIDAD.- Necesidad de Eliminación

DX DE RIESGO.- Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos relacionado con falta de conocimientos sobre los balances en la técnica de diálisis peritoneal.

OBJETIVO.- El cuidador será capaz de llevar acabo balances neutros para mantener un buen volumen de líquidos.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACIÓN
Se le explico de forma teórica al cuidador el significado de balances neutros. Se le enseñó al cuidador a usar la báscula para llevar la medición correcta del líquido entrante y el líquido saliente.	La investigación ha demostrado que cuando los miembros de la familia están comprometidos con el cuidado, la cooperación del cliente aumenta y se produce una adaptación positiva a la experiencia.	El cuidador será capaz de realizar balances neutros a través de una buena medición en la báscula.	El cuidador aprendió de manera satisfactoria a realizar balances neutros.

7. NECESIDAD.- Necesidad de Oxigenación

DX DE RIESGO.- Riesgo de función respiratoria ineficaz relacionado con balances positivos en la técnica de diálisis peritoneal.

OBJETIVO.- La usuaria tendrá siempre balances neutros evitando balances positivos.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACIÓN
Mientras se realiza la salida de solución dializante, se coloca a la usuaria en diferentes posiciones como decúbito lateral, semifowler y sedestación, para lograr así una salida más rápida del líquido.	Ciertas posiciones anatómicas ayudan a llevar de una mejor manera el proceso de osmosis.	Durante cada uno de los recambios de diálisis peritoneal la usuaria no tendrá balances positivos, es decir no quedará líquido dializante en cavidad peritoneal.	La señora JQA ha tenido únicamente balances neutros en los recambios de diálisis.

8. NECESIDAD.- Necesidad de Hidratación y nutrición

DX DE RIESGO.- Riesgo de alteración de la nutrición por defecto relacionada con la falta de conocimientos sobre alimentos que deben ser y no deben ser ingeridos para evitar complicaciones.

OBJETIVO.- La señora JQA recibirá una dieta apta para su patología y comprenderá la importancia y la consumirá rigurosamente.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACIÓN
Se consulto a un nutriologo quien realizó una dieta para la usuaria. Se le explico a la usuaria la dieta, se realizaron 5 menús y se le enseño a su nuera la forma de realizar nuevos menús.	Los nutrientes son una fuente de energía, constituyen los tejidos y regulan los procesos metabólicos. La consulta a un dietista puede ayudar a asegurar que la dieta proporciona el aporte óptico de calorías y nutrientes.	La usuaria dejará los malos hábitos alimenticios. Consumirá los alimentos con una baja ingesta de azúcar y sal sin quejarse.	La Señora JQA logro integrarse a su dieta y esto se pudo comprobar con las llamadas telefónicas que muchas veces hizo para preguntar si debía comer tal o tal alimento o como afectaban éstos su salud.

9. NECESIDAD.- Necesidad de Descanso y Sueño

DX DE RIESGO.- Riesgo de alteración del patrón del sueño relacionado con régimen terapéutico, diálisis peritoneal cada 6 horas: 6. 12. 18 Y 24.

OBJETIVO.- La Señora JQA mantendrá un patrón de sueño y descanso funcional de acuerdo a sus necesidades.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACIÓN
Se estimula a la usuaria para que no tome siestas en exceso durante el día.	La leche contiene triptofano, aminoácido relacionado con la producción de serotonina que favorece el sueño reparador. Cualquier ruido puede impedir conciliar el sueño o suspenderlo durante las fases mas profundas del mismo.(Staab, 1998)	La Señora JQA logrará descansar horas de calidad mediante las recomendaciones hechas y evitará así desequilibrio en su necesidad de descanso y sueño.	La usuaria refiere tener horas de sueño de calidad, se siente descansada y relajada.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
<p>Se le brindan recomendaciones como quitar todo objeto que haga ruido, tomar leche tibia antes de dormir, tomar un baño con agua tibia antes de irse a la cama, para que duerma horas de calidad durante la noche.</p>	<p>El agua tibia relaja los músculos</p>		

NOTA: Continuidad del Diagnóstico anterior.

10. NECESIDAD.- Necesidad de Termorregulación.

DX DE RIESGO.- Riesgo de la alteración de la temperatura corporal: Hipotermia, secundario a diálisis peritoneal.

OBJETIVO.- La Señora JQA mantendrá una termorregulación adecuada.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACIÓN
<p>Durante el recambio de diálisis peritoneal se le tomó la temperatura a la usuaria, la cual se encontró dentro de los límites normales.</p> <p>Se le animó a la usuaria a usar una prenda de vestir caliente cuando sintiera frío durante la diálisis.</p>	<p>La temperatura corporal depende en gran medida del grado de actividad y de la temperatura ambiental; la humedad elevada aumenta el efecto del calor o del frío sobre el cuerpo.</p> <p>La temperatura axilar se debe registrar durante 5 minutos.</p>	<p>La Señora JQA mostrará una termorregulación adecuada y llevara prendas adecuadas de vestir cuando su temperatura tenga variaciones.</p>	<p>La usuaria ya no refirió mas “frío” durante el recambio de diálisis peritoneal.</p>

11. NECESIDAD.- Necesidad de Higiene y Protección de la piel.

DX DE REAL.- Déficit de autocuidado: baño/higiene relacionado con debilidad muscular y trastornos visuales, manifestado por dificultad para lavarse el cuerpo, cuidarse la piel y cortarse las uñas.

OBJETIVO.- La usuaria será capaz de al menos bañarse por sí misma.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACIÓN
Se anima a la usuaria, una vez que es capaz de deambular por si misma, para que realice el autocuidado de baño por si misma.	La incapacidad para llevar acabo el cuidado personal, genera sentimientos de dependencia y un autoconcepto bajo. Aumentando la independencia para el cuidado personal, se eleva la autoestima.	La usuaria será capaz de bañarse por sí misma con medidas de protección para prevenir accidentes.	Ahora la señora JQA realiza el autocuidado de baño por sí misma. Se le cortan las uñas para evitar una complicación debido a su problema de visión.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
<p>Se le brinda seguridad en el cuarto de baño, se le pone una silla, regulación del agua y lo que va a necesitar se le pone cerca.</p>	<p>.</p>		<p>Ella es capaz de mantener el cuidado de la piel de los miembros superiores, pero se le ayuda con el cuidado de la piel de los miembros inferiores</p>

NOTA: Continuidad del Diagnóstico anterior.

12. NECESIDAD.- Necesidad de Evitar Peligros.

DX DE RIESGO.- Riesgo de infección secundario a enfermedad crónica: Diabetes Mellitus

OBJETIVO.- Reducir a través de un buen aseo la introducción de microorganismos en la usuaria.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACIÓN
<p>Las actividades se centran en minimizar la introducción de microorganismos y aumentar la resistencia a la infección a través de una buena nutrición y un buen aseo.</p> <p>Se anima a la usuaria para que realice formas correctas de limpiarse cuando va al baño y se hace énfasis en el lavado de manos.</p> <p>Las ungas de las manos se mantienen cortas y limpias.</p>	<p>Los factores predisponentes son factores controlables que aumentan el riesgo de infección porque obstaculizan o alteran las defensas del huésped.</p> <p>Pueden realizarse intervenciones que disminuyan o modifiquen el grado de riesgo asociado a dichos factores.</p>	<p>Se impedirá hasta donde sea posible la invasión de microorganismos patógenos.</p> <p>La usuaria ayudara a evitar dicha invasión a través de la higiene personal.</p>	<p>Hasta el momento la Señora JQA no ha presentado ninguna infección secundaria a la Diabetes Mellitus.</p>

13. NECESIDAD.- Necesidad de Evitar Peligros

DX DE RIESGO.- Riesgo de caídas relacionado con alteración de la movilidad, marcha inestable y disminución de la fuerza muscular.

OBJETIVO.- Se tomaran medidas necesarias para evitar peligros

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACIÓN
Se recomienda la utilización de eliminación nocturna para cuando la usuaria necesite usar el baño.	Un cliente con problemas de movilidad, necesita que se instalen dispositivos de seguridad y se eliminen los peligros, para facilitar así las actividades de la vida diaria.	La Señora JQA reconocerá los peligros para evitar caídas.	La usuaria no ha presentado ninguna caída. Ahora la usuaria refiere tener más fuerza muscular en sus piernas para

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
<p>Se realizan diariamente ejercicios de fortalecimiento de los tobillos.</p> <p>Se recomienda se quiten sillas y todos aquellos objetos en la cual la usuaria pueda tropezarse.</p>	<p>Un programa de fortalecimiento de tobillo y paseo puede favorecer el equilibrio, aumentar la fuerza de los tobillos, mejorar la velocidad de la marcha, disminuir las caídas y el miedo a caerse y aumentar la confianza para llevar acabo actividades de la vida diaria</p>	<p>Ganará fuerza muscular en sus tobillos a través de los ejercicios.</p>	<p>desplazarse por períodos de tiempo más largos.</p>

NOTA: Continuidad del Diagnóstico anterior.

14. NECESIDAD.- Necesidad de Comunicación.

DX DE RIESGO.-Riesgo de deterioro de la interacción social relacionado con aislamiento terapéutico.

OBJETIVO.- La usuaria mantendrá sus lazos afectivos con familiares y amigos aun cuando pase la mayoría del tiempo en su casa

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACIÓN
<p>Se visita a la usuaria una vez por semana para platicar con ella sobre hechos del pasado que a ella le interesan.</p> <p>Se les anima a familiares y amigos para que sigan visitando a la usuaria.</p> <p>Se recomienda a la usuaria que se siente cerca de la ventana que da a la calle para que vea a las personas pasar y la saluden.</p>	<p>Las personas necesitan un estímulo continuo para probar técnicas sociales nuevas y explorar nuevas situaciones sociales.</p> <p>La pasividad y la falta de motivación forman parte de la enfermedad y por tanto no deben ser aceptadas sin más por parte de los cuidadores.</p>	<p>La usuaria mantendrá relaciones amistosas y afectivas con sus semejantes.</p> <p>La usuaria no estará aislada socialmente.</p> <p>La usuaria no se mantendrá pasiva sino activa.</p>	<p>La señora JQA recibe mucha visita de sus amigas y familiares.</p> <p>En este sentido la usuaria esta motivada y no muestra signos de pasividad o aislamiento social.</p>

15. NECESIDAD.- Necesidad de Trabajo y Autorrealización

DX DE RIESGO.- Riesgo de trastorno del autoconcepto relacionado con la perdida reciente de la responsabilidad del rol, secundaria a enfermedad y dificultad para mantener el hogar.

OBJETIVO.- La Señora JQA mantendrá un buen autoconcepto y estará motivada hasta que sea capaz de retomar su rol parcial o total mente

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACIÓN
Se le anima a la usuaria para realizar actividades manuales y no dejar de realizar ejercicios como deambular para que siga ganando fuerza muscular y así se mantenga ocupada.	Un componente importante del concepto de uno mismo es la capacidad de la persona para llevar acabo las funciones asignadas a su rol, pues disminuye la dependencia y la necesidad de colaboración por parte de otras personas.	La usuaria será capaz de realizar algunas actividades cotidianas en su hogar.	Ahora la usuaria es capaz de lavar los trastes. Puede vestirse y desvestirse por sí misma. Intenta barrer

16. NECESIDAD.- Necesidad de Trabajo y Autorrealización

DX DE RIESGO.- Riesgo de déficit de actividades recreativas relacionado con hospitalización y reclusión prolongada.

OBJETIVO.- La usuaria se mantendrá ocupada y evitara así enfermarse mentalmente.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACIÓN
Se anima a la usuaria para que realice sus actividades recreativas favoritas, escuchar música, ver fotografías.	Ser conciente de que uno esta aburrido permite redirigir las actividades para aumentar la estimulación. La musicoterapia puede resultar una intervención valiosa para aliviar el aburrimiento, despertar el interés y ayudar a las personas a afrontar los problemas sociales.	La usuaria no mostrará monotonía y como consecuencia depresión.	La usuaria se muestra tranquila, refiere estar feliz con las actividades que realiza, aunque a veces le causa disminución de la motivación el hecho de pensar que su diálisis será un tratamiento sin suspender.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
<p>Se estimula a la usuaria para aprender nuevas actividades recreativas como manualidades, recortar monos de fieltro y rellenarlos.</p>		<p>No se mostrará aburrida y si lo esta lo expresara para cambiar de actividad.</p>	

NOTA: Continuidad del Diagnóstico anterior.

17. NECESIDAD.- Necesidad de Creencias y Valores

DX DE MEJORA.- Potencial para mejorar el bienestar espiritual

OBJETIVO.- La usuaria mantendrá cubierta su necesidad de creencias y valores y de ser posible la mejorará.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACIÓN
La usuaria muestra interés por las cosas espirituales. Aunque no puede ir a misa físicamente la ve a través de televisión.	El ser humano tiene un alma que debe ser alimentada para mantener una buena salud espiritual. Esta alimentación se logra a través de la oración a Dios, y el acercamiento a El a través de su palabra, la Biblia.	La usuaria seguirá reforzando sus valores y creencias.	Durante su enfermedad. La usuaria ha aprendido a depender más del Ser Supremo

5.9 PLAN DE ALTA

Se trabajo con La Señora JQA desde el día 22 de Marzo del año 2008 cuando se le conocía por primera vez en el Hospital, después de su ingreso el día 24 de Marzo del mismo año se siguió trabajando con ella en su domicilio.

El día 30 de Julio del 2008 se dio por concluido el proceso con ella, obteniendo como resultados:

1.-Deterioro de la integridad cutánea relacionado con presión en prominencias óseas y traumatismo, manifestado por ulcera por decúbito en talón derecho, equimosis y discontinuidad de la piel en antebrazo izquierdo.

La señora JQA logro por completo la integridad de la piel en el antebrazo.

La cicatrización de la úlcera por decúbito a progresado satisfactoriamente, casi esta sana y no muestra ningún dato de infección.

2.-Intolerancia a la actividad relacionada con una condición física deficiente por reposo en cama prolongado, manifestado por dificultad para cambiar de posición en la cama, sentarse, levantarse, deambular y expresión verbal de no tener fuerza.

La señora JQA logro deambular nuevamente sin la ayuda de ningún dispositivo.

Ahora la señora JQA puede deambular libremente dentro de su casa, aun se pretende que la usuaria deambule en la calle, es decir más distancia.

3.-Riesgo de infección relacionado con un acceso directo a la cavidad peritoneal a través del catéter de Tenckoff y la falta de conocimientos, por parte del cuidador, sobre la técnica de asepsia y antisepsia.

La señora JQA no presentó ningún tipo de infección hasta el momento.

El cuidador, esposo logro comprender la importancia de una buena técnica de asepsia y antisepsia y llevarla acabo.

4.-Manejo ineficaz del régimen terapéutico relacionado con dudas acerca de la gravedad del problema, manifestado por aumento en el nivel de glucosa y expresión verbal de no tomarse el medicamento “porque ya tomo mucho”

La usuaria con la ayuda de su esposo y su nuera ingiere su medicamento en el horario correspondiente y de una manera total.

Mantiene buenos niveles de glucosa.

5.-Riesgo de manejo ineficaz del régimen terapéutico: familia (esposo) relacionado con el conocimiento inadecuado sobre la técnica de diálisis peritoneal y el temor de ponerla en práctica.

El cuidador logro realizar los cuatro recambios de diálisis peritoneal sin la ayuda de enfermería de una manera correcta y con buenos resultados.

6.-Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos relacionado con falta de conocimientos sobre los balances en la técnica de diálisis peritoneal.

El cuidador aprendió de manera satisfactoria a realizar balances neutros

7.-Riesgo de función respiratoria ineficaz relacionado con balances positivos en la técnica de diálisis peritoneal.

La señora JQA ha tenido únicamente balances neutros en los recambios de diálisis

8.- Riesgo de alteración de la nutrición por defecto relacionada con la falta de conocimientos sobre alimentos que deben ser y no deben ser ingeridos para evitar complicaciones.

La Señora JQA logro integrarse a su dieta y esto se pudo comprobar con las llamadas telefónicas que muchas veces hizo para preguntar si debía comer tal o tal alimento o como afectaban éstos su salud.

9.-Riesgo de alteración del patrón del sueño relacionado con régimen terapéutico, diálisis peritoneal cada 6 horas: 6, 12, 18 Y 24.

La usuaria refiere tener horas de sueño de calidad, se siente descansada y relajada.

10.-Riesgo de la alteración de la temperatura corporal: Hipotermia, secundario a diálisis peritoneal.

La usuaria ya no refirió mas “frío” durante el recambio de diálisis peritoneal.

11.-Déficit de autocuidado: baño/higiene relacionado con debilidad muscular y trastornos visuales, manifestado por dificultad para lavarse el cuerpo, cuidarse la piel y cortarse las uñas.

Ahora la señora JQA realiza el autocuidado de baño por sí misma.

Se le cortan las uñas para evitar una complicación debido a su problema de visión.

Ella es capaz de mantener el cuidado de la piel de los miembros superiores, pero se le ayuda con el cuidado de la piel de los miembros inferiores.

12.-Riesgo de infección secundario a enfermedad crónica: Diabetes Mellitus.

Hasta el momento la Señora JQA no ha presentado ninguna infección secundaria a la Diabetes Mellitus

13.-Riesgo de caídas relacionado con alteración de la movilidad, marcha inestable y disminución de la fuerza muscular.

La usuaria no ha presentado ninguna caída.

Ahora la usuaria refiere tener más fuerza muscular en sus piernas para desplazarse por períodos de tiempo más largos.

14.-Riesgo de deterioro de la interacción social relacionado con aislamiento terapéutico.

La señora JQA recibe mucha visita de sus amigas y familiares.

En este sentido la usuaria esta motivada y no muestra signos de pasividad o aislamiento social.

15.-Riesgo de trastorno del autoconcepto relacionado con la perdida reciente de la responsabilidad del rol, secundaria a enfermedad y dificultad para mantener el hogar.

Ahora la usuaria es capaz de lavar los trastes.

Puede vestirse y desvestirse por sí misma.

Intenta barrer

16.-Riesgo de déficit de actividades recreativas relacionado con hospitalización y reclusión prolongada.

Ahora la usuaria es capaz de lavar los trastes.

Puede vestirse y desvestirse por sí misma.

Intenta barrer

17.-Potencial para mejorar el bienestar espiritual.

Durante su enfermedad. La usuaria ha aprendido a depender más del Ser Supremo

NOTA: La usuaria aun requiere de la atención de Enfermería, sin embargo menciona que hasta esta fecha a logrado un gran avance en su salud y las visitas que se realizaban diariamente de parte de la enfermera ahora se hacen 3 veces a la semana.

CONCLUSIONES

Es mucha la satisfacción que deja el llegar a la parte final de un trabajo, las conclusiones. Sin embargo es mayor dicha satisfacción cuando se esta hablando de un trabajo con aplicación a un ser humano en el que se puede ver los resultados positivos en el cambio de su salud.

Gracias a la aplicación del Proceso Enfermero, el Personal de Enfermería puede brindar cuidados a los seres humanos de una manera ordenada, planificada y con bases científicas con el único objetivo de brindar una mejor calidad de vida.

En lo personal fue de mucha satisfacción el Modelo de cuidados que use al realizar este proceso enfermero, Modelo de Virginia Henderson, ya que ella se centra en ayudar al usuario a lograr su Independencia, una vez que este la ha perdido a causa de la enfermedad, lo más que se pueda y hasta donde sea posible basándose en suplir las necesidades del mismo. Gracias a la aplicación de tal Modelo puedo decir con certeza que se logro mucho en la satisfacción de las necesidades de la usuaria y su independencia. Ahora la Señora JQA es capaz de realizar la mayoría de sus actividades cotidianas, se encuentra estable y hasta el momento no ha presentado ninguna complicación o reingreso al hospital.

Deseo que este trabajo pueda ser de motivación a cada una de las personas en las manos de quienes Dios ha puesto el cuidado de la vida de los demás...Enfermeras, al brindar esos cuidados no de una forma monótona, sino de acuerdo a las necesidades de cada usuario en particular. Recordando que cada ser humano es único e irrepetible y que es además un ser holístico, haciéndolo de esta manera la satisfacción de los resultados obtenidos será enorme!

**“Si puedo impedir que un
Corazón se rompa
No viviré en vano
Si puedo aliviar la aflicción
De una vida o calmar un dolor
O ayudar a una persona
Que esta sola a recuperar la felicidad,
No he vivido en vano.”**

Anónimo

PROPUESTA DE TRABAJO

Como ya se mencionó antes en las conclusiones, el poner en práctica el Proceso Enfermero es una forma de brindar cuidados de forma ordenada y con bases científicas a nuestros clientes. Por lo que añado las siguientes propuestas de trabajo:

- 1.-Que cada enfermera conozca de forma amplia el Proceso Enfermero y sus etapas.
- 2.-Reconocer las necesidades de los usuarios a través de la observación directa para poder dar inicio al desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería en forma simple, completa y de calidad.
- 3.-Unificar criterios acerca del Proceso Enfermero a través de la consulta de trabajos realizados y sesiones realizadas en las aulas intrahospitalarias.
- 4.-Realizar un formato que integre los cinco pasos del proceso enfermero para poder desarrollar en forma practica el Proceso de Atención de Enfermería con cada usuario durante las jornada laboral.

GLOSARIO

Catabolismo: parte del metabolismo que consiste en la transformación de moléculas orgánicas o biomoléculas complejas en moléculas sencillas y en el almacenamiento de la energía química desprendida en forma de enlaces de fosfato y de moléculas de ATP, mediante la destrucción de las moléculas que contienen gran cantidad de energía en los enlaces covalentes que la forman, en reacciones químicas exotérmicas.

Caquexia (gr.: *kachexía*: mal estado) es un estado de extrema desnutrición, atrofia muscular, fatiga, debilidad, anorexia en personas que no están tratando activamente de perder peso. Puede estar asociada a algunas patologías como cáncer, algunas enfermedades infecciosas como tuberculosis y SIDA y algunos desórdenes autoinmunes.

Convalecencia: s. f.

1 Recuperación de las fuerzas perdidas después de una enfermedad o de un tratamiento médico.

2 Periodo de tiempo que dura esta recuperación.

Entorno: Se entiende por **medio ambiente** o **medioambiente** lo que afecta y condiciona especialmente las circunstancias de vida de las personas o la sociedad en su conjunto. Comprende el conjunto de valores naturales, sociales y culturales existentes en un lugar y un momento determinado, que influyen en la vida del ser humano y en las generaciones venideras. Es decir, no se trata sólo del espacio en el que se desarrolla la vida sino que también abarca seres vivos, objetos, agua, suelo, aire y las relaciones entre ellos, así como elementos tan intangibles como la cultura.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-García, GM de J. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. 1º Edición. Editorial Progreso, México, 1997. 323 pp.
- 2.-Hernández, CJ, Esteban, AM. Fundamentos de enfermería. Teoría y
- 3.-Kozier, B, et al. Fundamentos de enfermería. 5ª Ed, vol 1 Conceptos, procesos y practica. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México 1999.
4. Siles, J. Historia de la Enfermería. Editorial Aguaclara, España, 1999. 375 p
- 5.-Lynda Juall Carpenito. Diagnósticos de Enfermería, aplicaciones a la práctica clínica. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, España 1999.
- 6.- Marriner, TA, Raile, AM. Modelos y teorías de enfermería. 4ª Ed. editorial Harcourt Brace, España, 2001.
- 7.- Rosales, BS, Reyes, GE. Fundamentos de enfermería. Editorial Manual Moderno, México, 1999.
- 8.- García, LMV, Rodríguez, PC, Toronjo, GAM. Enfermería del anciano. Editorial Difusión Avances Enfermería, España 2001. 420 pp.
- 9.- Hazzard R. William. *Principles of geriatric medicine and gerontology*, 4ta edición.Ed.Mc.Graw Hill.paginas 125–187.
- 10.- 26º Conferencia Sanitaria Panamericana, Washington, D.C.EUA.2002. CSP26.R20.
- 11.- *Guía para el desarrollo de un sistema integral de apoyo para el envejecimiento activo*, ssa, ops, oms, health canada, 2002.
- 12.- *Envejecimiento activo y saludable*. Marco Político.OPS.OMS.2002.

13.- Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.

14.- *Encuesta Nacional de Salud 2000*. 2. "La salud de los adultos". Instituto Nacional de Salud Pública. 1ª Edic. 2003.

15.- Alberti KG, Zimmet PZ. Definition, diagnosis and classification of Diabetes Mellitus and its complications. Part 1. Diagnosis and classification of Diabetes Mellitus. Provisional report of a WHO consultation. *Diabetic Med* 2003

16.- Rodríguez-Morán M, Guerrero-Romero F. Alteraciones electrocardiográficas y factores de riesgo cardiovascular en pacientes con diabetes tipo 2. *Salud Publica Mex* 1999;413

17.- Perfiles Nutricionales por Países. MÉXICO. FAO. Agosto 2003, 539.

18.- Alan J. G. MD Ph.D. The metabolic síndrome. *Med Clin N. Am.* 2004, 837

19.- The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome Part 1: Worldwide definition for use in clinical practice.

20.- Salinas-Martínez A, Muñoz-Moreno F, Barraza de León AR, Villarreal-Ríos E, Núñez-Rocha GM, Garza-Elizondo ME. Necesidades en salud del diabético

21.- usuario del primer nivel de atención. *Salud Pública México* 2001; 433

22.- Guía para la detección integrada de diabetes, hipertensión arterial y obesidad. Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Programa de Salud del Adulto y el Anciano. SSA. México. 2002.

ANEXOS

EJERCICIOS QUE SE REALIZARON A LA USUARIA

PIERNAS.

1.-Acostado boca arriba.

*Subir y bajar los pies 10 veces.

*Hacer grandes círculos con ambos pies 10 veces en cada sentido.

*Manteniendo los pies arriba doblar y estirar los dedos 10 veces.

* Doblar una rodilla al abdomen lo mas que se posible ayudándose con las manos, volver a estirar. Alternando 10 veces.

*Manteniéndole pie arriba y la rodilla bien fija abrir y cerrar las piernas. Alternando 10 veces.

*Manteniendo los pies arriba y las rodillas bien fijas, rodar ambas piernas hacia adentro y hacia fuera. Repetir 10 veces.

2.-Acostado boca arriba doblando las piernas, apoyándose con las manos.

*Llevar las rodillas al abdomen ayudándose con las manos y regresar. Repetir 20 veces.

3.-Acostado boca arriba doblando las piernas, apoyando los pies sobre el colchón.

*Pasar ambas rodillas juntas hacia la derecha y la izquierda hasta que tope con el colchón.

*Subir la cadera hacia el techo lo más que sea posible, bajar lentamente. Repetir 10 veces.

4.-Acostado boca arriba.

*Apretar fuertemente los muslos hacia el colchón, para poner en tensión el músculo del muslo. Mantener la tensión 6 segundos y soltar. Repetir 10 veces.

5.-Acostado boca abajo, brazos por encima de la cabeza, pies colgando al borde del colchón.

*Tensión en glúteos, subir una pierna bien estirada y bajar. Repetir 10 veces.

NOTA: Relajarse y respirar profundamente después de cada ejercicio.

BRAZOS

1.-Sentado.

*Subir un brazo bien estirado por delante hacia el pecho (viendo la palma de la mano). Bajar lentamente por delante. Alternándolos brazos 10 veces.

*Subir ambos brazos bien estirados por delante hacia el techo (viendo las palmas de las manos). Bajar lentamente por delante. Repetir 10 veces.

*Subir un brazo bien estirado de lado hasta la horizontal. Bajar lentamente de lado. Repetir 10 veces.

*Subir ambos brazos bien estirados de lado hasta aplaudir sobre la cabeza. Bajar lentamente. Repetir 10 veces.

2.-Sentado, brazos estirados a los lados.

*Abrazar fuertemente y volver a separar. Repetir alternado el brazo de arriba 10 veces.

3.-Sentado.

*Aplaudir delante y detrás del cuerpo 10 veces.

*Manos en la cabeza, juntar y separar los codos lo mas que sea posible 10 veces.

*Estirar codos y dedos hacia abajo. Estirar codos y dedos hacia delante. Estirar codos y dedos hacia los lados. Estirar codos y dedos hacia arriba. Repetir 5 veces cada uno.

4.-Sentado manos sobre la cintura.

*Hacer grandes círculos con la cabeza 5 en cada sentido.

*Estirar una rodilla lo mas que se posible subiendo el pie. Mantener 6 segundos, bajar. Alternando las rodillas 5 veces.

NOTA: Relajarse y respirar profundamente después de cada ejercicio.

Si las articulaciones duelen mucho, efectuar los ejercicios boca arriba.

Elaborado por: Gericultista: Leticia Valdez Martínez

GUÍA DE VALORACIÓN DE VIRGINIA HENDERSON PARA USUARIOS CON PROBLEMAS NEFROLÓGICOS.

1.- Necesidad de respirar normalmente:

*Frecuencia respiratoria y cardiaca: cifras y características. (La sobrecarga de líquido puede alterar el patrón respiratorio).

*Tensión arterial: cifras, regulación y control. (La hipotensión puede disminuir la perfusión renal. En caso de hipertensión buscar síntomas asociados: cefaleas, mareos, epístaxis,...).

*Coloración de piel, mucosas.

(Presencia de palidez que puede ser significativa de anemia, tono amarillento de presencia de pigmento urocromo,...).

*Presencia y capacidad para toser y expulsar secreciones, así como las características de ambas.

*Circunstancias que influyen en su respiración: tabaquismo, disnea, fatiga,...

*Recursos que utiliza para mejorar esta.

*Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

2.- Necesidad de comer y beber adecuadamente:

*Talla y peso, así como oscilaciones de este. (un incremento puede indicar retención de líquido).

*Costumbres alimentarias: desayuno, comida, merienda y cena.

*Dieta y grado de cumplimiento. (Control estricto de sodio y proteínas).

*Ingesta de líquido/día. (Control estricto, necesario para el balance hídrico).

*Circunstancias que influyen en su alimentación/hidratación: estado de dientes y mucosa bucal, nauseas, vómitos, anorexia,...

*Recursos que utiliza para realizar esta.

*Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

3.- Necesidad de eliminar por todas las vías corporales:

*Patrón de eliminación miccional y fecal: cantidad, frecuencia, descripción del producto: color, olor, consistencia,... (control exhaustivo de diuresis).

*Dificultades para el acto de la eliminación.

*Circunstancias que influyen en su comunicación: estatus cultural, pertenencia a grupo social, presencia / ausencia de grupo de apoyo, soledad, dificultades para pedir ayuda,...

*Recursos que utiliza para mantener esta.

*Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

11.- Necesidad de vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores:

*Percepción actual de su situación de salud y bienestar.

*Facilidad /dificultad para vivir según sus creencias y valores.

*Importancia de la religiosidad / espiritualidad en su vida.

*Actitud ante la muerte.

*Circunstancias que influyen en su filosofía de vida: prohibiciones, rol en función de su sexo, prácticas religiosas o alternativas comunitarias.

*Recursos que utiliza para mantener esta.

*Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

12.- Necesidad de ocupación para autorealizarse:

*Actividad/trabajo.

*Repercusión de su actual situación de salud en las diferentes áreas de su vida y en las de su núcleo familiar.

*Participación en decisiones que le afectan.

*Circunstancias que influyen en su realización personal: autoconcepto / autoimagen, actitud familiar, el cansancio del cuidador habitual si es que lo hubiera.

*Recursos que utiliza para mantener esta.

*Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

13.- Necesidad de participar en actividades recreativas:

*Hábitos culturales y de ocio

*Dedicación

*Circunstancias que influyen en su entretenimiento: recursos comunitarios a su alcance y el uso que hace de ellos.

*Recursos que utiliza para mantener esta.

*Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

14.- Necesidad de Aprendizaje:

*Menstruación

*Circunstancias que influyen en su eliminación: dolor, estreñimiento, diarrea.

*Recursos que utiliza para mejorar esta.

*Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

4.- Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas:

*Actividad física que realiza: tipo, frecuencia, duración,...

*Equilibrio.

*Dificultad para realizar algunos movimientos.

*Circunstancias que influyen en su actividad habitual: hormigueo, dolor, fatiga, problemas podológicos, restricciones a la movilidad...

*Recursos que utiliza para mejorar esta.

*Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

5.- Necesidad de dormir y descansar:

*Hábitos de sueño: horas, horario, número de despertares / levantamientos nocturnos.

*Sensación subjetiva de descanso al levantarse.

*Circunstancias que influyen en su descanso: problemas, insomnio, somnolencia diurna.

*Recursos que utiliza para mejorar este

*Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

6.- Necesidad de Usar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse:

*Aspecto que presenta en cuanto adecuación, comodidad, limpieza,... de ropas, calzado y complementos.

*Facilidad/dificultad para el vestido y arreglo.

*Circunstancias que influyen en su forma de vestirse.

*Recursos que utiliza para mantener un aspecto cuidado.

*Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

7.- Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales:

*Temperatura: (La fiebre puede producir pérdida de líquido y deshidratación).

*Experimenta sensación de calor/frío de acuerdo con los cambios de la temperatura ambiente.

*Tiene sensación de uniformidad de la temperatura corporal.

*Condiciones ambientales de su hogar.

*Circunstancias que influyen en su temperatura corporal.

*Recursos que utiliza para adaptarse a los cambios de temperatura

*Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

8.- Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel:

*Hábitos higiénicos: frecuencia, modalidad, útiles de preferencia,...

*Estado de la piel, uñas, cabello y boca. (uñas y cabellos quebradizos, uñas de Terry: con una franja oscura detrás del borde anterior de esta y el resto Blando).

*Interés por el mantenimiento de una piel y una higiene adecuada. (integridad, turgencia, presencia de edemas,...).

*Si ha habido cambios en su piel: manchas, heridas, prurito, (en caso de reposo prolongado en cama control de úlceras por presión).

*Circunstancias que influyen en el estado de su piel y en su higiene habitual.

*Recursos que utiliza para realizar la higiene y mantener su piel en buen estado.

*Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

9.- Necesidad de evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas:

*Medidas de salud que lleva a cabo: vacunaciones, chequeos, autoexploraciones, controles.

*Signos de: disminución de la alerta, disminución de la consciencia, desorientación, disminución de la memoria, errores de percepción, depresión, ansiedad, delirios o coma,...

*Si ha habido cambios recientes en su vida: pérdidas, cambios de residencia, enfermedades asociadas, complicaciones.

*Circunstancias que influyen en su protección: botiquín, riesgos ambientales, déficits de movilidad y/o sensoriales, dolor, uso de cierta medicación.

*Recursos que utiliza para autocontrolarse y manejar situaciones de riesgo.

*Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

10.- Necesidad de comunicarse con los demás expresando emociones:

*Si expresa sus deseos y opiniones.

*Déficits sensoriales.

*Núcleo de convivencia.

*Capacidad para expresar y vivir su sexualidad.

*Interés por su entorno sociosanitario.

*Comportamientos indicativos de interés por aprender y resolver problemas: Preguntas, participación, resolución de problemas, proposición de alternativas.

*Recursos educativos de su entorno sociosanitario. (sobre todo si se ha instaurado un tratamiento nuevo o complicado).

*Circunstancias que influyen en su aprendizaje: nivel de instrucción, limitaciones.

*Recursos que utiliza para conseguir este: grado de conocimiento de su actual estado de salud, fuente usual para su aprendizaje sanitario (médico, enfermera, amigos, libros.)

*Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad. Para finalizar y a modo de conclusión decir que la valoración enfermera en esta como en el resto de las situaciones de salud en las que intervengamos es la piedra angular de nuestro trabajo, ya que nos proporciona una base sólida de información para formular diagnósticos enfermeros, proponer objetivos, llevar a cabo intervenciones enfermeras encaminadas a su logro y evaluarlas; así mismo nos permite delimitar nuestra autonomía profesional, a la vez que cohabitar con otras disciplinas y estos hechos son los que van a contribuir al avance profesional de nuestra disciplina enfermera.

Pero nunca debemos olvidar que la valoración por sí misma tiene un escasísimo valor, si no va encuadrada dentro de un modelo enfermero, modelo que se hace realidad mediante una metodología de trabajo, y cuyo propósito sea proporcionar cuidados enfermeros eficaces y eficientes a la población que atendemos, porque aunque Virginia Henderson, la autora que venimos citando reiteradamente nos dijo que: ***“La enfermera debe saber adentrarse en el interior de cada paciente para saber no sólo lo que este desea sino además lo que necesita para mantenerse en vida o para recobrar la salud”***, pero también nos dijo que la función primordial de la enfermera consistía en ayudar a nuestros pacientes a conseguir sus objetivos de salud, siendo para ello temporalmente: ***“la conciencia para el inconsciente; el apego a la vida para el suicida, la pierna para el amputado; los ojos para quien acaba de perder la vista; un medio de locomoción para el recién nacido; el conocimiento y la confianza para la joven madre; la voz de los que están demasiado débiles para hablar o se niegan a hacerlo”***.