



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA  
APLICADO A PERSONA ADULTA JOVEN  
CON ALTERACIÓN EN LA NECESIDAD DE ELIMINACIÓN,  
CON BASE EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**P R E S E N T A**

**MARINA LARA CERVANTES**

**NO. DE CUENTA 084455439**

**DIRECTORA DEL TRABAJO**

**M.E. MARIA AURORA GARCIA PIÑA**

**MÉXICO, D.F., MAYO DE 2014**



## AGRADECIMIENTOS

A mí esposo el cual ha sido el que siempre me ha motivado para lograr mis objetivos durante toda mi formación académica, con su apoyo constante y amor incondicional ha sido amigo y compañero inseparable, fuente de sabiduría, calma y consejo en todo momento.

A mis hijos Ismael y Ulises para quien en algún momento sacrifique su tiempo y atención.

## DEDICATORIAS

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mi esposo, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones.

A mis profesores, gracias por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional.

Finalmente a la Mtra. María Aurora García Piña porque cada una de sus valiosas aportaciones hicieron posible la elaboración de este proceso atención y por su gran calidad humana que me demostró durante el desarrollo de este trabajo.

# ÍNDICE

	Página
I. Introducción.....	1
II. Justificación.....	4
III. Objetivos.....	6
IV. Metodología.....	7
V. Marco Teórico	
5.1 Evolución Histórica del Cuidado Enfermero.....	9
5.2 Definición de Enfermería.....	17
5.3 Teorías y Modelos de Enfermería.....	18
5.4 Definición del proceso atención de enfermería y sus etapas.....	19
5.5 Conceptos y definiciones del Modelo de Virginia Henderson.....	24
5.6 Etapa de desarrollo del adulto joven, definiendo las características: fisiológicas, biológicas, culturales, espirituales y propias de esa edad. . .	28
VI. Desarrollo del proceso	
6.1 Ficha de identificación.....	31
6.2.- Presentación del caso clínico.....	31
6.3.- Valoración de las 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson. .	35
6.4.- Conclusión Diagnóstica de Enfermería. . . . .	42
6.5.- Planes de cuidados de enfermería.....	46
VII. Plan de alta.....	102

VIII. Conclusiones. . . . .	104
IX. Sugerencias. . . . .	105
X. Referencias Bibliográficas. . . . .	107
XI. Anexos. . . . .	109
11.1 Anexo 1 Instrumento metodológico para la atención de enfermería (Modelo de Virginia Henderson)	
11.2 Anexo 2 Conceptos generales nefritis lúpica	
11.3 Anexo 3 Tríptico: Cuidados de catéter venoso central	
11.4 Anexo 4 Tríptico: Cuidados en casa a personas con hipertensión arterial	
11.5 Anexo 5 Ejercicios (desplazamiento, movilidad articular, estiramiento y ejercicios explosivos)	

# I. INTRODUCCIÓN

La enfermería es una actividad innata y fundamental del ser humana. Su responsabilidad esencial es ayudar a individuos y grupos (familia y comunidad) a funcionar de forma óptima en cualquier estado de salud en que se encuentre.

Siguiendo una línea del tiempo los inicios de la enfermería se remontan desde el siglo I, en donde ya existían las mujeres cuidadoras, llegando a utilizar plantas como practicas curativas, basándose en su conocimiento intuitivo, dando curación a sus males. Dentro de este mismo siglo, se encuentra el periodo clásico que consistió en otorgar cuidados domésticos institucionales con un pensamiento lógico dado por mujeres hechiceras y sacerdotisas, en esta etapa se le asignaban tareas a mujeres y esclavos, otorgándole cierto valor social; en el cristianismo el cuidado estaba a cargo de sacerdotes, de la religión y el clero, el cuidado era brindando por mujeres viudas y ricas otorgándolo en casas u hospitales, para poder ser parte de este grupo de cuidadoras, el clero y la iglesia exigían ciertos requisitos que debían cumplir, ser personas aptas con vocación dispuestas a ayudar y con sentido de caridad. En la época de la revolución industrial se da la concepción de Florencia Nightingale en un mundo de enfermedad y al querer preservar la salud crea un modelo de atención para la prevención y fomento a la salud (Notas sobre enfermería).

Las acciones de Nightingale contribuyeron a profesionalizar la enfermería a través del impacto que tuvieron sus ideas y notas sobre los cuidados.

A través de la historia la profesión de enfermería se ha caracterizado por la capacidad para responder a los cambios que la sociedad ha ido experimentando y en consecuencia, a las necesidades de cuidado que la población y el sistema de salud han ido demandando. Desde siempre la enfermera ha cuidado a las personas apoyándolas en las circunstancias en las que su salud puede verse

afectada, con el tiempo la enfermería ha ido reforzando el objeto de su quehacer diario “el cuidado”.

Tras la necesidad de definir el quehacer de enfermería, surgen los cambios generados en el sistema de salud; las enfermeras pese a las restricciones y regulaciones, deben mantener la calidad del cuidado.

La profesión de enfermería, congruente con las demandas de la sociedad moderna, evoluciona su actuar al incorporar el Proceso de Atención de Enfermería, como una metodología basada en el método científico con la finalidad de sistematizar y fundamentar su actividad.

La Escuela Nacional de Enfermería en Obstetricia forma profesionales con bases teórico-metodológicas, propiciando una forma de trabajo científica, al estructurar el proceso de enfermería (PAE), la enfermera incorpora su pensamiento crítico para emitir juicios y poner en práctica acciones basadas en la razón, identificando, diagnosticando y tratando las respuestas humanas ante la salud y la enfermedad.

Como eje fundamental de la formación profesional de enfermería, se presenta el siguiente proceso atención enfermería donde se retoma a la persona S.C.M.I de sexo femenino, adulta joven con alteración en la necesidad de eliminación.

Como parte del aparato crítico del presente trabajo y con fines de organización primeramente, se integra el marco teórico el cual contiene la evolución histórica del cuidado enfermero, definición de enfermería, teorías y modelos de enfermería, definición del proceso atención de enfermería y sus etapas, conceptos y definiciones del modelo de Virginia Henderson y Etapa de desarrollo del adulto joven, definiendo las características: fisiológicas, biológicas, culturales, espirituales y propias de esa edad.

Una vez estructurado el marco teórico, se desarrolla el proceso de enfermería, en la primera fase del proceso se reúne la información a través de una valoración exhaustiva basada en el modelo de Henderson, con esta valoración se

determina la causa de dificultad y el nivel de dependencia de la persona, se procede a elaborar la presentación del caso clínico, para posteriormente abordar de manera descriptiva cada una de las 14 necesidades básicas, lo que me lleva a elaborar la conclusión diagnóstica. En la segunda fase se formulan diagnósticos de enfermería real y de riesgo utilizando la taxonomía NANDA 2009-2011. En la planificación se establecen los objetivos de enfermería dirigidos a reducir o eliminar los factores relacionados con el problema que llevaron al estado de dependencia a la persona. Para la ejecución se implementan intervenciones de enfermería en el área hospitalaria y se determina la relación enfermera-equipo de salud, para estas intervenciones y para los resultados esperados se basa en las taxonomías NIC y NOC. Finalmente la evaluación se lleva a cabo en base a los objetivos planeados, intervenciones, la escala de medición y el puntaje diana establecido.

Se elabora un plan de alta donde se proporciona a la persona herramientas de educación para lograr el nivel máximo de independencia para la satisfacción de sus necesidades.



## II. JUSTIFICACION

El presente proceso atención enfermería se realiza con la finalidad de integrar los conocimientos teóricos-conceptuales aprendidos en el desarrollo académico para posteriormente poder aplicar la metodología a la práctica diaria, la cual está basada en el método científico encaminada a mejorar la calidad de la atención y seguridad de la persona de acuerdo a sus respuestas humanas.

El elaborar un proceso de enfermería ofrece contar con una herramienta para la profesión, caracterizada por el enfoque humanístico que abarca no solo los cuidados específicos de la enfermedad, sino los componentes sociales, culturales y espirituales que rodean a la persona, además de la vinculación de las taxonomías NANDA, NOC, y NIC como un sistema propuesto para la protocolización de cuidados de enfermería que permite un soporte científico, disminuye el tiempo, ahorra recursos al momento de proporcionar los cuidados y sirve como método de desarrollo de la profesión de enfermería.

Para llevar a cabo el presente trabajo se seleccionó a una persona con nefritis lúpica, la cual es una complicación del lupus eritematoso sistémico esta complicación constituyen la principal causa de morbilidad y mortalidad en México, de hecho la afección renal constituye un predictor de pobre pronóstico de la enfermedad. Hasta el 60% de los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico desarrollan afección renal, usualmente dentro de los primeros 5 años de presentación de la enfermedad y de estos pacientes entre el 10 y el 20% desarrollan enfermedad renal terminal. (GPC Diagnostico y Tratamiento de la Nefropatía Lúpica 2009).

Debido al impacto de la afección renal en la morbilidad y mortalidad de los pacientes con lupus eritematoso sistémico, me motivó a desarrollar un proceso de enfermería en el cual se ayude a evitar y/o limitar la cronicidad y el desarrollo de

exacerbaciones durante la evolución de la enfermedad, todo esto con la finalidad de disminuir la morbilidad-mortalidad y mejorar la calidad de vida de la persona con nefritis lúpica.

Como parte del trabajo académico desarrollado en la Licenciatura de Enfermería y con el objetivo de titulación a través de la realización de un Proceso Atención de Enfermería, se presenta el siguiente Proceso.

### **III. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo general:**

- Desarrollar un proceso de enfermería a una persona adulta joven con alteración en la necesidad de eliminación, con base en el modelo de Virginia Henderson, buscando el logro del nivel máximo de independencia en la satisfacción de sus necesidades durante su estancia hospitalaria.

#### **3.2. Objetivos específicos:**

- Valorar a la persona teniendo como base las 14 necesidades del modelo de Virginia Henderson.
- Estructurar los diagnósticos de enfermería de acuerdo a la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association, 2009-2011).
- Planear y ejecutar los cuidados específicos para resolver problemas de dependencia de la persona relacionados con su salud, con base en la taxonomía NIC y NOC.
- Evaluar la eficacia del plan de cuidados y revalorar en caso de no cumplir con los objetivos.

#### IV. METODOLOGÍA

El presente proceso de Enfermería se desarrolla asistiendo a asesorías individuales una vez por semana los días martes, en un horario de 9 a 14 horas del mes de Septiembre al mes de Noviembre del 2013, con 12 sesiones aproximadamente en el SUAYED en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia; se realizó la revisión de procesos de enfermería en la hemeroteca de esta escuela con el fin de conocer la estructura general o bien los modelos teóricos utilizados y la bibliografía consultada.

También se realiza la búsqueda bibliográfica con el objeto de estructurar y fundamentar el marco teórico, de manera paralela se elige a la persona con la cual se trabajó el proceso de enfermería y se establecen los primeros acercamientos con ella, exponiendo los motivos del trabajo y solicitando su participación.

Se realiza una entrevista antes del inicio del proceso con el fin de exponer de manera extensa a la persona como se integrará el trabajo y cuál será su participación, especificando la utilización del instrumento metodológico para la recolección de datos del Modelo de Virginia Henderson. (Ver anexo 1).

Posteriormente se inicia con la elaboración del proceso iniciando con la primera etapa: la valoración en donde se realizó la recolección de datos partiendo de una entrevista, observación y una exploración física, en la entrevista se realizó el llenado del instructivo de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson posteriormente se organizó esta información y se validó de acuerdo al estado de salud de la persona, esta valoración se realizó en dos ocasiones debido a la falta de información recabada, movimientos intrahospitalarios y tiempo disponible.

El material utilizado en esta etapa fue: termómetro, baumanómetro, estetoscopio, báscula, lápiz, hojas, cuaderno, cuestionario, lámpara de chicotey

andadera.,posteriormente se estructuraron los diagnósticos de enfermería sobre la respuesta de la persona ante los problemas de salud reales o de riesgo que fueron la base para la selección de intervenciones, en la planeación se establecieron estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas detectados en los diagnósticos y se determinaron los resultados esperados.

En la ejecución, se puso en práctica el plan de cuidados con el objeto de lograr los resultados esperados, se ejecutaron las intervenciones planeadas y en ocasiones se tuvieron que reprogramar estas intervenciones debido a la falta de tiempo, procedimientos, estudios invasivos y estado de ánimo de la persona, finalmente se realizó la evaluación de las acciones, a partir de la segunda semana, teniendo una revalorización posterior en dos sesiones de dos horas cada una con la finalidad de reafirmar conocimientos, actitudes o dudas.

A través del instrumento de valoración de las 14 necesidades del modelo de Virginia Henderson se describieron los datos objetivos y subjetivos que permitieron la construcción del caso clínico y los diagnósticos de enfermería. La construcción de las etiquetas diagnósticas se realizó utilizando el libro de la NANDA, lo cual sirvió para efectuar la conclusión diagnóstica de enfermería, posteriormente se elaboraron los planes de cuidados de enfermería, utilizando un formato de tipo de plan estandarizado, para obtener los resultados esperados consulte el libro de NOC y para determinar las intervenciones y actividades de enfermería utilice el libro NIC.

Todo el proceso se realizó primero en borradores y posteriormente para su revisión se transcribió en un procesador de texto, en Word Arial 12 con interlineado de 1.5, margen de 3x4.

## V.- MARCO TEORICO

### 5.1 Evolución Histórica del Cuidado Enfermero

En la era de la prehistoria aparecen tres etapas, la primera es la Paleolítica esta se caracterizo por dedicarse a la caza y la recolección, eran nómadas, habitaban en cuevas y desarrollaron el proceso de hominización, el cual consistía en el proceso de habilidades físicas (crecimiento de la capacidad cerebral, caminar en dos extremidades inferiores, reducción de la mandíbula) e intelectuales (surgimiento del lenguaje y del pensamiento simbólico), lo cual les permitió dominar el fuego y consolidar la evolución humana, Hernández C.J (1995).

Esta etapa estuvo caracterizada también, por ideas mágico-religiosas que explicaban el origen del ser humano, y al mismo tiempo las relativas a la enfermedad y el cuidado a partir de una deidad. La intención de ese conjunto de acciones e ideas se basa esencialmente en la conservación de la especie y la satisfacción de necesidades.

La segunda etapa es la Mesolítica, se caracterizo por el desarrollo de la agricultura y la cerámica, los humanos vivieron sedentariamente. Se desarrollaron las primeras herramientas humanas a partir del uso de recursos naturales, los individuos pasaron de recolectores básicamente a cazadores y de cierta manera a productores.

Los cuidados en esta etapa histórica consistieron básicamente en satisfacer necesidades de los grupos organizados. Se puede entender entonces, como afirma Hernández C. J. (1995), que existió un concepto de ayuda, bajo el que se configuraban las prácticas de los cuidados alrededor de la supervivencia del grupo; asimismo, el cuidado era una actividad colectiva porque no existía la idea de individualidad, por lo que todos los integrantes del grupo social contribuían entre sí a los cuidados colectivos.

En la Tercera Etapa neolítica, los cuidados cambiaron radicalmente para seguir un plan o determinado tipo de acciones por medios conscientemente útiles Hernández C.J.(1995), tales como los cuidados a través de las condiciones naturales del medio que habitaban. Los cuidados dependían de la regularidad de los fenómenos climatológicos, además de la experiencia propia de los individuos al prodigar un cuidado, por lo que se piensa que en este periodo prehistórico los cuidados tienden a individualizarse y fundamentarse en experiencia consciente de los antecesores.

Los cuidados tendieron a especializarse cada vez más, recayendo en la figura femenina como un aspecto central de los mismos. Las mujeres se convirtieron en las cuidadoras indispensables de los grupos sociales en la evolución humana, tenían acumulados conocimientos empíricos y prácticos de los cuidados para la supervivencia.

Los elementos humanos como la mujer, que se denominaron brujas o hechiceras, se conducían por ciertas reglas expresadas a través de ritos, un equipo, material tomado de la naturaleza y elementos de su cotidianidad; con ello emprendían actividades como ritos de tratamientos, de mantenimiento, de curación, de fertilidad; cuidados de supervivencia y cotidianos como el embarazo, partos, perinatales, alimentación, higiene, temperatura corporal calor-frío(Siles G.J, 1996).

Estos elementos dieron origen a los cuidados en el parto, los cuales constituyeron la base del conocimiento empírico para las parteras, representadas por mujeres que conocían el cuerpo humano y los rituales asociados con los cuidados perinatales.

Siguiendo la línea del tiempo en la Edad Media, en el cristianismo los cuidados estaban al servicio de los peregrinos, de la caridad y de la ayuda al prójimo como fin de salvación y vida eterna. Las actividades del cuidar en esta época se llevaban a cabo en centros específicos de recepción de pobres y peregrinos, no obstante la vida de quienes proporcionaban los cuidados enfermeros no disponían

ni de los instrumentos ni de las condiciones necesarias para llevar a cabo la actividad del cuidar en términos efectivos.

A medida que las comunidades cristianas crecen, surge la necesidad de organizar los servicios de caridad, a cargo de los diáconos y diaconisas, quienes se encargaban de visitar a los pobres, para distribuir limosnas y cuidar de los enfermos. Los diáconos visitaban las prisiones para intentar la liberación de los presos y socorrían a las familias cuando aquellos morían.

Diaconisas que eran las mujeres maduras, viudas o vírgenes con experiencia en el cuidado de otros. Se distinguían por sus atuendos blancos, símbolo de virginidad. Eran personas respetadas y consagradas, estaban situadas a nivel del clero. Su principal función de aquellas mujeres era auxiliar a los más necesitados, educar a los niños huérfanos, labores pastorales entre mujeres y el cuidado de los enfermos.

Las mujeres destacadas en esa época del cristianismo por su labor de caridad y de cuidado enfermero fueron: Marcela atendía a los enfermos en su propio palacio, el cual después se convirtió en un convento, Fabiola quien fundó en su palacio el primer hospital gratuito; Paula quien construyó diferentes hospitales para los peregrinos del camino a Belén, Febe la cual fue reconocida como la primera diaconisa y primera enfermera visitadora, atendía a los enfermos en sus hogares y su principal actividad consistía en participar en los bautismos por inmersión, ungiendo el aceite y apoyando las labores del diacono.

Desde los primeros años del cristianismo y hasta aproximadamente el año 400 D. C., se institucionalizó el cuidado enfermero, fue hasta el imperio bizantino que se construyeron algunos hospitales y con ello se concluyó la institucionalización de la labor del cuidar después del siglo IV. El cuidar a los enfermos se convirtió en una vocación. La enfermería recibía una gran influencia del cristianismo se le impartían valores como la solidaridad, el respeto a la vida y el amor.



La actividad de enfermería durante la Edad Media (siglo V) caída de Roma, hasta el (siglo XV), caída de Constantinopla, era ejercida por personas de la nobleza y su trabajo era considerado “trabajo de dios” (purificación y perdón). Su labor era diagnosticar, elaborar recetas, pero no realizaban el cuidado completo en los enfermos existían personas dedicadas a estas actividades.

En la alta Edad Media el mundo entra en decadencia, y prevalece el caos y la muerte por las permanentes invasiones de tribus barbaras, grandes epidemias, constantes guerras y desastres naturales; el hospital era una institución eclesiástica, más que médica.

Posteriormente en el Renacimiento en Europa, etapa comprendida entre fines del siglo XV y principios del siglo XVI, el cual irrumpe en pleno periodo medieval de predominio religioso y cristiano dando paso la fe a la razón, lo que produce un movimiento intelectual, artístico y científico, con revoluciones en el plano industrial, rescata el humanismo y al hombre como el centro, pone de manifiesto una estructura económica capitalista, en una sociedad expansiva a nivel económico. Renueva las ideas sobre la noción del mundo, con la ruptura del Paradigma Aristotélico- Ptolemaico geocéntrico, al paradigma heliocéntrico de Copérnico, que los métodos de Galileo, basados en la observación y la experiencia, puso en crisis a la iglesia católica.

Entre las clases gobernantes del renacimiento, algunas actividades son relegadas al cuidado de las mujeres y criadas, quienes llevaban a cabo algunos cuidados de enfermería. Ellas se dedicaban a cuidar enfermos en las casas de las familias pudientes de la aristocracia y la burguesía, a ellas les correspondía también actividades sanitarias que se dan tanto en casa como en hospitales.

Las nodrizas adquirieron un lugar esencial como siervas elegidas por sus prácticas sociales de moralidad y buenas costumbres, mujeres que residían en las mansiones estaban a cargo de la alimentación, de cuidar a los niños y proporcionar lactancia a los recién nacidos. Otro tipo de nodrizas eran contratadas

por hospitales para amamantar a los niños abandonados o huérfanos. Esto se debe a que el niño fue conceptualizado de una manera distinta en esa época, el cual requería cuidados especiales debido a la alta tasa de mortalidad infantil.

Las comadronas tuvieron que adaptarse a las exigencias sociales para vigilar el cuidado de las mujeres embarazadas durante esa época. Esto obligo a que su actividad adquiriera ciertos tintes profesionales en la salud, lo que incremento una competencia entre las comadronas asociadas con ciertos médicos que ofrecían sus servicios en la burguesía urbana. Lo anterior obligo a sistematizar el conocimiento de las comadronas y resolver problemas técnicos en sus actividades de cuidado, por lo que se elaboraron manuales sobre los partos, lo que dio como resultado una especialización que llevo a considerar a ciertas mujeres como comadronas reales en la alta burguesía del renacimiento.

Después del Medievo y del afianzamiento del renacimiento, el mundo comenzó a vivir una nueva situación promovida en Inglaterra y Francia, al mismo tiempo de la independencia de los Estados Unidos. Otro elemento que cambia la configuración mundial y que impacto a los enfermeros fue la revolución industrial, en cuyo sustento se encuentra las innovaciones industriales que permitieron utilizar recursos fósiles (petróleo), para impulsar diferentes maquinarias, la invención de telares que permitió una producción en serie y el ferrocarril entre otros muchos inventos para la transformación de la sociedad mundial. Es en este contexto como debe entenderse la aparición de la enfermería en el ámbito mundial.

Con la concentración de la población obrera alrededor de las fábricas, el crecimiento de las ciudades, la apertura de nuevas vías de comunicación, así como de los medios de transporte, son algunos de los aspectos que también fortalecieron el cambio económico, social, político, cultural y de la salud-enfermedad desde el siglo XIX al siglo XX.

La salud-enfermedad en este contexto tiende a ser explicada por el proceso continuo del establecimiento del capitalismo. Lo que cambio su concepción ya que

la enfermedad es considerada desde una perspectiva físico-mecánica influenciada por el contexto social, tales como el nivel económico, la clase social, el entorno familiar, la vivienda, la profesión y el acceso a los servicios de salud, Siles G. J, (1996).

Respecto al crecimiento de las ciudades por los núcleos urbanos en el siglo XIX, Florence Nightingale estipula algunas medidas con las que se podría paliar los problemas de salud parecidos en las ciudades y menciona que hay cinco puntos esenciales para asegurar la salubridad de las viviendas (aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz). Sin estos no hay casa que pueda ser salubre, y será insalubre justo en la proporción en que sus puntos fallen. (Notas sobre Enfermería, citado en Hernández C.J. (1995).

Este ejercicio de reflexión sobre las condiciones de vida de los obreros europeos en pleno auge de la revolución industrial, conduce a formar las primeras notas historiográficas sobre enfermería, ya que apunta a: “Poder marche una opinión correcta debe depender, totalmente, de una investigación de las condiciones en que el paciente vive” (Notas sobre Enfermería, citado en Hernández C.J (1995).

Florencia Nightingale (1820-1910), representa el relevo de los agentes de cuidado tradicional, y la secularización y profesionalización de la tarea de cuidar. Ella estableció instituciones para la enseñanza de enfermeras convencida de que “el conocimiento de las leyes de la vida, de la muerte y de las leyes de salud para las salas hospitalarias requieren de un aprendizaje por la experiencia y una cuidadosa investigación”.

Florencia Nightingale fue la primera investigadora y pionera en la sistematización de los procedimientos, el registro, el análisis estadístico y la representación grafica de la estadística descriptiva; desarrollo su primer trabajo de investigación en la guerra de Crimea, en 1854.

Las notas de Florence Nightingale constituyen por sí mismas acciones claras del avance de los cuidados en la historia mundial, “constituyen elementos poderosos para la historiografía de enfermería en el siglo XIX, son reflejo de la sistematización que presentaron las ciencias en ese siglo, incorporándolos a las acciones de enfermería.

Fue hasta principios del siglo XX que se reconocieron los avances planteados por Florence Nightingale, ya que los hospitales se modernizaron y se beneficiaron a través de sus planteamientos sobre la sanidad en los hospitales, además de las observaciones precisas sobre el cuidado. Con ello se empezó a sistematizar el método de los cuidados, cuyo reflejo también es producto del avance de las ciencias sociales y ciencias naturales con sus respectivos métodos de trabajo.

Las acciones de Nightingale contribuyeron a profesionalizar la enfermería a través del impacto que tuvieron sus ideas y notas sobre los cuidados en personajes como Guillermo Ratbone, quien fundó una escuela de enfermeras visitadoras en Inglaterra. Así mismo, Durant, fundador de la Cruz Roja, en algún momento afirmó haberse inspirado de las ideas de Florence Nightingale para construir el sistema más complejo sobre la salud que existe hasta ahora.

La concepción de Florence Nightingale supone la consideración de la enfermería con un contenido específico por investigar, retomando las prácticas judías en órdenes religiosas, del voluntariado de las incipientes escuelas de enseñanza incorporó connotaciones militares y religiosas. Este aspecto es sumamente importante, ya que en el siglo XX, la enfermería entraría en una etapa de plena consolidación profesional por los distintos eventos armados, periodos de desgracias sociales, hambrunas y heridos que requerían de los cuidados enfermeros.

El desarrollo de enfermería ha sido sumamente acelerado a partir de la segunda mitad del siglo XX; la necesidad de tener identidad propia hizo que se empezara a trabajar con un pensamiento crítico, emergiendo enfermeras que desarrollaron

teorías y modelos conceptuales que guiaron la práctica, la formación, la investigación y la gestión de los cuidados de enfermería.

En este momento, la transformación de enfermería, con su nuevo paradigma del cuidado, persona, salud y entorno, logra un cambio de mentalidad sin precedentes, ofreciendo la ciencia de enfermería a la humanidad.

Según las OMS, las funciones principales de la enfermera son: participar en la promoción de la salud, la prevención, curación y rehabilitación de enfermedades, desarrollar programas educativos sobre salud, trabajar de forma efectiva en un equipo de salud e investigar. Todas estas tareas se integran en el concepto de cuidado y son efectivas en la medida en que se estructuran en las fases lógicas que llamamos el proceso de enfermería.

La profesionalización de la enfermería se dio por necesidades de la medicina a finales del siglo XIX y principios del siglo XX. A partir de los años sesenta se define la actividad de la enfermería como el cuidado integral de la salud de las personas, familia y comunidad. De ahí, es que los roles de enfermería varían según las necesidades del paciente, la acreditación del profesional y el tipo de centro de trabajo. Los campos de actuación (asistencial, educativo, administrativo y de investigación), son regidos por los códigos de ética. Además, para impulsar el desarrollo de la profesión es necesario la colegiación como una obligación que tenemos los que ejercemos la enfermería.

El compromiso actual que asumimos, está fundamentado en el conocimiento de lo que significamos en la solución de problemas de salud de las poblaciones, porque la enfermería es el factor esencial con su saber y talento en la atención de salud, dada su cercanía y permanencia en la asistencia de las personas en los servicios de salud, (Nájera, s/f).

Este proceso de transformación se inicia desde la formación de recursos humanos en las instituciones de educación superior, mismo que comparte con las

instituciones prestadoras de servicio de salud para mantener ambas en un proceso de mejora continua, porque la calidad depende del desarrollo académico-profesional y la educación permanente de las enfermeras, lo cual evidentemente evoluciona a la par de la humanidad, de acuerdo a los paradigmas vigentes que dan sentido al desempeño de la comunidad científica para resolver problemas de la práctica del cuidado y toma de decisiones fundamentadas desde lo científico y lo humano. Como los paradigmas son un marco o perspectiva bajo la cual se analizan los problemas y tratar de resolverlos y a partir de las cuales se realiza la investigación.

Como conclusión y teniendo como base la revisión bibliográfica del tema, considero que el cuidado enfermero ha estado presente durante toda la historia de la humanidad, es una labor social requerida, que paso a paso se ha ido integrando hasta el día de hoy como una profesión, con bases teóricas y metodológicas que le llevan a tener como objeto de estudio el cuidado de la persona, considerada como un ser integral, único, que requiere de acciones de enfermería en su proceso de salud y enfermedad.

## **5.2 Definición de enfermería**

La definición de enfermería ha ido evolucionando en el tiempo a medida que se ha estudiado y reconocido el desarrollo de la enfermería no solo como profesión sino también como disciplina de cuidado indispensable para responder a la demanda social de salud y vida de la persona.

La teórica Virginia Henderson establece que la "La función propia de la enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano a desarrollar aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a morir en paz), que él mismo realizaría si tuviera la fuerza, la voluntad, o los conocimientos necesarios, y todo ello de forma que le ayudara a adquirir independencia lo más rápidamente posible". (Kozier, B. Fundamentos de Enfermería: conceptos, procesos y práctica).

La enfermería es la ciencia y el arte dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar humano. La enfermería ha desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad con una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover la salud, prevenir las enfermedades, fomentar y educar para el Autocuidado de la salud, así como, a desarrollar proyectos de investigación respecto al cuidado de las personas, por lo tanto, Enfermería es la ciencia del cuidado basado en: el diagnóstico de las respuestas humanas, el estado de salud y enfermedad y en la aplicación de intervenciones considerando el contexto cultural en el que se desarrolla. (Comisión Permanente de Enfermería 2013)

Finalmente diré que la Enfermería tiene como razón de ser el cuidado a la persona, desde una base teórica en la que fundamenta su actuar, partiendo de que el individuo pertenece a una comunidad con características específicas, situación que se debe de tomar en cuenta con el objeto de que todos los elementos que intervienen se puedan mover a favor de la salud de la persona.

### **5.3. Teorías y modelos de enfermería**

El crecimiento de la disciplina de enfermería, radica en parte, en el desarrollo de las teorías que dan sustento a la profesión.

Marriner A. (2007), menciona que las teorías están conformadas de conceptos y proposiciones dirigidas a explicar los fenómenos con mucho más exactitud que los modelos conceptuales, y explican los fenómenos de Metaparadigma: persona, entorno, salud y cuidado, explicando las relaciones derivadas de estas cuatro variables, por lo que la teoría articula y comunica una forma de ver los diferentes fenómenos, guiando de esta manera la práctica enfermera.

Las teorías además de ser el eje fundamental de la enfermería, guían el pensamiento y la acción de la práctica, donde se comunica la conceptualización de un aspecto de la realidad de enfermería con la finalidad de predecir, un

fenómeno, explicar las relaciones entre fenómenos, predecir las consecuencias o prescribir el cuidado de enfermería.

De igual manera, la teoría, instrumentaliza la acción de la práctica y hace que las intervenciones de enfermería, se generen de acuerdo con una comprensión operativa del fenómeno presente. De este modo, la práctica, sustentada en una teoría de enfermería se desarrolla bajo ciertas premisas básicas que le imprimen características específicas, y en esa relación, la enfermera se da cuenta que tanto la persona que cuida como ella se comportan de acuerdo con esos supuestos o guías paradigmáticas. Por ejemplo, si un profesional acepta las proposiciones de la teoría de adaptación de Roy, su práctica, bajo las premisas de esa teoría, tendrá como meta buscar la adaptación del ser adaptativo. Pero si su preferencia es por el modelo de Orem, su meta estará enfocada a generar la capacidad de Autocuidado.

Las diferentes teorías de enfermería se clasifican en: Históricas, filosóficas, de carácter general, intermedias y modelos teóricos, según, (Marriner 2007).

Los modelos conceptuales proporcionan un marco de referencia, que les explica como observar e interpretar los fenómenos de interés para la disciplina.

A manera de conclusión los modelos conceptuales y teorías, ofrecen los conocimientos para mejorar la práctica, guiar la investigación, así como para identificar los dominios y los objetivos de la práctica enfermera, además la teoría es una conceptualización de algunos aspectos de la enfermería, comunicada con el objeto de describir, explicar o predecir y/o prescribir cuidados enfermeros.

#### **5.4.-Definición del proceso atención de enfermería y sus etapas**

Alfaro-Lefevre (2005), define al Proceso de Enfermería, como un método sistematizado y organizado de administrar cuidados individualizados que se centra en la identificación y tratamiento de las repuestas únicas de las personas o grupos



a las alteraciones de salud reales o potenciales y consta de cinco etapas: Valoración, Diagnóstico de Enfermería, Planificación, Ejecución y Evaluación.

Rodríguez Sánchez B.A. Menciona ciertas características que definen el Proceso atención de enfermería describe que:

- Es un método, porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera(o), que le permite organizar su trabajo y para solucionar problemas relacionados con la salud de la persona.
- Es sistemático por estar conformado de cinco etapas que responde a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación).
- Es humanista por considerar a la persona como un ser integral y no únicamente en partes o fracciones.
- Tiene una intención, un objetivo marcando la ruta a seguir para la resolución del problema, evitando los factores de riesgo, toma en cuenta las capacidades de la enfermera y la participación de la persona.
- Es dinámico por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia de la persona.
- Es flexible, porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.
- Es interactivo, requiere de la comunicación constante persona-enfermera, para alcanzar objetivos comunes.
- El Proceso Atención de Enfermería es incluyente, compromete al individuo, a la enfermera, a la familia y la comunidad.

Kozier (1993), describe las etapas del proceso de Enfermería iniciando con la Valoración, la cual sirve para determinar el estado de salud de la persona, preferentemente se debe valorar las áreas: biofisiológicas, psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales, con la finalidad de hacer una valoración holística.

Para realizarla es a través de los medios de observación, entrevista (datos objetivos y subjetivos) y exploración física, auxiliándose de los métodos de inspección, palpación, auscultación, percusión y olfato. Los cuales permiten reunir la información necesaria de la persona para conocer su estado general de salud.

Esta etapa sienta las bases para el desarrollo de todo el proceso, su importancia radica en que se plasme la veracidad, exactitud, congruencia e integración de los datos obtenidos.

La valoración como un proceso continuo permite la identificación de problemas y comprende tres etapas: 1. Recolección de la información, tanto de fuentes directas como el usuario y su familia, fuentes secundarias como los amigos y otros profesionales de la salud. Las fuentes indirectas son los expedientes clínicos y la bibliografía relevante puede ser general y específica. 2. Validación de la información, una vez reunida la información tiene que ser validada para asegurarnos de que los datos obtenidos sean los correctos, nos permite evitar interpretaciones erróneas, omisiones, centrar la atención y podemos realizar otra entrevista, pedir la intervención de otra colega, comparar datos. 3. Registro de la información, consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico.

En el diagnóstico la enfermera analizará los datos de valoración para identificar los diagnósticos de enfermería reales, probables y posibles. Es un proceso de análisis y síntesis que requiere de técnicas cognoscitivas como son: la objetividad, el pensamiento crítico, la toma de decisiones y el razonamiento inductivo y deductivo que se expresa en un enunciado de diagnóstico de enfermería. El proceso de diagnóstico tiene las siguientes fases: 1. Proceso de datos: interpreta los datos recogidos. 2. Determinar los problemas de salud, riesgos de salud y potencial de cliente. 3. Formular diagnóstico de enfermería.

La planeación es el proceso de designar las estrategias o actuaciones de enfermería requeridas para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas del

cliente identificados y validados durante la fase de diagnóstico. Las siguientes personas pueden estar implicadas en la planificación de estrategias de enfermería: una o más enfermeras; el cliente, los miembros de la familia, las personas de apoyo y cuidadores, a veces miembros de otras profesiones de la salud. La planificación es un proceso deliberado y sistemático que es vital para alcanzar la calidad de los cuidados de enfermería. Es un proceso en el que se llevan a cabo la toma de decisiones y la solución de problemas. El proceso de planificación utiliza a) los datos obtenidos durante la valoración y b) los enunciados diagnósticos que presentan los problemas de salud del cliente (potencial y real). Los diagnósticos de enfermería correctos proporcionan directrices para determinar los objetivos del cliente y desarrollar un plan de cuidados. Los componentes de la planificación son seis: 1. Fijar prioridades. 2. Establecer los objetivos del cliente y los criterios de resultados. 3. Planificar las estrategias de enfermería. 4. Escribir las prescripciones de enfermería. 5. Escribir el plan de cuidados. 6. Consultar.

La ejecución es la puesta en práctica de las medidas planificadas, utiliza los conocimientos científicos que no forman parte del modelo de enfermería. El proceso de ejecución consiste normalmente en revalorar al cliente, validar el plan de cuidados de enfermería, determinar las necesidades de ayuda de enfermería, ejecutar las estrategias de enfermería y comunicar las acciones.

La evaluación significa identificar hasta qué punto se han alcanzado los objetivos del cliente. La evaluación es un aspecto sumamente importante del Proceso de Atención de Enfermería porque las conclusiones extraídas a partir de la evaluación determinan si las actuaciones de enfermería pueden darse por finalizadas o debe revisarse o cambiarse. Evaluar es un proceso concurrente y terminal. Es concurrente porque normalmente la enfermera evalúa durante la fase de ejecución del proceso. En este estadio, la enfermera puede cambiar una acción de enfermería para ayudar al cliente a cubrir los objetivos planeados. Es un proceso terminal porque después de finalizar la actividad de enfermería, la

enfermera evalúa si se han alcanzado los objetivos del cliente. Es una actividad organizada e intencionada. Mediante la evaluación las enfermeras aceptan la responsabilidad de sus acciones, muestran interés en los resultados de las acciones de enfermería y demuestran un deseo de no perpetuar acciones ineficaces y de adoptar unas más eficaces.

Para la elaboración de este proceso atención enfermería se utiliza la Taxonomías NANDA, NOC Y NIC

La utilización de las taxonomías NANDA, NOC Y NIC facilita a los profesionales de enfermería la planificación de los cuidados al utilizar un lenguaje estandarizado, así como, un marco de análisis y reflexión en la toma de decisiones.

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). El diagnóstico de enfermería es un referente metodológico de los cuidados dentro del proceso de atención de enfermería, tiene una importancia fundamental por representar la identificación del problema a resolver por el personal de enfermería, y servirá de base para elegir las intervenciones de enfermería que permitan conseguir los resultados esperados; es un juicio clínico sobre las respuestas de la persona, familia o comunidad a problemas de salud o de procesos vitales reales o potenciales.

Nursing Outcomes Classification NOC, Clasificación de resultados de enfermería. La taxonomía NOC se utiliza para conceptualizar, denominar, validar y clasificar los resultados que se obtienen de las intervenciones de enfermería. Este lenguaje incluye resultados esperados, indicadores y escalas de medición.

Los resultados expresan los cambios modificados o sostenidos que se quieren alcanzar en las personas, familia o comunidad, como consecuencia de los cuidados de enfermería.

Cada resultado posee un nombre, una definición e indicadores y medidas para evaluar a través de escalas. El indicador se refiere a los criterios que permiten

medir y valorar los resultados de las intervenciones de enfermería utilizando una escala tipo Likert de cinco puntos para cuantificar el estado en el que se encuentra el resultado.

Nursing Interventions Classification NIC clasificación de intervenciones de enfermería. La taxonomía NIC es una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realiza el profesional de enfermería, que tiene como centro de interés la decisión que tome para llevar a la persona al resultado esperado. Esta taxonomía está compuesta por dos elementos sustanciales: las intervenciones y las actividades de enfermería.

Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar a la persona, familia o comunidad a conseguir los resultados esperados.

### **5.5.-Conceptos y definiciones del modelo de Virginia Henderson**

En el texto impreso 1966., La Naturaleza de la Enfermería, Henderson, define la función de la enfermera de la siguiente manera: "La función propia de la enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano a desarrollar aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a morir en paz), que él mismo realizaría si tuviera la fuerza, la voluntad, o los conocimientos necesarios, y todo ello de forma que le ayudara a adquirir independencia lo más rápidamente posible". (Kozier, B. Fundamentos de Enfermería: conceptos, procesos y práctica).

V. Henderson describe la relación enfermera-paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera. (Apoyo, ayuda, suplencia) a personas enfermas o sanas "en las actividades que no pueden hacer por sí mismas por falta de fuerza, de voluntad o de conocimientos con el fin de

conservar o de restablecer su independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales”.

La teoría de V. Henderson busca la independencia de la persona a través de la promoción y educación en la salud, en las personas sanas y enfermas utilizando cuidados de enfermería. Establece la necesidad de elaborar un Plan de Cuidados Enfermeros por escrito, basándose en el logro de consecución de las 14 necesidades y en su registro para conseguir un cuidado individualizado para la persona.

El siguiente punto se desarrolla con base al trabajo realizado por Fernández y Novel en su libro *El proceso de atención de Enfermería: estudios de casos*, publicado en 1993. En donde Virginia Henderson en su libro publicado en 1956, *The Nature of Nursing*, define la función de la enfermera de la siguiente forma: "La función propia ", definió los elementos indispensables de su modelo, que se enuncian a continuación:

**Persona.** Cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene 14 Necesidades Básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento:

- Necesidad de oxigenación
- Necesidad de nutrición e hidratación
- Necesidad de eliminación
- Necesidad de termorregulación
- Necesidad de moverse y mantener una buena postura
- Necesidad de descanso y sueño
- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas (Termorregulación)
- Necesidad de higiene y protección de la piel
- Necesidad de evitar los peligros del entorno
- Necesidad de comunicarse con otras personas

- Necesidad de vivir según sus creencias y valores
- Necesidad de trabajar y realizarse
- Necesidad de jugar / participar en actividades recreativas
- Necesidad de aprendizaje

**Salud:** independencia / dependencia y causas de la dificultad. Desde su filosofía humanista Henderson considera que todas las personas tienen determinadas capacidades reales y potenciales.

- Independencia, como la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus Necesidades Básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.
- Dependencia, puede ser considerada en una doble vertiente. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realice actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.
- Las causas de la dificultad, son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades, Henderson las agrupa en tres posibilidades:

Falta de fuerza: Interpretamos por fuerza, no sólo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidades intelectuales, etc.

Falta de conocimientos: en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situaciones de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

Falta de voluntad: entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

Cabe señalar que la presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente. El tipo de actuación (de suplencia o ayuda) vendrá siempre determinado por el grado de dependencia identificado.

**Rol profesional.** Cuidados Básicos de Enfermería y Equipo de Salud. Los Cuidados Básicos son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona, Henderson afirma los cuidados básicos de enfermería considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes; sin embargo, varían constantemente porque cada persona interpreta a su manera estas necesidades. En otras palabras la enfermería se compone de los mismos elementos identificables, pero éstos se han de adaptar a las modalidades y a la idiosincrasia de cada persona. De ahí surge el concepto de cuidado individualizado y dirigido a la persona en su totalidad.

**Entorno**, factores ambientales, factores socioculturales. Diversas autoras han criticado a Henderson el hecho de no incluir el concepto de entorno de una manera específica dentro de su modelo. Sin embargo, menciona de manera implícita y otras explícitamente la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico.

Dentro de los enunciados teóricos de Virginia Henderson destaca el planteamiento donde hace mención que la enfermera y la persona realizan en conjunto su plan de cuidados, además de profesionalista no debe solo valorar las necesidades de la persona también debe considerar las características y estados patológicos que la modifican o bien la misma enfermera puede modificar el entorno es decir,



conociendo las situaciones de humedad, temperatura, luz, calor, ruidos, sustancias químicas y microorganismos puede atender mejorando las instalaciones disponibles.

Hace referencia, la enfermera es parte del equipo multidisciplinario, las enfermeras no deben seguir órdenes médicas, pueden ayudar cuando el médico se encuentre ausente.

### **5.6.-Etapa de desarrollo del adulto joven**

Mariela y barbará Aguayo Álvarezcita en su artículo, Adulto joven 20-40 años Nov. 2012

En las mujeres el desarrollo físico se considera hasta los 18 años, pero una de cada 10 llega a desarrollarse hasta los 21 años y en los hombres es hasta los 21 años.

En esta edad las capacidades sensoriales y motoras alcanzan su plenitud, durante la edad joven se agudizan los sentidos, han logrado el máximo en coordinación, equilibrio, agilidad, fuerza y resistencia. En los hombres se alcanza un máximo de fuerza entre los 25 y 30 años si se procura el deporte y la vida sana. Se goza de una salud buena y se caracteriza por un mínimo de enfermedades de fácil recuperación.

Al entrar en la década de los veinte el desarrollo cognitivo se vuelve más responsable, logrando planear a largo plazo y no solo a dos o tres años a futuro, adquiere responsabilidades laborales y familiares propias, se flexibiliza ante las situaciones que enfrenta.

Para el adulto joven el desarrollo moral se vuelve más crítico de los problemas que se le presentan, utilizando los aprendizajes de experiencias pasadas y toma decisiones que considera correctas en base a "Moral de principios éticos universales" sin importar las consecuencias ante los demás.

Kohlberg s/f define moral como un sentido de justicia, el cual depende de un desarrollo cognitivo que implica una superación del pensamiento egocéntrico y una capacidad creciente de pensar de una manera abstracta.

En el desarrollo afectivo entre los 20 y los 30 años, el adulto establece relaciones afectivas de carácter duradero, pero pasados los 30 años empieza a cuestionarse de nuevo acerca de su vida pasada y afirma lo obtenido o cambia de rumbo buscando estabilizarse en menos tiempo. Pasado este cuestionamiento logra dar carácter y sentido a su vida, creando nexos más fuertes de pertenencia tanto con la familia como con la sociedad.

Dentro de lo laboral el adulto en la década de los 20 a los 30 años alcanza de una forma paulatina o abrupta, la transición entre el aprendizaje y el ser responsable de un trabajo, creando como eje central esta fuente de ingresos para su estabilidad y proyección a futuro, de tal forma que se integra como una persona productiva y satisfecha a su iguales, elevando de manera importante su auto-concepto.

En el ámbito laboral, el adulto joven se enfrenta con la tarea de establecer una identidad laboral adulta. La transición desde el aprendizaje y el juego al campo laboral puede ser gradual o abrupta, pero en algún momento del segundo decenio de la vida, el trabajo se convierte en una actividad central para la estabilidad y progresión intrapsíquica. Sentirse productivo y competente es parte importante del auto-concepto y de la identidad psicosocial.

Con respecto a lo Intelectual los conocimientos y experiencias que se adquieren durante los años previos y la capacidad reciente adquirida para aceptar otros puntos de vista, el adulto joven se vuelve autocrítico y busca en sus pensamientos las ideas que le han de favorecer así como los puntos de vista contrarios a estas para asimilar, en base a sus conocimientos, moral y experiencia lo que mejor favorezca, entra en un pensamiento dialéctico. Los adultos que alcanzan el pensamiento dialéctico se caracterizan porque son más sensibles a las

contradicciones, aprecian más las opiniones contrarias ya que han aprendido a vivir con ellas, (Phillips Rice, 1997).

De lo antes mencionado puedo concluir que la etapa de adulto joven se caracteriza por ser:

- La etapa en que el ser humano toma las decisiones más fundamentales de su vida.
- Es el período del galanteo y de la vida familia.
- El adulto joven debe buscar su auto-definición, independizándose gradualmente de sus padres.
- Desarrolla sus propios valores y toma sus propias decisiones.
- Alcanza su identidad
- Asume responsabilidades
- Acepta las consecuencias de sus decisiones
- Capacidad de vivir íntimamente con una persona del sexo opuesto
- Piensa en la formación de una Familia.
- Elección de profesión y/o trabajo.

## VI. DESARROLLO DEL PROCESO

### 6.1 Presentación del caso clínico

#### Ficha de identificación

Nombre: SCMI      Edad: 21 años      Peso: 60 Kg.      Talla: 1.64 M  
Fecha de Nacimiento: 6 De Oct. 1991      Sexo: Femenino  
Ocupación: Estudiante  
Escolaridad: 7° Semestre de licenciatura en ingeniería ambiental.  
Fuente de información: directa e indirecta Fiabilidad (1-4): 3

Miembro de la familia / persona significativa: Es la primera hija de la familia.

Los antecedentes clínicos de esta persona se centran en que SCMI, es Portadora de Lupus eritematoso sistémico de reciente diagnóstico en abril 2013, con tratamiento a base de prednisona 50mg V.O c/24 horas por un mes con dosis de reducción 37.5 mg V.O c/ 24, hasta 25mg V.O c/24 horas, actualmente es portadora de Nefritis lúpica.

En mayo de 2013 debuta con síndrome nefrótico y urémico, inicia con edema de miembros pélvicos generalizándose hasta presentar anasarca acompañándose de náuseas, vómito, malestar general, astenia, adinamia y disnea de moderados esfuerzos; así como disminución progresiva de volúmenes urinarios hasta llegar a la anuria, se proporciona tratamiento médico con Ciclofosfamida y metilprednisolona con nula respuesta y evolución tórpida., con deterioro de la función renal, por lo cual se inicia tratamiento sustitutivo de la función renal colocando catéter mahurkar subclavio derecho e iniciando sesiones de hemodiálisis los días lunes-miércoles-viernes, con duración de 4 horas y ultrafiltrado de 2-3 litros.

Presenta hipertensión arterial sistémica secundaria a nefropatía, manejada con metoprolol 50 mg c/12, prazocin 4mg V.O c/6 horas, Nifedipino 60mg V.O c/8 horas y Losartan 100mg c/12.

Como antecedente de importancia, fue manejada como portadora de Tb Pulmonar debido a que presento criterios por demostrar disnea y tos productiva con

expectoración purulenta y estrías sanguinolentas acompañándose de fiebre 38 a 39 grados de temperatura corporal de predominio vespertino sin diaforesis. La tomografía pulmonar reporta absceso pulmonar, bula pulmonar derecha y fibrosis pulmonar, con tal resultado se inicia tratamiento antituberculoso, a los 15 días se realiza broncoscopia reportando cultivos obtenidos en la misma negativos a tuberculosis, se suspende tratamiento e inicia con Ciprofloxacino 200mg I.V c/12 horas por 21 días, Clindamicina 600mg IV c/6 horas por 21 días y Fluconazol 100mg IV c/24 horas por 21 días.

La valoración se centra en una persona femenina de 21 años de edad con sedentarismo, con un Glasgow de 15, orientada en las tres esferas, con facies de Cushing, FR 28 minuto, T.A 160/100mmHg, Saturación de Oxígeno 86 %, llenado capilar 2 a 3 segundos, T.C 37°C,FC 96 x'. Con pérdida importante de peso corporal, 12 kg desde el inicio de su enfermedad, actualmente cuenta con una estatura de 1.64 m, peso de 60 kg, IMC 18.4 Kg/M2.

A la exploración física su piel se observa muy seca descamándose, tibia al igual que las extremidades, con pérdida de grasa y de un color pálido-amarillento con referencia de prurito, hay pérdida de cabello, presenta disnea de mediano esfuerzo con dependencia al oxígeno suplementario a 3 litros por minuto por cánula binasal las 24 horas del día, cavidad oral concandidiasis, mucosas orales hidratadas, faltan piezas dentarias, hay malas condiciones de higiene y halitosis, uñas integra delgadas y limpias, no se aprecia ingurgitación yugular, catéter Mahurkar de lado derecho sin exudado, cubierto con gasa en el sitio de incursión, respiración con frecuencia, ritmo e intensidad alterada, respiración con distensión simétrica de la caja torácica, sin molestias a la inspiración y expiración, campos pulmonares con buena entrada y salida de aire, sin estertores, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia, abdomen con estrías, blando depresible con dolor a la palpación, peristaltismo disminuido, no se encuentran datos de crecimientos o inflamación en cavidad abdominal, en el cuadrante hipogástrico se palpa la vejiga vacía, se observan hemorroides externas y estrías en glúteos.

Presenta disminución de la fuerza y tono muscular de las extremidades, movilidad limitada, se cansa con facilidad, le falta fuerza en cuanto a la capacidad muscular, tono, resistencia y flexibilidad, se observa hipotonía muscular, músculos flácidos y blandos, disminución de la resistencia al movimiento pasivo de las extremidades.

Actualmente descansa 6 horas sin siesta durante el día, por lo general pasa mala noche, despierta cansada y de mal humor, se muestra atenta, con ojeras, intercambia de manera adecuada las respuestas, entiende lo que se le cuestiona y cuando tiene dudas pregunta, refiere que su estado de ánimo influye mucho para la selección de sus prendas, necesita de ayuda para ponerse y quitarse la pijama.

Su familia está integrada por dos hermanos menores y sus padres, los cuales responden ante una situación de emergencia, con prudencia y calma tratan de resolver los problemas lo mejor posible.

La persona hace referencia con respecto a su enfermedad, la cual le ha cambiado mucho la vida, la situación económica de sus padres le inquieta, se expresa de manera verbal de forma clara, coherente, pausada, construye sus respuestas de forma directa, asertiva con buen tono de voz, se realiza contacto visual cercano, se encuentra cómoda, su madre está al tanto del menor movimiento que ella hace, atenta a su cuidado, a lo que necesita o apetece, la relación con la mamá es cálida, con muchas muestras de cariño, refiere nacer en una familia católica y ella también adopta esa religión, sus principales valores son la honestidad, el amor, la confianza, el respeto; declara vivir de forma congruente con la religión. Expresa que le gustaría tener fuerza para cuidarse sola y reducirle el trabajo a su madre, ya que la ve muy cansada, muestra tristeza e insatisfacción por no poder realizar su vida normal, no está satisfecha con el rol que juega dentro de la familia, ya que le gustaría ayudar más a su mamá con las tareas de la casa, por lo general se muestra ansiosa, irritable, inquieta, el carácter es muy variable, le desespera su situación de salud e imagen corporal, rehúsa toda actividad, refiere dolor al

movimiento, su estado de ánimo fomenta el poco interés por la actividad, no tiene problemas de aprendizaje y ninguna limitación cognitiva, se interesa en saber qué es lo que pasa con su estado de salud, menciona desconocer muchas cosas sobre su padecimiento y está dispuesta a estudiar sobre el tema.

Con el presente caso clínico se desarrolló un plan de cuidados con las necesidades de dependencia, actualmente la persona se encuentra en un estado de parcial dependencia debido a que le falta realizar algunas actividades, principalmente las de movilización y que le es muy difícil acostumbrarse a realizar ejercicios tanto pasivos como activos, está en proceso de alcanzar su independencia.

### **6.3.- Valoración de las 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson**

#### **1.-Necesidad de Oxigenación**

Se trata de femenina de 21 años de edad, orientada en las tres esferas, con facies de Cushing, FR 28 minuto, T.A 160/100mmHg, Saturación de Oxígeno 86 %, llenado capilar 2 a 3 segundos, T.C 37°C, FC 96 x'.

Presenta disnea de mediano esfuerzo con dependencia al oxígeno suplementario a 3 litros por minuto por cánula binasal las 24 horas del día, refiere cansancio, palpitations muy fuertes, falta de aire al caminar, tos seca, respiración con frecuencia, ritmo e intensidad alteradas, respiración con distensión simétrica de la caja torácica, sin molestias a la inspiración y expiración, campos pulmonares con buena entrada y salida de aire, sin estertores, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia. Extremidades inferiores hipotroficas, con datos de insuficiencia venosa, con presencia de pulsos poplíteo, tibial anterior y posterior, edema ++, coloración de la piel pálida y escamosa. Cuenta con una Hemoglobina de 8.7.

#### **2.-Necesidad de Nutrición e Hidratación**

La persona refiere comer 3 veces al día: en el desayuno come el guisado de un día anterior, leche deslactosada, pan tostado, huevo, cereal, papaya y en poca cantidad café, yogurt y gelatina; en la comida pescado en poca cantidad, pollo, verdura, agua 500ml en 24 horas, sin sal; en la cena solo cereal con leche y esporádicamente se le antojan los tacos y las hamburguesas, refiere nauseas y en ocasiones llega al vomito, su piel se observa muy seca descamándose, con pérdida de grasa y pálida, cavidad oral con candidiasis y mucosas orales hidratadas, faltan piezas dentarias, se observan malas condiciones de higiene y



halitosis, uñas integra delgadas y limpias, hay pérdida importante de cabello al peinarlo, presenta disminución de la fuerza y tono muscular de extremidades. Existe una pérdida importante de peso corporal de 12 kg desde el inicio de su enfermedad, actualmente cuenta con una estatura de 1.64 m, peso de 60 kg, IMC 18.4 Kg/M2.

### **3.-Necesidad de Eliminación**

Refiere eliminación intestinal una vez al día, la cual es dolorosa con heces duras y pequeñas, con esfuerzo para defecar, con respecto a la menstruación refiere menarca a los 11 años, irregular 15-30 x 4 días, con fecha ultima de menstruación en el mes de abril del 2013 no recuerda el día.

A la exploración física se aprecia abdomen blando depresible con dolor a la palpación, peristaltismo disminuido, se realiza inspección, palpación, auscultación, percusión no encontrando datos de crecimientos o inflamación en cavidad abdominal, en el cuadrante hipogástrico se palpa la vejiga vacía, volúmenes urinarios de 0.1/kg/H (250ml en 24 H) de características macrosómicas amarilla concentrada con sedimentos, olor fuerte. Se observan hemorroides externas.

### **4.-Necesidad de Moverse y Mantener una buena postura**

La persona refiere no realizar ninguna actividad física, no le gusta ningún deporte es totalmente sedentaria, en su tiempo libre visita centros comerciales, escucha música, le gusta estar conectada en el internet, acompañar a su mamá al mercado etc.

Actualmente la persona a la deambulación se cansa con facilidad, le falta fuerza y oxígeno para caminar, se muestra con ansiedad y estrés, en cuanto a la capacidad muscular, tono, resistencia y flexibilidad se observa hipotonía muscular,

músculos flácidos y blandos, disminución de la resistencia al movimiento pasivo de las extremidades, adopta una postura encorvada, necesita ayuda para caminar e ir al baño, refiere dolor al movimiento, se observan temblores finos al apoyar los pies.

### **5.-Necesidad de descanso y sueño**

La persona refiere descansar en promedio 8 horas diarias con siesta de 1 hora en su casa, pero desde que está hospitalizada le cuesta mucho trabajo conciliar el sueño, en el turno matutino hay mucho ruido, procedimientos, paso de visita médica etc. lo cual le dificulta dormir y en el turno nocturno refiere ser despertada en varias ocasiones para administrarle medicamentos o bajarla a sesión de hemodiálisis, por lo general pasa mala noche, despierta cansada y de mal humor. En ocasiones le despierta el dolor de cabeza que se presenta cuando tiene la presión alta, por el momento no necesita de algún medicamento para dormir. Actualmente descansa 6 horas sin siesta durante el día.

Durante la entrevista se muestra atenta, cansada, con ojeras, intercambia de manera adecuada las respuestas, entiende lo que se le cuestiona y cuando tiene dudas pregunta.

### **6.-Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas**

La persona refiere que su estado de ánimo influye mucho para la selección de sus prendas, algo que comenta textualmente es “No me voy a arreglar bien hasta que esté bien de salud, no me gusta mi aspecto físico”, le da igual lo que se ponga para vestir no tiene preferencia por ninguna prenda, se observa durante la entrevista que necesita de ayuda para ponerse y quitarse la pijama.

## **7.-Necesidad de Termorregulación**

La persona refiere que en la actualidad se ha vuelto muy friolenta, la pijama no le es suficiente, necesita de dos cobertores y calcetas gruesas para sentirse cobijada, a la exploración física se palpapiel tibia al igual que las extremidades, hay pérdida importante de grasa, lo cual la condiciona a tener más frío, la traspiración es nula. El entorno de la habitación en el hospital es frío (es un cuarto aislado), con poca iluminación y corrientes de aire. No acostumbra realizar ningún ejercicio.

## **8.-Necesidad de higiene y protección de la piel**

La persona comenta bañarse 3 veces al día en su casa debido al exagerado calor que hace en donde radica (Yucatán), lo realiza en regadera con agua corriente de temperatura templada, utiliza jabón cremoso, shampoo para cabello delgado, invierte aproximadamente 20 minutos, lubrica su piel con crema hidratante; se asea los dientes tres veces al día, utiliza crema dental con sabor a menta, se lava las manos cuando va a ingerir alimentos y después de eliminar.

Durante la valoración se observa desalineada pero con pijama limpia, sin olor corporal, con estado del cuero cabelludo grasoso y caída del mismo, cavidad oral en malas condiciones de higiene, con placas blancas en lengua y mucosas, presencia de halitosis, catéter Mahurkar en subclavio derecho limpio sin exudado, estrías en abdomen y glúteos, piel seca y descamándose de color pálido-amarillento con referencia de comezón principalmente en piernas.

## **9.-Necesidad de evitar peligros**

Su familia está integrada por dos hermanos menores y sus padres, los cuales responden ante una situación de emergencia, con prudencia y calma tratan de

resolver los problemas lo mejor posible sin angustiarse, procuran tener ordenada la casa y habitación para evitar caídas, tienen conocimiento sobre las medidas de prevención de accidentes en el hogar y trabajo. Acuden a su clínica cuando están enfermos, la mama se realiza el Papanicolaou cada año, el último resultado fue negativo a cáncer cervico uterino, todos los integrantes de la familia cuentan con cartilla de vacunación completa.

Los padres tienen la facultad para distinguir un peligro que atenta la vida de su hija desde que se diagnosticó con Lupus Eritematoso Sistémico acondicionaron una habitación solo para ella, están al pendiente de sus citas médicas e interconsultas con especialistas, el tratamiento lo llevan muy meticulosamente, están alertas ante cualquier cambio en el estado de salud de su hija. Por otro lado están conscientes de la inseguridad que conlleva el catéter que tiene su hija para las sesiones de hemodiálisis por lo cual lo manejan con mucho cuidado.

A la valoración se observó el entorno de la habitación con poca iluminación y en desorden, con barandales descompuestos.

#### **10.-Necesidad de comunicarse**

La persona hace referencia de su estado civil, el cual es soltera vive con sus padres, le preocupa su enfermedad, le estresa su salud, menciona que su enfermedad le ha cambiado mucho la vida, la situación económica de sus padres le inquieta, le preocupa que su mama se enferme la ve muy cansada, es la única que la cuida, ya son muchos días de hospitalización desea irse a su casa, extraña a sus amigos, hermanos, a su familia.

A la entrevista se observó que se expresa de manera verbal de forma clara, coherente, pausada, construye sus respuestas de forma directa, asertiva con buen tono de voz, se realiza contacto visual cercano, se encuentra cómoda, su madre está al tanto del menor movimiento que ella hace, atenta a su cuidado a lo que

necesita o apetece, la relación con la mamá es cálida, con muchas muestras de cariño.

### **11.-Necesidad de vivir sus creencias y valores**

La persona refiere nacer en una familia católica y ella también adopta esa religión, ha sido sujeta de los rituales de: bautizo, confirmación, primera comunión; sus principales valores son la honestidad, el amor, la confianza, el respeto; declara vivir de forma congruente con la religión, aunque no acude cotidianamente a Iglesia. No se observa vestimenta específica relacionada con su religión. Permite el contacto físico con personas muy cercanas, es sociable, le gustan los abrazos y besos de sus seres queridos.

Expresa que le gustaría tener fuerza para cuidarse sola y reducirle el trabajo a su madre ya que la ve muy cansada, desde que inicio su padecimiento siempre ha estado con ella, su padre se dedica a mandarle dinero y tenerle siempre lo necesario, muestra tristeza e insatisfacción por no poder realizar su vida normal.

### **12.-Necesidad de trabajar y realizarse**

La persona no está satisfecha con el rol que juega dentro de la familia, ya que le gustaría ayudar más a su mamá con las tareas de la casa, por lo general se muestra ansiosa, irritable, inquieta, el carácter es muy variable, le desespera su situación de salud e imagen corporal, actualmente no trabaja depende económicamente de sus padres.

### **13.-Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas**

La persona en su tiempo libre acude al cine, disfruta la lectura y cuando esta estresada le gusta salir a la calle con su mamá, cuenta con áreas verdes en su comunidad las cuales las frecuenta muy poco.

A la exploración física se observa que la persona presenta integridad del sistema neuromuscular, pero existe una disminución en fuerza y tono lo que limita la movilidad, refiere dolor al movimiento, su estado de ánimo y aburrimiento fomenta el poco interés por la actividad.

### **14.-Necesidad de aprendizaje**

La persona refiere cursar el 7° Semestre de licenciatura en ingeniería ambiental, menciona no tener problemas de aprendizaje y ninguna limitación cognitiva, tiene preferencia por la lectura, pero no tiene ningún problema con la escritura, se interesa en saber qué es lo que pasa con su estado de salud.

Debido a la gravedad de la enfermedad se vio forzada a dejar la escuela ya que su inasistencia la retraso mucho, pero está dispuesta a reanudarla en cuanto su estado de salud mejore, menciona desconocer muchas cosas sobre su padecimiento y está dispuesta a estudiar sobre el tema.

A la exploración física se observa el sistema nervioso integro, percibe los olores, el gusto, el tacto, el oído y la vista sin problemas, recuerda eventos pasados así como situaciones recientes.

6.4.- CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA				
Necesidad		Grado de Dependencia*	Fuente de Dificultad**	Diagnóstico de enfermería
1	Oxigenación	I	F X	Patrón respiratorio ineficaz relacionado con deterioro musculo esquelético manifestado por piel pálida, disnea de medianos esfuerzos, Hb 8.7, taquicardia y taquipnea.
		PD	C	
		DX	V	
2	Nutrición Hidratación	I	F	Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionado con restricciones en la dieta de proteínas, consumo insuficientes de nutrientes manifestado por peso corporal inferior a un 20%, bajo tono muscular, Hb de 8.7 (anemia), informe verbal de ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas, debilidad generalizada.
		PDX	C X	
		D	V	
3	Eliminación	I	F	Exceso de volumen de líquidos relacionado con compromiso de los mecanismos reguladores manifestado por cambios en la presión arterial, edema++, azoemia, disminución del Hto y Hb, oliguria, cambios de la densidad específica de la orina.
		PD	C X	Estreñimiento relacionado con actividad física insuficiente, aporte insuficiente de fibra y líquidos manifestados por dolor abdominal, disminución de la frecuencia y volumen de las heces, eliminación de heces duras, secas y formadas, sonidos abdominales hipoactivos y dolor al defecar.
		DX	V	Riesgo de desequilibrio de electrolitos relacionado con disfunción renal.
4		I	F X	Fatiga relacionado con anemia, déficit de secreción de la eritropoyetina manifestado por incapacidad para

	Moverse y mantener una buena postura			<p>mantener las actividades habituales, falta de energía, disminución de la movilidad, cansancio, percepción de necesitar energía para realizar las tareas habituales como higiene personal y alimentación.</p> <p>Intolerancia a la actividad relacionado con desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno manifestado por presión arterial y frecuencia cardiaca anormal en respuesta a la actividad, hipotonía muscular, disminución de la fuerza y tono muscular de extremidades, disnea de esfuerzo, informaciones verbales de fatiga y debilidad.</p> <p>Deterioro de la movilidad física relacionado con disminución de la fuerza manifestado por enlentecimiento del movimiento, disnea de esfuerzo.</p>
		<b>PD</b>	<b>C</b>	
		<b>DX</b>	<b>V</b>	
<b>5</b>	Descanso y sueño	<b>I</b>	<b>F</b>	<p>Trastornos del patrón del sueño relacionado con interrupciones (administración de terapias, control pruebas de laboratorio, ruido, entorno no familiar) manifestado por cambios en el patrón normal de sueño, quejas verbales de no sentirse bien descansada, insatisfacción con el sueño, dificultad para permanecer dormida, insatisfacción con el sueño, falta de energía, debilidad, cambios de humor, tensión muscular y ansiedad.</p>
		<b>PD X</b>	<b>C</b>	
		<b>D</b>	<b>V X</b>	
<b>6</b>	Usar prendas de vestir adecuadas	<b>I</b>	<b>F X</b>	<p>Déficit de Autocuidado: vestido relacionado debilidad manifestado por Deterioro de la capacidad para ponerse y quitarse las prendas de vestir necesarias.</p> <p>Trastorno de la imagen corporal relacionado con enfermedad manifestado por verbalización de</p>
		<b>PDX</b>	<b>C</b>	
		<b>D</b>	<b>V</b>	



				sentimientos que reflejan una alteración del propio cuerpo, verbalización de percepciones que reflejan una visión alterada de la propia apariencia corporal, Cambio real en el funcionamiento.
7	Termorregulación	I	F	Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal relacionado con ropa inadecuada para la temperatura ambiental.
		PDX	C X	
		D	V	
8	Higiene y protección de la piel	I	F X	Deterioro de la mucosa oral relacionado con Inmunosupresión manifestado por halitosis/malestar oral/úlceras orales/placas blancas.  Déficit de Autocuidado: baño relacionado con Debilidad manifestado por incapacidad para lavarse el cuerpo.  Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con cambios en el tesor de la piel, estado de desequilibrio nutricional.
		PD	C	
		DX	V	
9	Evitar peligros	I	F X	Riesgo de infección relacionado con enfermedad crónica.  Riesgo de caída relacionado con Anemia y disminución de la fuerza en las extremidades inferiores.
		PD	C	
		DX	V	
10	Comunicarse	I X	F	
		PD	C	
		D	V	

11	Vivir según sus creencias y valores	I	F	Impotencia relacionada a entorno de cuidados a la salud manifestado por expresiones de insatisfacción por la incapacidad para realizar las actividades y tareas previas.
		PD X	C X	Aflicción crónica relacionado con experimentar enfermedad crónica manifestada por expresa sentimientos de tristeza, expresa sentimientos que interfieren con la capacidad para alcanzar el nivel más alto de bienestar personal y social.
		D	V	Ansiedad relacionada con cambios en el estado de salud, manifestado por expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales, Incertidumbre, preocupación.
12	Trabajar y realizarse	I	F	Desempeño ineficaz del rol relacionado con alteración de la imagen corporal manifestado por ansiedad, insatisfacción con el rol, cambio en los patrones habituales de responsabilidad.
		PD	C	
		DX	V X	
13	Jugar, participar en actividades recreativas	I	F	Déficit de actividad recreativa relacionada con entorno desprovisto de actividades recreativas manifestado por afirmaciones de la persona de que se aburre.
		PD	C X	
		DX	V	
14	Aprendizaje	I	F	Conocimientos deficientes del régimen terapéutico/Enfermedad relacionado con falta de exposición manifestado por verbalización del problema.
		PD	C X	
		DX	V	
*(I) Independiente (PD) Parcialmente dependiente (D) Dependiente				

\*\* (F) Fuerza, (V) Voluntad y (C) Conocimiento

## 6.5.- PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO: 4: actividad/reposo	CLASE: 2:Actividad/ejercicio	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b></p> <p><b>ETIQUETA:</b>Patrón respiratorio ineficaz (00032)</p> <p><b>FACTORES RELACIONADOS:</b>Deterioro músculos esquelético.</p> <p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b>Piel pálida, disnea de medianos esfuerzos, Hb 8.7, taquicardia y taquipnea.</p>		<p><b>Estado Respiratorio: Ventilación (0403)</b></p> <p>Dominio 2:Salud fisiológico</p> <p>Clase E: cardiopulmonar</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Frecuencia respiratoria</li> <li>❖ Ritmo respiratorio</li> <li>❖ Saturación de Oxígeno</li> <li>❖ Disnea de esfuerzo</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desviación Grave del rango normal.</li> <li>2. Desviación sustancial del rango normal.</li> <li>3. Desviación moderada del rango normal.</li> <li>4. Desviación leve del rango normal.</li> <li>5. Sin desviación del rango normal.</li> </ol>	<p style="text-align: center;">2-5</p> <p style="text-align: center;">2-5</p> <p style="text-align: center;">3-5</p> <p style="text-align: center;">3-5</p>

<p align="center"><b>NIC (Intervenciones)</b></p> <p><b>Oxigenoterapia</b> (3320) <u>Campo 2</u>: Fisiológico complejo <u>Clase K</u>: Control Respiratorio.</p>	<p align="center"><b>NIC (Intervenciones)</b></p> <p><b>Manejo de las vías aéreas</b> (3140) <u>Campo 2</u>: Fisiológico complejo <u>Clase K</u>: Control Respiratorio.</p>
<p align="center"><b>Actividades</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.</li> <li>2. Administrar oxígeno suplementario a 3 litros por minuto por cánula binasal las 24 horas del día.</li> <li>3. Vigilar el flujo de litros de oxígeno.</li> <li>4. Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno.</li> <li>5. Controlar la eficacia de la oxigenación (pulsioxímetro y Gasometría Arterial).</li> <li>6. Comprobar la capacidad de la persona para tolerar la suspensión de oxígeno mientras come y/o realiza actividad.</li> <li>7. Observar la ansiedad del paciente relacionada con la necesidad de la terapia de oxígeno.</li> <li>8. Proporcionar oxígeno durante los traslados del paciente.</li> <li>9. Instruir al paciente y familia sobre el uso de oxígeno en la casa.</li> <li>10. Ejercicios respiratorios (Espirómetro incentivado).</li> <li>11. Instruir sobre ejercicios respiratorios.</li> </ol>	<p align="center"><b>Actividades</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Administrar aire u oxígeno humidificado.</li> <li>2. Administrar broncodilatadores ( Salbutamol spray 2 disparos c/8 hrs y Bromuro de ipatropio 2 inhalaciones c/8 hrs</li> <li>3. Auscultar sonidos respiratorios, observando las aéreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios.</li> <li>4. Eliminar las secreciones fomentando la tos.</li> <li>5. Realizar fisioterapia torácica.</li> <li>6. Regular la ingesta de líquidos para optimizar el equilibrio de líquidos.</li> <li>7. Vigilar el estado respiratorio y la oxigenación.</li> </ol>

<b>NIC( Intervención )</b>	<b>NIC( Intervención )</b>
<b>Monitorización de signos vitales(6680) Campo: 4</b> Seguridad <u>Clase: V</u> Control de riesgos.	<b>Ayuda a la ventilación(3390) Campo: 2</b> Fisiológico: Complejo <u>Clase: K</u> Control Respiratorio.
<b>Actividades</b>	<b>Actividades</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anotar tendencias y fluctuaciones de la presión sanguínea.</li> <li>2. Controlar periódicamente el ritmo y la frecuencia cardiaca.</li> <li>3. Controlar periódicamente la frecuencia y el ritmo respiratorio. (profundidad y simetría)</li> <li>4. Controlar periódicamente la oximetría del pulso, los sonidos pulmonares, ruidos cardiacos,presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio.</li> <li>5. Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.</li> <li>6. Observar si existe cianosis periférica y llenado capilar normal.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mantener una vía aérea permeable</li> <li>2. Colocar a la persona de forma que alivie la disnea.</li> <li>3. Colocar a la persona de forma que facilite la concordancia ventilación/perfusión.</li> <li>4. Ayudar en los cambios de posición.</li> <li>5. Colocar a la persona de forma que se minimicen los esfuerzos respiratorios (elevar la cabecera de la cama).</li> <li>6. Fomentar una respiración lenta y profunda.</li> <li>7. Ayudar con el espirómetro incentivo.</li> <li>8. Auscultar sonidos respiratorios, tomando nota de las zonas de disminución o ausencia de ventilación y presencia de sonidos extraños.</li> <li>9. Observar si hay fatiga muscular respiratoria.</li> <li>10. Iniciar y mantener suplemento de oxígeno.</li> <li>11. Deambular de tres a cuatro veces por día.</li> <li>12. Controlar periódicamente el estado respiratorio y de oxigenación.</li> <li>13. Administrar medicamentos (Broncodilatadores e inhaladores) que favorezcan la permeabilidad de vías aéreas y el intercambio de gases.</li> </ol>
<p><b>NOTA DE EVOLUCIÓN:</b> Con las actividades realizadas se logró mantener una mecánica respiratoria y una saturación arterial de oxígeno normales, dos días antes de su egreso y por indicación médica se redujo el suministro de oxígeno para posteriormente retirarlo, al principio fue muy difícil era muy dependiente al oxígeno rehusaba su retiro; se concientizó y explicó las consecuencias del usar más tiempo el oxígeno y de esta forma aceptó su retiro, logrando una puntuación Diana planeada (5) .</p>	

**Elaboró: Marina Lara Cervantes**

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO: 2 Nutrición	CLASE: 1 Ingestión	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA						
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b></p> <p><b>ETIQUETA:</b> Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades (00002)</p> <p><b>FACTORES RELACIONADOS:</b> Restricciones en la dieta de proteínas, consumo insuficientes de nutrientes.</p> <p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b> Peso corporal inferior a un 20%, bajo tono muscular, Hb de 8.7 (anemia), informe verbal de ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas, náuseas, falta de apetito y debilidad generalizada.</p>	<p><b>Apetito (1014)</b></p> <p>Domino: Salud Fisiológico (II)</p> <p>Clase: Digestión y Nutrición (K)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Deseo de comer</li> <li>❖ Ingesta de nutrientes</li> <li>❖ Gusto agradable de la comida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente Comprometido</li> <li>2. Sustancialmente comprometido</li> <li>3. Moderadamente comprometido</li> <li>4. Levemente comprometido</li> <li>5. No comprometido</li> </ul>	<p style="text-align: center;">1-5</p> <p style="text-align: center;">1-5</p> <p style="text-align: center;">1-5</p>							
					<p><b>Estado Nutricional: Ingestión de nutrientes (1009)</b></p> <p>Domino: Salud Fisiológico (II)</p> <p>Clase: Digestión y Nutrición (K)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Ingestión calórica</li> <li>❖ Ingestión proteica</li> <li>❖ Ingestión minerales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Nada adecuada a sus requerimientos</li> <li>2. Ligeramente adecuada</li> <li>3. Moderadamente adecuado</li> </ul>	<p style="text-align: center;">1-4</p> <p style="text-align: center;">1-4</p> <p style="text-align: center;">1-4</p>			
									<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Ingestión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>4. Sustancialmente</li> </ul>	<p style="text-align: center;">1-4</p>

		Calcio y sodio	adecuado 5. Completamente adecuado a sus requerimientos	
<b>NIC (Intervenciones)</b> <b>Asesoramiento nutricional(5246)</b> <u>Campo 1:</u> Fisiológico básico <u>Clase D:</u> Apoyo nutricional	<b>NIC (Intervenciones)</b> <b>Terapia nutricional(1120)</b> <u>Campo 1:</u> Fisiológico básico <u>Clase D:</u> Apoyo nutricional			
<b>Actividades</b> 1. Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. 2. Instruir sobre alimentación-nutrición. 3. Proporcionar comida de gusto-atractiva 4. Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios de la persona. 5. Proporcionar material informativo de guía de comida permitida para su padecimiento. 6. Dialogar las necesidades nutricionales y la percepción de la persona sobre la dieta prescrita/recomendada. 7. Comentar los gustos y aversiones alimentarias de la persona.	<b>Actividades</b> 1. Verificar que la dieta prescrita cumpla con las siguientes características: hiposódica 10-15gr. de sal, 250 Meq, Na 5-8 gr/ día, la ingestión de agua estará limitada a la cantidad de orina producida en 24 hrs y proteínas se reducidas a 0.6 a 0.8 gr/kg/día. 2. Pesar diariamente y monitorizarlas necesidades nutricionales acorde con la masa corporal que presente. 3. Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso para valorar los datos nutricionales: palidez de las membranas mucosas, anemia, bajo tono muscular, caída de cabello, piel está seca, descamada con pigmentación. 4. Valorar las condiciones de la mucosa oral lengua, labios, encías, y papilas, así como la presencia de Aftas, edema enrojecimiento e hipertrofia o algunas otras alteración que dificulte el consumo de alimentos o la aceptación de los mismos. 5. Realizar higiene bucal con colutorios (nistatina y bicarbonato) antes y después de cada comida. 6. Orientar, informar y enseñar a la persona y a la familia de la dieta prescrita. 7. Valorar la ingestión de suplementos nutricionales (ácido fólico, fumarato ferroso, calcio). 8. Verificar los valores de laboratorio, como: hematocrito, albumina y proteína total para			



	<p>determinar el consumo de proteínas.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>9. Para mayor comodidad ayudar a la persona a sentarse y asistirlo durante la comida e ingesta de líquidos.</li><li>10. Monitorizar la respuesta de la persona a los alimentos, como náuseas y vómito.</li><li>11. Propiciar un ambiente agradable a la hora de la comida; comodidad, limpieza, iluminación, ruidos etc.</li><li>12. Vigilar los niveles de energía. Como: adinamia, astenia, fatiga y debilidad entre otras.</li><li>13. Remitir al paciente con la nutrióloga para la enseñanza y planificación de la dieta antes de irse de alta.</li></ol>
--	---

**NOTA DE EVOLUCION:** Con la dieta se mejoro el aporte y cantidad de nutrientes pero no se observo ganancia de peso sin embargo se observo mayor motivación para comer los alimentos. Con respecto a la evaluación de la persona y la puntuación diana planeada se logro Apetito (5) Estado Nutricional (3).

**Elaboró: Marina Lara Cervantes**

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO: 2: Nutrición	CLASE: 5: Hidratación	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b></p> <p><b>ETIQUETA:</b>Exceso de volumen de líquidos (00026)</p> <p><b>FACTORES RELACIONADOS:</b>compromiso de los mecanismos reguladores</p> <p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b> cambios en la presión arterial, edema ++, disnea, azoemia, disminución del Hto y Hb, oliguria, cambios de la densidad específica de la orina</p>		<p><b>Severidad de la sobrecarga de líquidos(0603)</b></p> <p>Dominio: Salud Fisiológico (II). Clase: Líquidos y Electrolitos (G).</p> <p><b>Función renal (0504)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Edema Ms Ps</li> <li>❖ Aumento de la presión sanguínea</li> <li>❖ Aumento de Peso</li> </ul>	<p>1. Grave</p> <p>2. Sustancial</p> <p>3. Moderado</p> <p>4. Leve</p> <p>5. Ninguno.</p>	<p>2-5</p> <p>2-5</p> <p>4-5</p>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Hipertensión Arterial</li> <li>❖ Fatiga</li> <li>❖ Malestar</li> <li>❖ Anemia.</li> </ul>		<p>2-5</p> <p>1-4</p>
					<p>2-5</p>
					<p>1-4</p>

<p style="text-align: center;"><b>NIC (Intervenciones)</b></p> <p><b>Manejo de hipervolemia(4170)</b> Campo: 2 Fisiológico Complejo Clase: N Control de la perfusión tisular</p>	<p style="text-align: center;"><b>NIC (Intervenciones)</b></p> <p><b>Monitorización de líquidos(4130)</b> Campo: 2 Fisiológico Complejo Clase: N Control de la perfusión tisular</p>
<p style="text-align: center;"><b>Actividades</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pesar a diario y evaluar tendencias.</li> <li>2. Observar el patrón respiratorio: dificultad respiratoria (disnea, taquipnea, apnea).</li> <li>3. Vigilar la ingesta y la eliminación.</li> <li>4. Administrar diuréticos prescritos.</li> <li>5. Explicar al paciente la razón del uso de diuréticos.</li> <li>6. Elevar la cabecera de la cama para mejorar la ventilación.</li> <li>7. Observar cambios del edema periférico.</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>NIC (Intervenciones)</b></p> <p><b>Manejo de líquidos(4120)</b>Campo: 2 Fisiológico Complejo Clase: N Control de la perfusión tisular</p> <p style="text-align: center;"><b>Actividades</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pesar a diario y controlar la evolución.</li> <li>2. Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación.</li> <li>3. Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>Actividades</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de eliminación.</li> <li>2. Vigilar el peso.</li> <li>3. Vigilar presión sanguínea, frecuencia cardiaca, y estado de la respiración.</li> <li>4. Llevar un registro preciso de ingresos y egresos</li> <li>5. Observar si las venas del cuello están distendidas, si hay crepitación pulmonar, edema periférico y ganancia de peso.</li> <li>6. Observar las mucosas, la turgencia de la piel y la sed.</li> <li>7. Observar color, cantidad y gravedad específica de la orina.</li> </ol>

sanguínea).

4. Observar si hay indicios de sobre carga/ retención de líquidos (crepitación, edema, distensión de las venas del cuello, ascitis).
5. Evaluar la ubicación y extensión del edema.
6. Administrar diuréticos prescritos.

#### NIC (Intervenciones)

**Terapia de Hemodiálisis(2110)** Campo: 2 Fisiológico  
Complejo Clase: G Control de Electrolitos y Acido Base

#### Actividades

1. Extraer una muestra de sangre para realizar un análisis bioquímico (nitrógeno de urea en sangre, creatinina en suero, niveles de Na, K y PO4 en suero).
2. Registrar los signos vitales de referencia: peso, temperatura, pulso, respiraciones y presión arterial.
3. Explicar el procedimiento de la hemodiálisis y su objetivo.
4. Utilizar una técnica estéril para iniciar la hemodiálisis y para la inserción de la aguja y las conexiones de los catéteres.
5. Utilizar guantes, protección ocular y bata.
6. Iniciar la hemodiálisis de acuerdo con el protocolo.
7. Fijar las conexiones y los tubos firmemente.
8. Comprobar los monitores del sistema (frecuencia del flujo, presión, temperatura, nivel de pH, conductividad, coágulos, detector de aire, presión

13. Comprobar los signos vitales y la bioquímica sanguínea posterior a la hemodiálisis con los valores anteriores a la misma.
14. Proporcionar los cuidados del catéter.
15. Colaborar con el paciente para ajustar las regulaciones de la dieta, limitaciones de líquidos y medicamentos para regular los cambios de líquidos y electrolitos entre los tratamientos.
16. La terapia de hemodiálisis tiene una duración de 9 a 12 horas, dividida en tres sesiones por semana con la finalidad de garantizar la seguridad del paciente, en cada una de ellas:
17. Medir a la persona en kilogramos a su ingreso a la unidad de hemodiálisis para identificar o verificar la presencia de ultrafiltración acorde al peso seco prescrito (peso ideal de la persona acorde a estatura y superficie corporal).
18. Monitorizar la presencia de manifestaciones de desequilibrio de electrolitos, como: sed, náuseas, vómito, anorexia, fatiga, debilidad muscular, parestias, mialgias, hipotonía muscular, somnolencia, letargo, estupor, convulsiones.
19. Preparación higiénica y física del paciente con baño general.
20. Ubicar en cuarto aislado para personas que ameriten aislamiento.

#### Cuidados de catéter Mahurkar:

Instalar y manejar con técnica aséptica

Utilizar cubre boca para la persona y el personal mientras se manipula el

<p>negativa para la ultrafiltración y sensor sanguíneo) para garantizar la seguridad del paciente.</p> <p>9. Vigilar la presión sanguínea, el pulso, la respiración, la temperatura y la respuesta de la persona durante la hemodiálisis.</p> <p>10. Administrar heparina según proceda.</p> <p>11. Controlar los tiempos de coagulación y ajustar la administración de heparina adecuadamente según proceda. Ajustar las presiones de filtración para extraer una cantidad adecuada de líquido.</p> <p>12. Suspender la hemodiálisis según el protocolo.</p>	<p>catéter.</p> <p>Cubrir los lúmenes y no dejarlos abiertos.</p> <p>Cambiar la curación del sitio de salida en cada sesión de tratamiento, desinfectar la piel con clorhexidina 2%, iodopovidona o alcoholal 70%.</p>
---	--

**NOTA DE EVOLUCION:**La puntuación Diana planeada para severidad de la sobrecarga de líquidos se llevo a (5) y para la función renal la puntuación diana fue de (4) para los 4 indicadores. La presión arterial y el edema se corrigieron, la azoemia y la anemia se llevaron a límites aceptables pero no normales.

**Elaboró: Marina Lara Cervantes**

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO: 3 : Eliminación e intercambio	CLASE: 2: Función gastrointestinal	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b></p> <p><b>ETIQUETA:</b>Estreñimiento (00011)</p> <p><b>FACTORES RELACIONADOS:</b> actividad física insuficiente, aporte insuficiente de fibra y líquidos.</p> <p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b>dolor abdominal, disminución de la frecuencia y volumen de las heces, eliminación de heces duras, secas y formadas, sonidos abdominales hipoactivos, dolor al defecar.</p>		<p><b>Eliminación Intestinal (0501)</b></p> <p>Dominio: Salud fisiológica (II)</p> <p>Clase: Eliminación (F)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Patrón de eliminación</li> <li>❖ Control de movimientos intestinales</li> <li>❖ Heces blandas y formadas</li> <li>❖ Facilidad de eliminación de las heces</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido.</li> <li>2. Sustancial mente comprometido</li> <li>3. Moderadamente comprometido.</li> <li>4. Levemente comprometido.</li> <li>5. No comprometido</li> </ol>	<p style="text-align: center;">2-5</p> <p style="text-align: center;">3-5</p> <p style="text-align: center;">2-5</p> <p style="text-align: center;">1-5</p>

<p style="text-align: center;"><b>NIC (Intervenciones)</b></p> <p><b>Entrenamiento intestinal</b> (0440) <u>Campo 1</u>: Fisiológico básico <u>Clase B</u>: Control de la eliminación</p>	<p style="text-align: center;"><b>NIC (Intervenciones)</b></p> <p><b>Manejo intestinal</b> 592 (0430) <u>Campo 1</u>: Fisiológico básico <u>Clase B</u>: Control de la eliminación</p>
<p style="text-align: center;"><b>Actividades</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Instruir a la persona sobre alimentos con alto contenido en fibra.</li> <li>2. Proporcionar alimentos ricos en fibra/o que hayan sido identificados por la persona como medio de ayuda.</li> <li>3. Asegurar una ingesta adecuada de líquidos.</li> <li>4. Proporcionar intimidad.</li> <li>5. Estimular la deambulaci3n.</li> <li>6. Valorar necesidad y/o eficacia de los laxantes.</li> <li>7. Explicar causas de estreñimiento.</li> <li>8. Realizar masaje a marco c3lico.</li> <li>9. Dedicar para la defecaci3n un tiempo coherente y sin interrupciones.</li> <li>10. Estimular a la deambulaci3n.</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>Actividades</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observar si hay sonidos intestinales</li> <li>2. Informar si hay disminuci3n de sonidos intestinales</li> <li>3. Enseñan a la persona las comidas especificas que ayudan a conseguir un adecuado ritmo intestinal</li> <li>4. Disminuir la ingesta de alimentos que formen gases</li> <li>5. Instruir a la persona sobre los alimentos de alto contenido en fibras</li> <li>6. Evaluar el perfil de la medicaci3n para determinar efectos secundarios gastrointestinales</li> </ol>
<p><b>NOTA DE EVOLUCION:</b> La puntuaci3n Diana se llevo a una escala de no comprometida (5) en donde el patr3n de eliminaci3n se corrigi3 todo fue en conjunto con el aporte de fibra en los alimentos, la movilizaci3n fuera de cama y el aporte de l3quidos, solo en una ocasi3n se realizo el masaje a marco c3lico.</p>	

**Elabor3:** Marina Lara Cervantes

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO: 11 Seguridad y protección	CLASE: 6 Termorregulación	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b>  <b>ETIQUETA:</b> Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal (00004)  <b>FACTORES RELACIONADOS:</b> ropas inadecuadas para la temperatura ambiental.		Termorregulación (0800)  <u>Dominio:</u> Salud Fisiológico (II)  <u>Clase:</u> Regulación Metabólica (I)	❖ Piloerección  ❖ Comodidad térmica referida	1. Gravemente comprometido  2. Sustancialmente comprometido  3. Moderadamente comprometido  4. Levemente comprometido  5. No comprometido	3-5     2-5
<b>NIC (Intervenciones)</b>					
<b>Regulación de la temperatura(3900) Campo 2:Fisiologico Complejo Clase: M Termorregulación</b>					
<b>Actividades</b>					
1. Controlar la presión sanguínea, el pulso y la respiración 2. Observar el color y la temperatura de la piel 3. Aumento de alimentos en cantidad y valores calóricos (grasa, azúcares) 4. Favorecer una Ingesta de líquidos (en medida de lo posible) y alimentos calientes 5. Estimular para que realice ejercicios musculares.		6. Aplicación de calor a través de una lámpara de calor radiante 7. Se recomienda que utilice ropa gruesa y cobertores. 8. Se proporciona una bolsa con agua caliente. 9. Aplicación de calor húmedo por medio de compresas húmedas 10. Proporcionar baño de agua caliente.			
<b>NOTA DE EVOLUCION:</b> Lapuntuación Diana planeada se logró en un 100% debido a que la persona logró mantener un equilibrio de la temperatura corporal con las actividades realizadas y cambio de pijama por pans y calcetas gruesas.					



## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO: 4: Actividad/Reposo	CLASE: Clase 3: Equilibrio de la energía	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b></p> <p><b>ETIQUETA:</b> Fatiga (00093)</p> <p><b>FACTORES RELACIONADOS:</b> anemia, déficit de secreción de la eritropoyetina.</p> <p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b> incapacidad para mantener las actividades habituales, falta de energía, disminución de la movilidad, cansancio, percepción de necesitar energía para realizar las tareas habituales como higiene personal y alimentación.</p>		<p><b>Nivel fatiga(0007)</b></p> <p>Dominio: Salud Funcional (I)</p> <p>Clase: Mantenimiento de energía (A)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Agotamiento</li> <li>❖ Descenso de la motivación</li> <li>❖ Cefalea</li> <li>❖ Mialgias</li> <li>❖ Artralgia</li> <li>❖ Nivel de estrés</li> </ul>	<p>1. Grave</p> <p>2. Sustancial</p> <p>3. Moderado</p> <p>4. Leve</p> <p>5. Ninguno</p>	<p>1-5</p> <p>1-5</p> <p>3-5</p> <p>2-5</p> <p>2-5</p> <p>2-5</p>
<p><b>NIC (Intervenciones)</b></p> <p><b>Manejo de energía (0180) <u>Campo 1</u> Fisiológico: Básico <u>Clase A</u> Control de Actividad y Ejercicio.</b></p>		<p><b>NIC (Intervenciones)</b></p> <p><b>Terapia de ejercicio/ambulación (0221) <u>Campo 1</u> Fisiológico: Básico <u>Clase A</u> Control de Actividad y Ejercicio</b></p>			

<b>Actividades</b>	<b>Actividades</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observar la presencia de fatiga física y emocional.</li> <li>2. Determinar la causa de fatiga: Circunstancial física (insomnio, dolor) Psicológicas (temor, ansiedad) Ambientales( ruidos) y el tratamiento</li> <li>3. Controlar la ingesta nutricional para asegurar la energía adecuada.</li> <li>4. Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (taquicardia, disnea, diaforesis, palidez, presión arterial y frecuencia cardiaca y respiratoria).</li> <li>5. Observar y registrar el número de horas de sueño.</li> <li>6. Proporcionar analgesia indicada en caso de presencia de dolor( Paracetamol 500mg c/8 horas)</li> <li>7. Organizar y priorizar las actividades que causan fatiga a la persona, durante la vigilia para evitar cansancio en exceso y conservar su energía.</li> <li>8. Ayudar a la persona limitar el sueño durante el día organizando actividades para mantenerlo despierto.</li> <li>9. Proporcionar movimientos articulares pasivos(en el arco del movimiento), de manera suave y cuidadosamente para aliviar</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apoyar al paciente a vestirse.</li> <li>2. Aconsejar a la persona que use un calzado que facilite la deambulaci3n y evite lesiones.</li> <li>3. Colocar la cama en baja altura, si resulta oportuno.</li> <li>4. Colocar el timbre de llamado al alcance del paciente.</li> <li>5. Animar a la persona a sentarse en la cama, en un lado de la cama, en una silla o un reposet segun tolerancia.</li> <li>6. Ayudar a la persona a sentarse en un lado de la cama para facilitar los ajustes posturales.</li> <li>7. Enseñar al paciente a colocarse en una posici3n correcta durante el proceso de traslado.</li> <li>8. Insistir a la persona y/o cuidador acerca de las t3cnicas de traslado y deambulaci3n seguras.</li> <li>9. Ayudar al a persona a ponerse de pie y deambular distancias determinadas.</li> <li>10. Ayudar a la persona a establecer aumentos de distancias realistas con la deambulaci3n.</li> <li>11. Fomentar una deambulaci3n independiente dentro de los l3mites de seguridad.</li> <li>12. Animar a la persona que se levante por su propia voluntad.</li> </ol>

la tensión muscular, mejorar la circulación sanguínea y mejorar la elasticidad muscular, suspender en caso de que la persona presente dolor o espasmo.

**10.** Ayudar a la actividad física normales durante la deambulación, traslados, sentarse, acostarse, giros y cuidado.

**NOTA DE EVOLUCION:** Se logró una puntuación diana de (4) Leve, a pesar de que el Lupus Eritematoso Sistémico es una enfermedad inflamatoria que afecta articulaciones y tejido nervioso lo cual pudo a ver afectado el éxito de la actividades.

**Elaboró: Marina Lara Cervantes**

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Dominio 4 Actividad/Reposo	Clase: 4 Respuesta cardiovascular/pulmonar	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b></p> <p><b>ETIQUETA:</b> Intolerancia a la actividad (00092)</p> <p><b>FACTORES RELACIONADOS:</b> Desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno.</p> <p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b> Presión arterial y frecuencia cardíaca anormal en respuesta a la actividad, hipotonía muscular, disminución de la fuerza y tono muscular de extremidades, disnea de esfuerzo, informaciones verbales de fatiga y debilidad.</p>		<p>Tolerancia de la actividad(0005)</p> <p>Dominio: Salud Funcional (I)</p> <p>Clase: Mantenimiento de la energía (A)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Frecuencia cardíaca y respiratoria en respuesta a la actividad.</li> <li>❖ Esfuerzo respiratorio en respuesta a la actividad</li> <li>❖ Resistencia de la parte superior del cuerpo.</li> <li>❖ Resistencia de la parte inferior del cuerpo</li> <li>❖ Facilidad para realizar las actividades de la vida (AVD)</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido</li> <li>2. Sustancialmente comprometido</li> <li>3. Moderadamente comprometido</li> <li>4. Levemente comprometido</li> <li>5. No Comprometido</li> </ol>	<p style="text-align: center;">1-5</p> <p style="text-align: center;">1-5</p> <p style="text-align: center;">1-5</p> <p style="text-align: center;">1-5</p> <p style="text-align: center;">1-5</p>

<p style="text-align: center;"><b>NIC (Intervenciones)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito(5612)</b>  <b>Campo: 1 Fisiológico: Básico Clase: A Control de actividad y ejercicio</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>NIC (Intervenciones)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Manejo de energía (0180) <u>Campo 1</u> Fisiológico: Básico <u>Clase A</u></b>  <b>Control de Actividad y Ejercicio.</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>Actividades</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valorar respuesta a la actividad (Pulso, tensión Arterial, Respiración y Palidez)</li> <li>2. Favorecer autonomía en el Autocuidado.</li> <li>3. Valorar grado de dependencia en el Autocuidado.</li> <li>4. Colocar en cama (cabecera de cama elevada 30°).</li> <li>5. Comunicación con la persona. Ofertar disponibilidad.</li> <li>6. Establecer programa de movilización progresiva</li> <li>7. Dar tiempo para la realización de la tarea.</li> <li>8. Colocar pertenencias/utensilios a su alcance</li> <li>9. Evaluar el nivel actual de la persona con respecto al ejercicio y conocimiento de la actividad/ejercicio prescrito.</li> <li>10. Informar a la persona del propósito y beneficios de la actividad/ejercicio.</li> <li>11. Enseñar a la persona a realizar la actividad/ejercicio prescrito.</li> <li>12. Enseñar a la persona a llevar un diario de ejercicios.</li> <li>13. Informar a la persona acerca de las actividades apropiadas en función del estado físico.</li> <li>14. Instruir a la persona para avanzar en forma segura en la actividad/ejercicio.</li> <li>15. Instruir a la persona acerca de los ejercicios de</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>Actividades</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observar la presencia de fatiga física y emocional.</li> <li>2. Determinar la causa de fatiga: Circunstancial física (insomnio, dolor),Psicológicas (temor, ansiedad),Ambientales(ruidos) y el tratamiento</li> <li>3. Controlar la ingesta nutricional para asegurar la energía adecuada.</li> <li>4. Vigilar y monitorear la actividad cardíaca.</li> <li>5. Vigilar la respuesta cardiorespiratoria a la actividad (taquicardia, disnea, diaforesis, palidez, presión arterial y frecuencia cardíaca y respiratoria).</li> <li>6. Observar y registrar el número de horas de sueño.</li> <li>7. Proporcionar analgesia indicada en caso de presencia de dolor.</li> <li>8. Organizar y priorizar las actividades que causan fatiga a la persona, durante la vigilia para evitar cansancio en exceso y conservar su energía.</li> <li>9. Ayudar a la persona limitar el sueño durante el día organizando actividades para mantenerlo despierto.</li> <li>10. Limitar los estímulos ambientales como luz, el ruido y la temperatura para facilitar la relajación y favorecer el sueño durante la noche.</li> <li>11. Proporcionar movimientos articulares pasivos(en el arco del movimiento), de manera suave y cuidadosamente para aliviar la</li> </ol>

<p>estiramientos correctos antes y después de la actividad/ejercicio y el funcionamiento de tal acción.</p> <p>16. Ayudar a la persona a incorporar la actividad/ejercicio en la rutina diaria/estilo de vida.</p>	<p>tensión muscular, mejorar la circulación sanguínea y mejorar la elasticidad muscular, suspender en caso de que la persona presente dolor o espasmo.</p> <p>12. Ayudar a la actividad física normales durante la deambulaci3n, traslados, sentarse, acostarse, giros y cuidado.</p>
<p align="center"><b>NIC (Intervenciones)</b> <b>Fomentar el ejercicio (0200) y los mecanismos corporales (0140)</b></p>	
<p align="center"><b>Actividades</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informar a la persona y familia acerca de la importancia de utilizar correctamente la mecánica corporal y el ejercicio, a través de la demostraci3n de técnicas correctas</li> <li>2. Ayudar a la persona y la familia a establecer un programa de ejercicios pasivos o activos para conseguir resistencia, fortaleza y flexibilidad, con objetivos realistas, a corto plazo para que lo lleve a cabo en el hogar</li> <li>3. Enseñar a la persona sobre la importancia de corregir posturas para evitar fatiga, tensiones o lesiones musculares o circulatorias</li> <li>4. Enseñar a la persona a realizar actividades de calentamiento antes de iniciar cualquier ejercicio o incluso las actividades de la vida diaria</li> <li>5. Ayudar a la persona a realizar ejercicios de flexiones y extensi3n para facilitar el movimiento de la espalda</li> </ol>	<p align="center"><b>Actividades</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Instruir a la persona y familiar acerca de la frecuencia y número de veces que ha de repetirse cada ejercicio</li> <li>7. Proporcionar informaci3n sobre causas posibles de dolor muscular o articular secundarias a posturas incorrectas o por falta de movilidad física frecuente</li> <li>8. Reconocer el esfuerzo realizado por la persona y familiar para llevar a cabo su programa de ejercicios</li> <li>9. Evaluar el progreso de la paciente en la mejora/restablecimiento del movimiento y la funci3n corporal</li> </ol>
<p><b>NOTA DE EVOLUCION:</b>La puntuaci3n Diana obtenida fue de (4) Levemente comprometida, debido a que la movilidad todavía se observaba con limitaci3n esta próxima a alcanzar una puntuaci3n Diana de 5 si continua con las actividades.</p>	

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO: 4: Actividad/reposo	CLASE: 2: Actividad/Ejercicio	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b></p> <p><b>ETIQUETA:</b> Deterioro de la movilidad física (00085)</p> <p><b>FACTORES RELACIONADOS:</b> Disminución de la fuerza.</p> <p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b> Enlentecimiento del movimiento.</p>		<p><b>Movilidad(0208)</b></p> <p>Dominio I Salud funcional. Clase C Movilidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Movimiento muscular y articular</li> <li>❖ Mantenimiento de la posición corporal</li> <li>❖ Ambulación</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido</li> <li>2. Sustancialmente comprometido</li> <li>3. Moderadamente comprometido</li> <li>4. Levemente comprometido</li> <li>5. No Comprometido</li> </ol>	<p style="text-align: center;">2-5</p> <p style="text-align: center;">3-5</p> <p style="text-align: center;">1-5</p>

**Terapia de Ejercicios: movilidad articular (0224) / Terapia de Ejercicios: Control Muscular (0226)**

Campo 1 Fisiológico: Básico. Clase A Control de actividad y ejercicio.

**Actividades**

1. Determinar las limitaciones del movimiento articular y actuar sobre la función
2. Determinar el nivel de motivación de la persona para mantener o restablecer el movimiento articular
3. Explicar a la persona/familiar el objeto y el plan de ejercicios de las articulaciones
4. Determinar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/actividad
5. Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio de las articulaciones
6. Vestir a la persona con prendas cómodas.
7. Proteger a la persona de traumas durante el ejercicio.
8. Ayudar a la persona a colocarse en una posición óptima para el movimiento articular pasivo/activo.
9. Fomentar la realización de ejercicios de arco de movimiento de acuerdo con un programa regular, planificado.
10. Realizar ejercicios pasivos o asistidos.

**Actividades**

11. Proporcionar al alta instrucciones escritas sobre los ejercicios.
12. Ayudar al a persona a desarrollar un programa de ejercicios activos de arco de movimiento.
13. Ayudar en el movimiento articular regular y rítmico dentro de los límites del dolor, en la resistencia y en la movilidad articular.
14. Fomentar sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia.
15. Fomentar la deambulaci3n.
16. Dar un apoyo positivo al realizar los ejercicios de las articulaciones
17. Ayudar a mantener la estabilidad del tronco y/o articulaci3n proximal durante la actividad motora
18. Reorientar al a persona en cuanto a la conciencia de su cuerpo
19. Proporcionar instrucciones paso a paso para cada actividad motora durante el ejercicio
20. Ayudar a la persona a desarrollar el protocolo de ejercicios para conseguir resistencia, fortaleza y flexibilidad.

**NOTA DE EVOLUCION:**La puntuaci3n Diana obtenida fue de (4) Levemente comprometida debido a que la movilidad todavía se observaba con muy poca limitaci3n, est3 pr3xima a alcanzar una puntuaci3n Diana de 5 si persiste con las actividades planeadas.

**Elabor3:** Marina Lara Cervantes



## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO: 4 Actividad/Reposo	CLASE:1: Reposo/Sueño	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b></p> <p><b>ETIQUETA:</b>Trastornos del patrón del sueño (00198)</p> <p><b>FACTORES RELACIONADOS:</b>Interrupciones (administración de terapias, control pruebas de laboratorio, ruido, entorno no familiar).</p> <p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b>cambios en el patrón normal de sueño, quejas verbales de no sentirse bien descansada, dificultad para permanecer dormida, insatisfacción con el sueño, falta de energía, debilidad, cambios de humor, tensión muscular y ansiedad.</p>		<p><b>Sueño(0004)</b></p> <p>Dominio: Salud funcional (I)</p> <p>Clase: Mantenimiento de la energía (A)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Patrón del sueño</li> <li>❖ Calidad del sueño</li> <li>❖ Eficiencia del sueño</li> <li>❖ Hábitos del sueño</li> <li>❖ Dificultad para conciliar el sueño</li> <li>❖ Sueño Interrumpido</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido</li> <li>2. Sustancialmente comprometido</li> <li>3. Moderadamente comprometido</li> <li>4. Levemente comprometido</li> <li>5. No comprometido</li> </ol>	<p>2-5</p> <p>2-5</p> <p>2-5</p> <p>2-5</p> <p>1-5</p> <p>2-5</p>

<p style="text-align: center;"><b>NIC (Intervenciones)</b></p> <p><b>Manejo ambiental: Confort (6482)</b><u>Campo: 1</u> Fisiológico Básico <u>Clase: E</u> Fomento de la comodidad física</p>	<p style="text-align: center;"><b>NIC (Intervenciones)</b></p> <p><b>Mejorar el sueño (1850)</b><u>Campo 1.</u> Fisiológico básica <u>Clase F:</u> Facilitación de los autos cuidados.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Actividades</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo.</li> <li>2. Crear un ambiente tranquilo y de apoyo</li> <li>3. Proporcionar un ambiente limpio y seguro</li> <li>4. Determinar las fuentes de incomodidad, (factores ambientales irritables).</li> <li>5. Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directa en los ojos.</li> <li>6. Colocar a la persona de forma que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo de las articulaciones durante el movimiento.</li> <li>7. Vigilar la piel, especialmente las prominencias corporales por si hubiera signos de presión o irritación.</li> <li>8. Proporciona baño de regadera con agua caliente para relajar los músculos en tensión y favorecer la circulación periférica.</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>Actividades</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinar el esquema de sueño/vigilia de la persona</li> <li>2. Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia de la planificación de cuidados</li> <li>3. Observar/registrar el esquema y número de horas de sueño de la persona</li> <li>4. Comprobar el esquema de sueño del a persona y observar las circunstancias físicas y/o psicológicas que interrumpen el sueño.</li> <li>5. Enseñar a la persona a controlar las pautas de sueño</li> <li>6. Controlar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilia para evitar cansancio en exceso.</li> <li>7. Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.</li> <li>8. Animar a la persona a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño.</li> <li>9. Facilitar el mantenimiento de las rutinas habituales de la persona a la hora de irse a la cama, indicios de pre sueño.</li> <li>10. Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.</li> <li>11. Ayudar al a persona a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia.</li> <li>12. Enseñar a la persona a realizar una relajación muscular auto génica.</li> <li>13. Disponer/llevar a cabo medidas agradables: masajes, colocación y contacto afectuoso.</li> <li>14. Fomentar el aumento de las horas de sueño</li> </ol>

<p><b>Disminución de la ansiedad (5820)</b><u>Campo: 3</u>  Conductual <u>Clase: T</u> Fomento de la  comodidad Psicológica</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.</li> <li>2. Establecer claramente las expectativas del comportamiento de la persona.</li> <li>3. Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.</li> <li>4. Tratar de comprender la perspectiva del a persona sobre una situación estresante.</li> <li>5. Proporcionar información objetiva respecto del diagnostico, tratamiento y pronostico.</li> <li>6. Permanecer con la persona para promover la seguridad y reducir el miedo.</li> <li>7. Administrar masajes en la espalda/cuello</li> <li>8. Escuchar con atención</li> <li>9. Reforzar el comportamiento</li> <li>10. Crear un ambiente que facilite la confianza</li> <li>11. Animar la manifestación de sentimientos, percepción y miedo.</li> <li>12. Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.</li> <li>13. Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.</li> <li>14. Instruir a la persona sobre el uso de técnicas de relajación</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>15. Agrupar las actividades para minimizar el número de despertares; permitir ciclos de sueño de al menos 90 minutos.</li> <li>16. Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia de la persona.</li> <li>17. Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales.</li> <li>18. Comentar con la persona y la familia técnicas para favorecer el sueño.</li> </ol>
---	--

15. Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.	
--	--

**NOTA DE EVOLUCION:**La puntuación Diana obtenida fue 5, el patrón, calidad y eficacia del sueño se llevaron a cabo con las actividades planeadas, la persona logró obtener un sueño fisiológico aceptable, su estado de ánimo mejoró así como la falta de energía, debilidad, tensión muscular y ansiedad.

**Elaboró: Marina Lara Cervantes**

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO: 4 actividad/reposo	CLASE: 5 Autocuidado	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b></p> <p><b>ETIQUETA:</b> Déficit de Autocuidado: vestido (00109)</p> <p><b>FACTORES RELACIONADOS:</b> Debilidad</p> <p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b> Deterioro de la capacidad para ponerse y quitarse las prendas de vestir necesarias.</p>		<p><b>Autocuidados: vestir (0302)</b></p> <p>Dominio: Salud funcional(I) Clase: Autocuidado (D)</p>	❖ Escoge la ropa	1. Gravemente comprometido.	3-5
			❖ Se pone la ropa en la parte superior e inferior del cuerpo	2. Sustancialmente comprometido.	3-5
			❖ Se abrocha la ropa	3. Moderadamente comprometido	3-5
			❖ Se quita la ropa	4. Levemente comprometido	3-5
			❖ Se pone los zapatos	5. No comprometido	3-5

**NIC (Intervenciones)**  
**Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal (1802)**

<b>Actividades</b>	<b>Actividades</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Considerar la cultura de la persona al fomentar las actividades de Autocuidado</li><li>2. Considerar la edad de la persona al fomentar las actividades de autocuidados</li><li>3. Disponer las prendas de la persona en una zona accesible (al pie de la cama)</li><li>4. Proporcionar las prendas personales</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>5. Estar disponible para ayudar en el vestir</li><li>6. Facilitar el peinado del cabello de la persona</li><li>7. Mantener la intimidad mientras la persona se viste</li><li>8. Reafirmar los esfuerzos por vestirse a si misma</li></ol>

**NOTA DE EVOLUCION:**La puntuación Diana obtenida fue de (5) No comprometida logró su Autocuidado de vestido.

**Elaboró: Marina Lara Cervantes**

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO: 11 Seguridad/Protección	CLASE: 2 Lesión Física	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b>  <b>ETIQUETA:</b> Deterioro de la mucosa oral (00045)  <b>FACTORES RELACIONADOS:</b> Inmunosupresión  <b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b> halitosis/malestar oral/ulceras orales/placas blancas, micosis oral.		<b>Higiene bucal (1100)</b>  Dominio II Salud fisiológico  Clase L Integridad tisular	❖ Limpieza de la boca.	1. Gravemente comprometido	1-5  4-5  5-5  3-5  3-5
			❖ Humedad labial,	2. Sustancialmente comprometido	
			❖ Mucosa oral y de la lengua.	3. Moderadamente comprometido	
			❖ Color de las membranas mucosas.	4. Levemente Comprometido	
			❖ Integridad de la mucosa oral, lingual y de encías.	5. No comprometido	

**NIC (Intervenciones)**

**Mantenimiento de la salud bucal (1710) Fomentar la salud bucal (1720)**

Campo 1 Fisiológico: Básico

Clase F Facilitación de los autocuidados

<b>Actividades</b>	<b>Actividades</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Establecer una rutina de cuidados bucales.</li><li>2. Aplicar lubricante para humectar los labios y la mucosa oral.</li><li>3. Observar el color, brillo y la presencia de restos alimenticios en los dientes.</li><li>4. Animar y ayudar a la persona a lavarse la boca.</li><li>5. Enseñar y ayudar a la paciente a realizarse higiene bucal después de las comidas y lo más a menudo que sea necesario.</li><li>6. Recomendar el uso de un cepillo de cerdas suaves.</li><li>7. Enseñar a la persona a cepillarse los dientes, las encías y la lengua.</li><li>8. Colutorios con nistatina después del cepillado de dientes</li><li>9. Explicar la necesidad del cuidado bucal diario como hábito.</li><li>10. Inspeccionar la mucosa bucal con regularidad.</li><li>11. Enseñar y estimular el uso de hilo dental.</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Explicar la necesidad del cuidado bucal diario como hábito</li><li>2. Inspeccionar la mucosa bucal con regularidad</li><li>3. Fomentar las revisiones dentales regulares</li><li>4. Enseñar y estimular el uso de hilo dental</li><li>5. Ayudar con el cepillado de los dientes y enjuague de la boca, de acuerdo con la capacidad de autocuidados de la persona</li><li>6. Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa bucal</li></ol>



- |  |  |
|--|--|
| <p>12. Ayudar con el cepillo de los dientes y enjuague de la boca, de acuerdo con la capacidad de autocuidados</p> <p>13. Masajear las encías.</p> |  |
|--|--|

**NOTA DE EVOLUCION:** Con respecto a la evaluación de la persona y la puntuación Diana planeada, se logró una puntuación de 5 No comprometida, se logró una higiene bucal aceptable las lesiones de la mucosa oral desaparecieron al igual que la halitosis.

**Elaboró: Marina Lara Cervantes**

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO: 4 Actividad/Reposo	CLASE: 5 Autocuidado	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b></p> <p><b>ETIQUETA:</b> Déficit de Autocuidado: baño (00108)</p> <p><b>FACTORES RELACIONADOS:</b> Debilidad</p> <p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b> incapacidad para lavarse el cuerpo.</p>		<p><b>Autocuidados:</b> baño(0301)</p> <p>Dominio: Salud funcional (I) Clase: Autocuidado (D)</p>	❖ Entra y sale del cuarto de baño	1. Gravemente comprometido	3-5
			❖ Regula la temperatura del agua	2. Sustancialmente comprometido	3-5
			❖ Se baña en la regadera	3. Moderadamente comprometido	3-5
			❖ Seca el cuerpo	4. Levemente Comprometido	3-5
				5. No comprometido	

<p style="text-align: center;"><b>NIC (Intervenciones)</b></p> <p>Ayuda con los autocuidados: Baño/higiene (1801) <u>Campo 1</u> Fisiológico: Básico <u>Clase:</u> <u>E</u> Facilitación de los autocuidados.</p>	<p style="text-align: center;"><b>NIC (Intervenciones)</b></p> <p>Baño (1610) <u>Campo: 1</u> Fisiológico: Básico Cuidados que apoyan el funcionamiento físico. <u>Clase F:</u> Facilitación de los Autocuidados</p>
<p style="text-align: center;"><b>Actividades</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Considerar la cultura de la persona al fomentar las actividades de autocuidados.</li> <li>2. Considerar la edad de la persona al fomentar las actividades de autocuidados</li> <li>3. Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada</li> <li>4. Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño, champú)</li> <li>5. Proporcionar un ambiente terapéutico que garantice una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada.</li> <li>6. Facilitar que el paciente se cepille los dientes</li> <li>7. Ayudar al paciente en su baño</li> <li>8. Comprobar la limpieza de uñas, según la capacidad de Autocuidado de la persona.</li> <li>9. Controlar la integridad cutánea de la persona</li> <li>10. Mantener rituales higiénicos</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>Actividades</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proporcionar baño de regadera</li> <li>2. Comprobar la limpieza de uñas</li> <li>3. Controlar la integridad cutánea del paciente</li> <li>4. Mantener rituales higiénicos</li> </ol>

11. Proporcionar ayuda hasta que la persona sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.	
--	--

**NOTA DE EVOLUCION:**La puntuación Diana obtenida fue de (5) No comprometida, logro su Autocuidado de baño cada vez es más autosuficiente requiere poca ayuda de su mamá y de las personas que la rodean.

**Elaboró: Marina Lara Cervantes**

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO: 11 Seguridad /protección	CLASE: 2 Lesión física	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b>  <b>ETIQUETA:</b> Riesgo de deterioro de la integridad cutánea(00047)  <b>FACTORES RELACIONADOS:</b> Cambios en el tensor de la piel, estado de desequilibrio nutricional.		Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101)  Dominio: Salud Fisiológico (II) Clase: Integridad tisular(L)	❖ Integridad de la piel ❖ Perfusión tisular	1. Gravemente comprometido  2. Sustancialmente comprometido  3. Moderadamente comprometido  4. Levemente Comprometido  5. No comprometido	1-4  2-5  2-5  2-5
NIC (Intervenciones) <b>Cambio de posición (0840) Campo 1</b> Fisiológico: Básico <u>Clase C</u> control de inmovilidad		NIC (Intervenciones) <b>3584 Cuidados de la piel: Tx Tópico</b>			
<b>Actividades</b>  1. Explicar a la persona que se le va a cambiar de posición. 2. Animar a la persona a participar en los cambios de posición. 3. Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición.		<b>Actividades</b>  1. Evitar el uso de ropa de cama de textura áspera 2. Realizar la limpieza con jabón antibacteriano, si resulta oportuno 3. Vestir a la persona con ropas no restrictivas. 4. Proporcionar soporte a las zonas edematosas (almohada debajo de los brazos o miembros pélvicos). 5. Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa bucal. 6. Administrar fricciones en la espalda o el cuello.			

4. Incorporar en el plan de cuidados la posición preferida de la persona para dormir.
5. Colocar en posición de alineación corporal correcta.
6. Poner apoyos en las zonas edematosas (almohadas debajo de los brazos y miembros pélvicos)
7. Colocar en una posición que facilite la ventilación/perfusión.
8. Fomentar la realización de ejercicios activos o pasivos con un margen de movimientos.
9. Proporcionar un apoyo adecuado para el cuello.
10. Evitar colocar a la persona en una posición que le aumente el dolor.
11. Minimizar el roce al cambiar de posición a la paciente.
12. Girar mediante la técnica de hacer rodar troncos.
13. Colocar en una posición que evite tensiones sobre la herida.
14. Enseñar a la persona a adoptar una postura y a utilizar una buena mecánica corporal mientras realiza cualquier actividad.

#### **Prevención de úlceras por presión (3540)**

1. Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas
2. Mantener la piel limpia y seca evitando la fricción, se recomienda usar agua tibia y jabón neutro
3. Aplicar cremas hidratantes si el paciente tiene la piel seca
4. Movilizar a la persona evitando el arrastre que

7. Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas.
8. Utilizar dispositivos en la cama que protejan la piel de la persona.
9. Aplicar protectores para los talones.
10. Aplicar polvos secantes en los pliegues de piel profundos.
11. Aplicar emolientes a la zona afectada.
12. Aplicar un anti fúngico tópico en la zona afectada.
13. Inspeccionar diariamente la piel para visualizar posible pérdida de integridad cutánea.
14. Registrar el grado de afección de la piel

#### **3590 Vigilancia de la piel**

1. Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las membranas mucosas.
2. Observar su color, calor, pulso, textura y si hay inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades.
3. Valorar el estado de la zona de incisión.
4. Utilizar una herramienta de evaluación para identificar el riesgo de UPP (escala de Braden).
5. Vigilar el color y la temperatura de la piel.
6. Observar si hay zonas de decoloración y magulladuras en la piel, y en las membranas mucosas y pérdidas de la integridad.
7. Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel.
8. Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
9. Observar si hay zonas de presión y fricción.
10. Tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas.

<p>produce fricción y los movimientos de cizalla</p> <ol style="list-style-type: none"><li>5. Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida</li><li>6. Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes para eliminar el exceso de humedad.</li><li>7. Inspeccionar la piel de las prominencias Oseas y demás puntos de presión</li></ol>	
--	--

**NOTA DE EVOLUCION:**La puntuación diana obtenida fue de 5 No comprometido, se logró mantener una Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

**Elaboró: Marina Lara Cervantes**

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO: 11 Seguridad/protección.	CLASE: 1 Infección	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b></p> <p><b>ETIQUETA:</b>Riesgo de infección(00004)</p> <p><b>FACTORES RELACIONADOS:</b>Enfermedad crónica.</p>		<p><b>Control del riesgo: proceso infeccioso (1924)</b></p> <p>Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV). Clase: Control del riesgo y seguridad (T)</p>	❖ Ausencia de signos y síntomas de infección.	1. Nunca demostrado.	3 a 5
			❖ Realización y aplicación de estrategias universales para prevenir las infecciones.	2. Raramente demostrado	3 a 5
			❖ Reconoce las consecuencias de la infección.	3. A veces demostrado	2 a 5
			❖ Busca la validación del riesgo de infección percibido.	4. Frecuentemente demostrado	3 a 5
			❖ Identificación de riesgo de infección de las actividades terapéuticas.	5. Siempre demostrado	3 a 5



	<b>Conducta Terapéutica: Enfermedad o lesión. (1609)</b>  <u>Dominio:</u> Conocimiento y conducta de salud (IV). <u>Clase:</u> Conducta de salud (Q)	❖ Cumple con el régimen terapéutico prescrito. ❖ Cumple con las precauciones recomendadas. ❖ Identifica signos y síntomas que indican un riesgo potencial.		4-5  4-5  4-5
<b>NIC (Intervenciones)</b>  <b>Protección contra las infecciones(6550)</b> <u>Campo 4 Seguridad Clase V</u> Control de riesgo	<b>NIC (Intervenciones)</b>  <b>(6540 ) Control de infecciones</b>			
<b>Actividades</b>  1. Mantener la zona de punción y los catéteres limpio, cubierto y sin secreciones. 2. Mantener las normas de asepsia y antisepsia acorde a protocolo institucional. 3. Verificar las condiciones del acceso vascular. 4. Observar signos o síntomas de infección local,	<b>Actividades</b>  1. Colocar en sitios de precaución de aislamiento designados. 2. Mantener técnicas de aislamiento. 3. Limitar el número de las visitas 4. Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos en los 5 momentos. 5. Instruir al paciente acerca de la técnica correcta del lavado de manos. 6. Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del			

<p>como: edema, inflamación, enrojecimiento, dolor, secreciones sanguinolentas, suero, pus, costras o fiebre entre otras.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Palpar el punto de inserción en busca de dolor e hiperestesia en la zona de inserción.</li> <li>6. Administrar terapia de antibióticos por prescripción médica.</li> <li>7. Evitar la manipulación excesiva del catéter.</li> <li>8. Enseñar a la persona y al familiar la técnica correcta de lavado de manos para disminuir el riesgo de infección.</li> <li>9. No utilizar pomadas antimicrobianas de forma rutinaria, el uso de estas no disminuye el riesgo de infección, crea cepas resistentes.</li> </ol>	<p>paciente.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos.</li> <li>8. Poner en práctica precauciones estándar.</li> <li>9. Usar guantes según lo exigen las normas de precaución estándar.</li> <li>10. Llevar ropas de protección o bata durante la manipulación de material infeccioso.</li> <li>11. Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano.</li> <li>12. Mantener un ambiente aséptico óptimo durante la inserción de líneas centrales a pie de cama.</li> <li>13. Cambiar los sitios de línea IV periférica y de línea central y los vendajes de acuerdo con los consejos actuales de los CDC.</li> <li>14. Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas IV.</li> <li>15. Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.</li> </ol>
---	---

**NOTA DE EVOLUCION:**La puntuación diana obtenida fue de 5, siempre demostrada, no se presentaron durante la estancia hospitalaria proceso infeccioso en la persona.

**Elaboró: Marina Lara Cervantes**

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO:  11 Seguridad/protección	CLASE: 2 Lesión física	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b></p> <p><b>ETIQUETA:</b>Riesgo de caída(00155)</p> <p><b>FACTORES RELACIONADOS:</b></p> <p>Anemia y disminución de la fuerza en las extremidades inferiores.</p>		<p><b>Detección del riesgo (1908)</b></p>	❖ Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos	1. Nunca demostrado	4 a 5
			❖ Identifica los posibles riesgos para la salud	2. Raramente demostrado	4 a 5
		<p><b>Control del riesgo (1902)</b></p>	❖ Reconoce los factores de riesgo	3. A veces demostrado	4 a 5
			❖ Adapta las estrategias de control de riesgo según es necesario	4. Frecuentemente demostrado	
			❖ Sigue las estrategias de control de riesgos	5. Siempre demostrado	4 a 5

	<b>Conducta de prevención de caída</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Colocación de barreras para prevenir caídas</li> <li>❖ Provisión de ayuda personal.</li> <li>❖ Proporciona la iluminación adecuada</li> <li>❖ Agitación e inquietud controlada</li> </ul>		<p>4 a 5</p> <p>4 a 5</p> <p>4 a 5</p> <p>4 a 5</p>
--	--	--	--	---

<p style="text-align: center;"><b>NIC (Intervenciones)</b></p> <p><b>Prevención de caídas (6490) <u>Campo</u> 4 Seguridad</b> <b>Clase V Control de riesgos</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>NIC (Intervenciones)</b></p> <p><b>Identificación de riesgos ( 6610 )</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>Actividades</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar déficit cognoscitivo o físico de la persona que pueda aumentar posibilidad de caída en un ambiente dado.</li> <li>2. Identificar conductas y factores que aumentan el riesgo de caídas como: medicamentos, ayuno prolongado, posoperatorio, crisis convulsivas, etc.</li> <li>3. Identificar las características del ambiente que puedan aumentar la posibilidad de caídas como pisos resbaladizos, falta de iluminación, etc.</li> <li>4. Mantener en buen estado los dispositivos de ayuda.</li> <li>5. Bloquear o desbloquear las ruedas de las sillas y otros dispositivos en la transferencia de la paciente.</li> <li>6. Utilizar barandales laterales de longitud y altura para rebasar el borde del colchón de la cama.</li> <li>7. Colocar los objetos al alcance de la paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.</li> <li>8. Instruir a la persona y a la familiar para que solicite ayuda en caso necesario.</li> <li>9. -Responder inmediatamente al llamado de la persona y/o familiar.</li> <li>10. Disponer de iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>Actividades</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Llevar a cabo la valoración de riesgos mediante documentos técnico-normativos como el protocolo de valoración de riesgo de caídas.</li> <li>2. Buscar antecedentes personales relacionados con caídas previas.</li> <li>3. Llevar a cabo medidas establecidas por la institución para identificar el nivel de riesgo de los pacientes.</li> <li>4. Determinar y registrar la presencia y calidad del apoyo familiar en el cuidado de la paciente.</li> <li>5. Identificar el funcionamiento del equipo y mobiliario.</li> <li>6. Detectar las áreas físicas de mayor riesgo.</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Manejo ambiental: seguridad (6486)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar las necesidades de seguridad, según la función física y cognoscitiva y el historial de conducta del paciente</li> <li>2. Identificar los riesgos respecto de la seguridad en el ambiente (físicos, biológicos y químicos)</li> <li>3. Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible</li> <li>4. Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos</li> <li>5. Disponer dispositivos de adaptación para aumentar la seguridad del ambiente</li> <li>6. Utilizar dispositivos de protección para limitar físicamente la movilidad o</li> </ol>

<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Colocar señales que alerten al personal del grado de riesgo de caída que tiene la paciente en determinadas áreas.</li> <li>12. Orientar a la persona y familiares sobre los factores de riesgo a los que está expuesto.</li> <li>13. Llevar a cabo medidas precautorias que sustituyan la falta de equipo necesario y solicitar la coparticipación familiar.</li> <li>14. Uso de silla durante el baño de regadera.</li> <li>15. Utilizar medidas de protección y seguridad para el control de la marcha, el equilibrio y cansancio durante la deambulación.</li> <li>16. Colocar el banco de altura a una distancia que le permita a la paciente su uso inmediato o mantener por debajo de la cama en tanto no sea requerido.</li> <li>17. Evitar la deambulación de la paciente en pisos mojados, sin calzado y con aditamentos que los sustituyan como: calcetines, vendas, gorros, apósitos, etc.</li> </ol>	<p>acceder a situaciones peligrosas</p>
---	---

**NOTA DE EVOLUCION:** Con las actividades realizadas se logro alcanzar una puntuación diana de 5, la persona durante su estancia hospitalaria no presentó caídas

**Elaboró: Marina Lara Cervantes**

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO:6 Auto-percepción	CLASE: 1 Auto-concepto	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b></p> <p><b>ETIQUETA:</b> Impotencia (00125)</p> <p><b>FACTORES RELACIONADOS:</b>Entorno de cuidados a la salud.</p> <p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b> Expresiones de insatisfacción por la incapacidad para realizar las actividades y tareas previas.</p>		<p><b>Aceptación estado de salud (1300)</b></p> <p>Dominio: Salud psicosocial(III)</p> <p>Clase: Adaptación psicosocial (N)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Reconocimiento de la realidad de la situación de salud</li> </ul>	1. Nunca demostrado	2 a 4
			<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Expresa sentimientos sobre el estado de salud</li> </ul>	2. Raramente demostrado	2 a 4
			<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Se adapta al cambio en el estado de salud</li> </ul>	3. A veces demostrado	2 a 4
				4. Frecuente mente demostrado	
				5. Siempre demostrado	

**NIC (Intervenciones)**

**Escucha activa (4920)**

**Ayuda para el control del enfado (4640)**

Campo 3 Conductual  
Clase P Terapia cognitiva  
Clase Q Potenciación de la comunicación

<b>Actividades</b>	<b>Actividades</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Establecer el propósito de la interacción</li><li>2. Mostrar interés en la persona</li><li>3. Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones</li><li>4. Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones</li><li>5. Escuchar por si hay mensajes y sentimientos no expresados</li><li>6. Estar atento al tono, tiempo, volumen, entonación e inflexión de la voz</li><li>7. Identificar los temas predominantes</li><li>8. Recurrir a una serie de interacciones para descubrir el significado del comportamiento</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Utilizar un acercamiento que sea sereno y que de seguridad</li><li>2. Enseñar métodos para modular la experiencia de la emoción intensa (técnica de relajación, distracción)</li><li>3. Proporcionar seguridad a la persona sobre la intervención del personal de cuidados para evitar que la persona pierda el control</li><li>4. Animar a utilizar la colaboración para solucionar problemas</li><li>5. Ayudar a la persona en la planificación de estrategias que eviten la manifestación inadecuada del enfado</li><li>6. Consultar al servicio de Tanatología</li></ol>

**NOTA DE EVOLUCION:**La persona no logro la aceptación del estado de salud como se había planeado, a pesar del apoyo obtenido por el servicio de Tanatología y las actividades planeada, está en proceso de aceptación, la puntuación diana obtenida fue de 3 a veces demostrado.

**Elaboró: Marina Lara Cervantes**



## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO: 9: Afrontamiento/ tolerancia al estrés	CLASE: 2: Respuestas de afrontamiento	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b></p> <p><b>ETIQUETA:</b> Aflicción crónica (0137)</p> <p><b>FACTORES RELACIONADOS:</b> Experimenta enfermedad crónica</p> <p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b> Expresa sentimientos de tristeza, expresa sentimientos que interfieren con la capacidad para alcanzar el nivel más alto de bienestar personal y social.</p>		<p><b>Resolución de la aflicción (1304)</b></p> <p><u>Dominio:</u>(III) salud psicosocial</p> <p><u>Clase:</u> (N) Adaptación psicosocial</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Mantiene el nivel de vida</li> <li>❖ Busca apoyo social.</li> <li>❖ Refiere implicación en actividades sociales.</li> <li>❖ Progresa a lo largo de las fases de aflicción.</li> <li>❖ Expresa expectativas positivas sobre el futuro.</li> </ul>	<p>1. Nunca demostrado</p> <p>2. Raramente demostrado</p> <p>3. A veces demostrado</p> <p>4. Frecuente mente demostrado</p> <p>5. Siempre demostrado</p>	<p>1 a 4</p> <p>1 a 4</p> <p>1 a 4</p> <p>1 a 4</p>
		<p><b>Disminuir la severidad de la aflicción (2003)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Tristeza</li> <li>❖ Impotencia</li> <li>❖ Temor</li> </ul>	<p>1. Grave</p> <p>2. Sustancial</p> <p>3. Moderado</p> <p>4. Leve</p> <p>5. Ninguno</p>	<p>1 a 4</p> <p>3 a 5</p> <p>4 a 5</p>

<p style="text-align: center;"><b>NIC (Intervenciones)</b> <b>Apoyo Emocional (5270)</b> Actividades</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comentar la experiencia emocional con la persona.</li> <li>2. Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo.</li> <li>3. Abrazar o tocar a la persona para proporcionarle apoyo.</li> <li>4. Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.</li> <li>5. Ayudar a la persona a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.</li> <li>6. Animar a la persona a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira, o tristeza.</li> <li>7. Comentar las consecuencias de profundizar en el sentimiento de culpa o vergüenza.</li> <li>8. Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.</li> <li>9. Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.</li> <li>10. Permanecer con la persona y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.</li> <li>11. Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>NIC (Intervenciones)</b> <b>Apoyo en la toma de Decisiones (5250)</b> Actividades</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Establecer comunicación con la persona desde el primer contacto.</li> <li>2. Respetar el derecho del paciente a recibir o no información.</li> <li>3. Facilitar la toma de decisiones en colaboración.</li> <li>4. Proporcionar la información solicitada por el paciente.</li> <li>5. Servir de enlace entre la paciente y la familia.</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Apoyo espiritual (5420)</b> Actividades</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y demostrar empatía.</li> <li>2. Tratar a la persona con dignidad y respeto.</li> <li>3. Enseñar métodos de relajación.</li> <li>4. Orientar a la familia sobre la importancia de apoyar, escuchar y atender a la persona durante el proceso y control de la enfermedad.</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Grupo de apoyo (5430)</b> Actividades</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utilizar un grupo de apoyo durante las etapas de transición para ayudar a la persona a que se adapte a un nuevo estilo de vida</li> </ol>
---	---

**NOTA DE EVOLUCION:** La puntuación diana obtenida es de 3 para la resolución de la aflicción debido a que la persona expresa aún expectativas negativas sobre su futuro., se le motiva a que continúe consultas con un psicólogo o una tanatóloga en su domicilio, con respecto al resultado de disminuir la severidad de la aflicción la puntuación diana es de 4 para los 3 indicadores ya que desde que inicie las actividades planeadas y la comunicación establecida con la tanatóloga, modifíco su estado de ánimo.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO: 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés	CLASE: 2:Respuestas de afrontamiento	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b></p> <p><b>ETIQUETA:</b> Ansiedad (00146)</p> <p><b>FACTORES RELACIONADOS:</b> Cambios en el estado de salud.</p> <p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b> Expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales, Incertidumbre, preocupación.</p>		<p><b>Autocontrol de la ansiedad (1402)</b></p> <p>Dominio (III) salud psicosocial.</p> <p>Clase (o): autocontrol</p>	❖ Elimina precursores de la ansiedad.	2. Nunca demostrado	3 a 5
			❖ Busca información para reducir la ansiedad.	3. Raramente demostrado	2 a 5
			❖ Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad.	4. A veces demostrado	3 a 5
			❖ Controla la respuesta de ansiedad.	5. Frecuente mente demostrado	3 a 5
				6. Siempre demostrado	2 a 5

<p style="text-align: center;"><b>NIC (Intervenciones)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Disminución de la ansiedad (5820) <u>Campo: 3</u></b>            Conductual <u>Clase: T</u> Fomento de la comodidad            Psicológica.</p>	<p style="text-align: center;"><b>NIC (Intervenciones)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Enseñanza:Procedimiento/Tratamiento (5618)</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>Actividades</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.</li> <li>2. Establecer claramente las expectativas del comportamiento de la persona.</li> <li>3. Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.</li> <li>4. Tratar de comprender la perspectiva del a persona sobre una situación estresante.</li> <li>5. Proporcionar información objetiva respecto del diagnostico, tratamiento y pronostico.</li> <li>6. Permanecer con la persona para promover la seguridad y reducir el miedo.</li> <li>7. Administrar masajes en la espalda/cuello</li> <li>8. Escuchar con atención</li> <li>9. Reforzar el comportamiento</li> <li>10. Crear un ambiente que facilite la confianza</li> <li>11. Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.</li> <li>12. Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.</li> <li>13. Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>Actividades</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Preparar a la persona para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento y tratamiento prescrito.</li> <li>2. Informar a la persona/ser querido acerca de cuándo y donde tendrá lugar el procedimiento/tratamiento.</li> <li>3. Informar a la persona/ser querido acerca de la duración esperada del procedimiento/tratamiento.</li> <li>4. Informar a la persona/ser querido sobre la persona que realizara el procedimiento/tratamiento.</li> <li>5. Explicar el propósito del procedimiento/tratamiento.</li> <li>6. Describir las actividades del procedimiento/tratamiento.</li> <li>7. Explicar el procedimiento/tratamiento</li> <li>8. Enseñar a la persona como cooperar, participar durante el procedimiento/tratamiento.</li> <li>9. Dar tiempo a la persona para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.</li> </ol>
<p><b>NOTA DE EVOLUCION:</b> La puntuación diana obtenida es de 5 frecuentemente demostrada, se logró un autocontrol de la ansiedad con las actividades planeadas y las sesiones de Tanatología.</p>	

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO: 6 Autopercepción	CLASE: 3 Imagen corporal	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b></p> <p><b>ETIQUETA:</b> Trastorno de la imagen corporal (00118)</p> <p><b>FACTORES RELACIONADOS:</b> Enfermedad</p> <p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b> Verbalización de sentimientos que reflejan una alteración del propio cuerpo. Verbalización de percepciones que reflejan una visión alterada de la propia apariencia corporal. Cambio real en el funcionamiento.</p>		<p><b>Imagen corporal (1200)</b></p> <p>Dominio: Salud Psicosocial (III)</p> <p>Clase: Bienestar psicosocial (M)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Satisfacción con el aspecto corporal</li> <li>❖ Adaptación a cambios en el aspecto físico</li> <li>❖ Adaptación a cambios en la función corporal</li> <li>❖ Adaptación a cambios en el estado de salud</li> </ul>	1. Nunca positivo	1 a 5
				2. Raramente positivo	2 a 5
				3. A veces positivo	2 a 5
				4. Frecuentemente positivo	2 a 5
				5. Siempre positivo	3 a 5
<b>NIC (Intervenciones)</b>		<b>NIC (Intervenciones)</b>			
<p><b>Potenciación de la autoestima (5400)</b> <u>Campo 3</u> Conductual <u>Clase R</u> Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles.</p>		<p><b>Potenciación de la imagen corporal(5220)</b></p>			

Actividades	Actividades
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinar la posición de control de la persona.</li> <li>2. Determinar la confianza de la persona en sus propios juicios.</li> <li>3. Animar a la persona a identificar sus virtudes.</li> <li>4. Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas.</li> <li>5. Reafirmar las virtudes personales que identifiquen a la persona.</li> <li>6. Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía de la persona.</li> <li>7. Abstenerse de realizar críticas negativas y de quejarse.</li> <li>8. Mostrar confianza en la capacidad del paciente para consultar una situación.</li> <li>9. Fomentar el aumento de responsabilidad de sí misma.</li> <li>10. Animar a la persona a evaluar su propia conducta.</li> <li>11. Animar a la persona a que acepte nuevos desafíos.</li> <li>12. Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinar las expectativas corporales del paciente, en función del estadio de desarrollo.</li> <li>2. Ayudar a la persona a discutir los cambios causados por la enfermedad.</li> <li>3. Ayudar a la persona a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo.</li> <li>4. Determinar si se ha producido un cambio físico reciente en la imagen corporal de la persona.</li> <li>5. Ayudar a la persona a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal.</li> <li>6. Ayudar a la persona a discutir los factores estresantes que afectan a la imagen corporal debidos a la enfermedad.</li> <li>7. Observar la frecuencia de las frases de autocrítica.</li> <li>8. Observar si la persona puede mirar la parte corporal que ha sufrido el cambio.</li> <li>9. Observar si hay frases que identifican las percepciones de imagen corporal que tienen que ver con la forma y el peso corporal.</li> <li>10. Determinar las percepciones de la persona y de la familia sobre la alteración de la imagen corporal frente a la realidad.</li> <li>11. Ayudar a la persona a identificar las partes del cuerpo que ofrecen percepciones positivas relacionadas con ella.</li> <li>12. Ayudar a la persona a identificar acciones que mejoren su aspecto.</li> <li>13. Identificar grupos de apoyo disponibles para la persona.</li> </ol>

**NOTA DE EVOLUCION:** La puntuación Diana obtenida fue de 4, debido a que aún en ocasiones muestra insatisfacción con el aspecto corporal y falta de aceptación a cambios en el aspecto físico, está en proceso de aceptación si continúa con las actividades planeadas.

**Elaboró: Marina Lara Cervantes**

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO: 4: Actividad/reposo	CLASE: 2: Actividad/ejercicio	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b></p> <p><b>ETIQUETA:</b> Déficit de actividad recreativa(00097)</p> <p><b>FACTORES RELACIONADOS:</b> Entorno desprovisto de actividades recreativas</p> <p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b> Afirmaciones de la persona de que se aburre</p>		<p><b>Participación en actividad de ocio(1604)</b></p>	❖ Participa en actividades de ocio que requieren poco esfuerzo	1. Nunca demostrado	1 a 5
		<p>Dominio (IV): Conocimiento y conducta de salud.</p>	❖ Elige actividades de ocio de interés	2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado	1 a 5
		<p>Clase (Q): Conducta de salud.</p>	❖ Expresión de satisfacción con las actividades de ocio	4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	1 a 5

<p style="text-align: center;"><b>NIC (Intervenciones)</b></p> <p><b>Terapia de Entretenimiento (5360)</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>NIC (Intervenciones)</b></p> <p><b>Biblioterapia(1056)</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>Actividades</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ayudar a la persona a elegir actividades recreativas coherentes con sus capacidades físicas, psicológicas y sociales.</li> <li>2. Ayudar a obtener los recursos necesarios para la actividad.</li> <li>3. Ayudar a la persona a identificar las actividades necesarias que tengan sentido.</li> <li>4. Proporcionar un equipo recreativo seguro.</li> <li>5. Supervisar las sesiones recreativas.</li> <li>6. Proporcionar una afirmación positiva a la participación en las actividades.</li> <li>7. Comprobar la respuesta emocional, física y social a la actividad recreativa.</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>Actividades</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinar la capacidad de la paciente de leer de forma independiente.</li> <li>2. Realizar las elecciones adecuadas a nivel de lectura.</li> <li>3. Leer en voz alta si es necesario o factible.</li> <li>4. Utilizar fotos e ilustraciones.</li> <li>5. Fomentar la lectura y relectura.</li> <li>6. Ayudar a la paciente a reconocer como la situación en la literatura puede ayudar a hacer los cambios deseados.</li> </ol> <p><b>Humor (5320)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Actividades</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinar la respuesta típica del paciente al humor(risa, sonrisa)</li> <li>2. Determinar la hora del día en la que el paciente es más perceptible.</li> <li>3. Fomentar tonterías y guasas.</li> <li>4. Responder de forma positiva a los intentos humorísticos de la paciente.</li> </ol>

**NOTA DE EVOLUCION:**La puntuación diana alcanzada es de 4, se logro integrar a la persona a actividades de ocio, aminorando su estancia hospitalaria, mostraba más interés en las revistas de sopa de letras y en ocasiones en la lectura.

**Elaboró: Marina Lara Cervantes**



## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO: 5 Percepción/Cognicion	CLASE: 4 Cognicion	NOC (RESULTADOS):	INDICADOR	ESCALA:	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b></p> <p><b>ETIQUETA:</b>Conocimientos deficientes del régimen terapéutico/Enfermedad (00126)</p> <p><b>FACTORES RELACIONADOS:</b>Falta de exposición</p> <p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b>Verbalización del problema.</p>		<p><b>Conocimiento: Proceso de la enfermedad (1803)</b></p> <p>Dominio: Conocimiento y conducta de salud.</p> <p>Clase: Conocimiento sobre salud.</p>	❖ Efectos de la Enfermedad.	1. Ningún conocimiento	2 a 4
			❖ Signos y síntomas de la enfermedad.	2. Conocimiento escaso	2 a 4
			❖ Medidas para minimizar la progresión de la enfermedad.	3. Conocimiento moderado	2 a 4
			❖ Complicaciones de la enfermedad.	4. Conocimiento sustancial	2 a 4
			❖ Precauciones para prevenir las complicaciones de la enfermedad.	5. Conocimiento extenso	2 a 4

<p style="text-align: center;"><b>NIC (Intervenciones)</b></p> <p><b>Facilitar el aprendizaje (5220) <u>Campo:</u> 3</b>  <b>Conductual <u>Clase</u> P: Terapia cognitiva S</b>  <b>Educación de los pacientes</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>NIC (Intervenciones)</b></p> <p><b>Enseñanza: Proceso de enfermedad (5602)</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>Actividades</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comenzar la instrucción solo después de que el paciente demuestre estar dispuesto aprender.</li> <li>2. Establecer metas realistas objetivas con la persona.</li> <li>3. Identificar claramente los objetivos de la enseñanza y en términos mensurables/observables.</li> <li>4. Ajustar la instrucción a nivel de conocimientos y comprensión de la persona.</li> <li>5. Disponer un ambiente que induzca el aprendizaje.</li> <li>6. Establecer la información en una secuencia lógica.</li> <li>7. Disponer la información de simple a compleja, conocida a desconocida o concreta a abstracta.</li> <li>8. Adaptar la información para que cumpla con el estilo de vida/rutina de la persona.</li> <li>9. Asegurarse de que el material de enseñanza es actual y está al día.</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>Actividades</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluar el nivel actual de conocimiento de la persona relacionado con el proceso de enfermedad específico.</li> <li>2. Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología.</li> <li>3. Revisar y reconocer el conocimiento de la paciente sobre su estado.</li> <li>4. Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad.</li> <li>5. Explorar con la paciente lo que ya ha hecho para controlar los síntomas.</li> <li>6. Describir el proceso de la enfermedad.</li> <li>7. Proporcionar información a la paciente acerca de la enfermedad.</li> <li>8. Identificar cambios en el estado físico de la paciente</li> <li>9. Dar seguridad sobre el estado de la persona.</li> <li>10. Describir el fundamento de las recomendaciones del control/terapia/tratamiento.</li> <li>11. Describir las posibles complicaciones crónicas.</li> <li>12. Instruir a la paciente sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad.</li> <li>13. Enseñar a la paciente medidas para controlar/minimizar síntomas.</li> </ol>

- |   |  |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>10. Proporcionar material educativo para ilustrar la información importante y/o compleja.</li><li>11. Presentar la información de manera estimulante</li><li>12. Dar tiempo a la persona para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.</li><li>13. Responder a las preguntas de una forma clara y concisa.</li></ol> |  |
|---|--|

**NOTA DE EVOLUCION:**Con las actividades realizadas se obtuvo una puntuación diana de 4, lo que indicó un 100% del resultado esperado.

**Elaboró: Marina Lara Cervantes**

## VII. PLAN DE ALTA

### **Criterios e Instrucciones para el plan de egreso de la persona SCMI**

#### **1.-NUTRICIÓN**

Se explica que debe seguir una Dieta para Nefrópata de 1800 KCAL, 60 Gr de proteínas con alto valor biológico, 60 Meq de sodio y 1000 ml de líquidos totales.

#### **2.-MEDICACIÓN**

Se explica la dosis correcta, hora, precauciones especiales y efectos colaterales del tratamiento: Ver anexo 4

Prednisona 25 mg v.o cada 24 horas

Nifedipina tabletas 30 mg tomar 2 cada 12 horas

Prazocina 2 mg v.o cada 8 horas

Aloperidol 150 mg vo cada 48 horas

Calcitriol 1 perla cada 48 horas

Cloroquina 150 mg cada 24 horas

#### **3.- ACTIVIDADES EDUCATIVAS**

Se Hacen demostraciones de ejercicios de activación muscular, de los cuales se indica realizar 3 veces al día (mañana-tarde-noche); con 3 ciclos de 10 repeticiones.

Ejemplo: (1, 2,3....10)= 1 ciclo...descansar... (1, 2,3....10)= 2 ciclo... descansar.... (1, 2,3....10) =3 ciclo.... descansar. Ver Anexo5Ejercicios para estimular la fuerza muscular y articular (desplazamiento, movilidad articular, estiramiento y ejercicios explosivos)

Se explica la técnica de curación del catéter intravascular Ver anexo 3.

Se proporciona información sobre signos y síntomas de alarma de hipertensión arterial e infección de catéter central. Ver anexo 4

#### **4.- INSTRUCCIONES ESPECIALES**

Acudir a su clínica u hospital de zona ante cualquier signo o síntoma de alarma hipertensión arterial, infecciones, retención de líquidos, cambios en el estado de conciencia.

## VIII. CONCLUSIONES

El Proceso Atención de Enfermería es una metodología que se aplica en la salud y en la enfermedad, que nos permite un ordenamiento lógico, creativo, en donde se establecen prioridades de atención, abordando a la persona como un ser único.

El instrumento utilizado partiendo de las 14 necesidades que señala Virginia Henderson, fue una guía que me sirvió para realizar la valoración y aprender a visualizar a la persona en forma holística, favoreciendo una práctica de calidad y con sentido humanizado, asimilé también que la valoración es la piedra angular del trabajo enfermero, ya que es el método idóneo para recoger información e identificar problemas y/o necesidades, y así poder realizar intervenciones de enfermería encaminadas a solucionar o minimizar dichos problemas. Esta valoración debe hacerse de forma individualizada, ya que cada persona es autónoma e interactúa con el ambiente de forma diferente.

Con respecto al objetivo general el cual fue:

Desarrollar un proceso de enfermería a una persona adulta joven con alteración en la necesidad de eliminación, con base en el modelo de Virginia Henderson, buscando el logro del nivel máximo de independencia en la satisfacción de sus necesidades durante su estancia hospitalaria.

Puedo decir que este no se alcanzó en un 100% ya que la persona no logró el nivel máximo de independencia para la satisfacción de sus necesidades durante su estancia hospitalaria, esto debido a la disponibilidad de tiempo por la persona, movimientos intrahospitalarios y acoplamiento de tiempos para realizar las actividades, está en proceso de alcanzar su independencia si utiliza las herramientas educativas proporcionadas en el plan de alta.

En cuanto a los objetivos específicos del trabajo estos se cumplieron en un 100%, se desarrolló un proceso de enfermería, con base en el modelo de Virginia Henderson, para su desarrollo se valoraron las 14 necesidades estructurando posteriormente los diagnósticos de enfermería de acuerdo a la taxonomía de la

NANDA planeando y ejecutando los cuidados específicos, los problemas de dependencia de la persona.

Por último la elaboración de este proceso me reafirmó la importancia de incorporar en el quehacer cotidiano el uso del proceso de atención de enfermería como un método sistemático el cual me permita fundamentar la práctica de los cuidados, mejorando la calidad de atención de las personas ante problemas de salud.

## IX. SUGERENCIAS

Sugiero Incrementar el tiempo para la realización del proceso atención enfermería con la finalidad de poder cumplir en un 100% con todos los objetivos planeados.

El seminario fue parte esencial para el desarrollo del proceso, pero insuficiente el tiempo programado para este.

Se deben establecer bien los lineamientos para la elaboración del proceso, con la finalidad de avanzar más rápido y no estar corrigiendo en cada revisión, ya que es pérdida de tiempo para los profesores y el alumno, originando en el alumno desmotivación y abandono del trabajo.

Sería conveniente emplear la misma teórica en las escuelas y en las instituciones de salud porque esto favorecería el aprendizaje y el dominio del método enfermero, evitando así confusiones en los alumnos y en el personal de salud.



## XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ❖ Alfaro-Lefevre, Rosalinda (2003). Aplicación del proceso Enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración (5ª.ed). México: Masson.
- ❖ Bulechek Gloria M. (2009) Clasificación de intervenciones de enfermería NIC. Quinta Edición.
- ❖ Carpenito, LyndaJuall. *Planes de cuidados y documentación en enfermería*. 1ª ed. 1994 Nueva York, México: McGraw-Hill Interamericana; 1994. 338-342 p.
- ❖ Casares, J. (2000). Diccionario ideológico de la lengua española (2ª ed.). Barcelona. Gustavo GillX.
- ❖ CIE. (2005). La definición de enfermería. Consultado en marzo de 2010 de <http://www.actualidad.enfermundi.com/enfin/enfincie/index.asp>
- ❖ Durán de Villalobos, M.M (1998). Enfermería: desarrollo teórico e investigativo. Bogotá: Facultad de Enfermería/Universidad Nacional de Colombia.
- ❖ Durán de Villalobos, M.M (2002). Teorías de rango medio: ¿Por qué para el cuidado? Importancia y utilidad para la práctica de enfermería. En el arte y la ciencia del cuidado. Grupo del Cuidado/Universidad Nacional de Colombia/Facultad de Enfermería.
- ❖ Fernández Ferrín, Carmen y Gloria Novel Martín. El proceso de atención de enfermería: *estudio de casos*. Barcelona: Masson, Salvat; 1993.
- ❖ Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de la Nefropatía lúpica en pacientes de más de 18 años de edad México: Secretaria de salud ; 2009
- ❖ Hernández Conesa, Juana (1995). Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- ❖ Iyer, P.W., Taptich, B.J. y Bernocchi-Iosey,D(1997). Proceso y diagnóstico de enfermería. México: McGraw-Hill Interamericana.
- ❖ Khun, Thomas (1962). La estructura de las revoluciones científicas. México: Fondo de cultura económica.
- ❖ Kozier, Barbara&Erb, Glenora&Olivieri Rita (1993). Enfermería Fundamental. Conceptos, procesos y practicas (4ª.ed). México: Interamericana-McGraw-Hill

- ❖ *Mariela y barbará aguayo Álvarez. Adulto joven (20-40 años) En: <http://adulto jovenpsicología>. Consultado el 29/11/12*
- ❖ Marriner, A. y Raile, M (2007). Modelos y teorías en enfermería (6ª ed.) Madrid: ElsevierMosby.
- ❖ Moorhead Sue, PhD, RN (2009), Clasificación de resultados de enfermeríaNOC. Cuarta edición.
- ❖ *Fernández Sánchez, Néstor. El adulto. En: <http://www.tuobra.unam.mx/publicados/021123215354.html> [Consultado 25-08-05]*

## XII. ANEXOS

Anexo 1 Instrumento metodológico para la atención de enfermería (Modelo de Virginia Henderson)

Anexo 2 Conceptos generales nefritis lúpica

Anexo 3 Tríptico: Cuidados de catéter venoso central en casa (Mahurkar).

Anexo 4 Tríptico: Cuidados en casa a personas con hipertensión arterial.

Anexo 5 Ejercicios (desplazamiento, movilidad articular, estiramiento y ejercicios explosivos)

## Anexo 1 Instrumento metodológico para la atención de enfermería (Modelo de Virginia Henderson)

### I.-FICHA DE IDENTIFICACIÓN

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

### II.- VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

#### 1.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Oxigenación, nutrición e hidratación, Eliminación y termorregulación.

#### NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

*Datos Subjetivos:*

Disnea debido a;	Tos productiva /seca:
Dolor asociado con la respiración:	
Fumador:	
Desde cuando fuma/ cuántos cigarros al día/ varía la cantidad según su estado emocional:	

*Datos Objetivos:*

Registro de signos vitales y características:	
Tos productiva /seca:	Estado de conciencia:

Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal:
Circulación del retorno venoso:
Otros:
<b>NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATAACION</b>

*Datos subjetivos*

Dieta habitual ( tipo)
Número de comidas diarias
Trastornos digestivos
Intolerancia alimentarias/ Alergias
Problemas de la masticación y deglución
Patrón de ejercicio

*Datos Objetivos:*

Turgencia de la piel:
Membranas mucosas hidratadas/ secas:
Características de uñas/cabello:
Funcionamiento neuromuscular y esquelético:
Aspecto de los dientes y encías:
Heridas, tipo y tiempo de cicatrización:
Otros:

## NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

### *Datos Subjetivos:*

Hábitos intestinales:	
características de las heces/orina/ menstruación:	
Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros:	
Uso de laxantes:	Hemorroides:
Dolor al defecar/menstruar/orinar:	
Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación:	

### *Datos Objetivos:*

Abdomen, características:
Ruidos intestinales:
Palpación de la vejiga urinaria:
Otros:

## NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

*Datos Subjetivos:*

Adaptabilidad a los cambios de temperatura:

Ejercicio, tipo y frecuencia:

Temperatura ambiental que le es agradable:

*Datos Objetivos:*

Características de la piel:

Transpiración:

Condiciones del entorno físico:

Otros:

### 2.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

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

## NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

*Datos Subjetivos:*

Capacidad física cotidiana:

Actividades en el tiempo libre:

Hábitos de descanso:

Hábitos de trabajo:

*Datos Objetivos:*

Estado del sistema músculo esquelético, fuerza:

Capacidad muscular, tono/resistencia/flexibilidad:

Posturas:	
Necesidad de ayuda para la deambulaci3n:	
Dolor con el movimiento:	Presencia de temblores:
Estado de conciencia:	Estado emocional:
Otros:	

### NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

#### *Datos Subjetivos:*

Horario de descanso:	Horario de sueo:
Horas de descanso:	Horas de sueo:
Siesta:	Ayudas:
Insomnio:	Debido a:
Descansado al levantarse::	

#### *Datos Objetivos:*

Estado mental. ansiedad / estr3s / lenguaje:	
Ojeras:	Atenci3n:
Bostezos:	Concentraci3n:
Apat3a:	Cefaleas:
Respuesta a est3mulos:	
Otros:	

### NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS



*Datos Subjetivos:*

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir:
Su autoestima es determinante en su modo de vestir:
Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría:
Necesita ayuda para la selección de su vestuario:

*Datos Objetivos:*

Viste de acuerdo a su edad:	
Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse:	
Vestido incompleto:	Sucio:
Inadecuado:	
Otros	

**NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL**

*Datos Subjetivos:*

Frecuencia del baño:
Momento preferido para el baño:
Cuántas veces se lava los dientes al día:
Aseo de manos antes y después de comer:
Después de eliminar:
Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos:

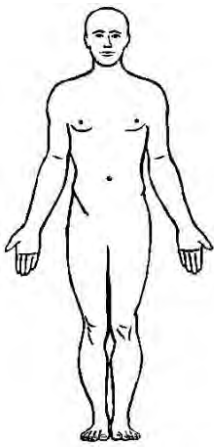
*Datos Objetivos:*

Aspecto general:	
Olor corporal	Halitosis:

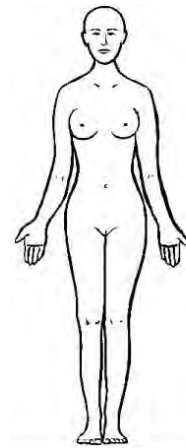
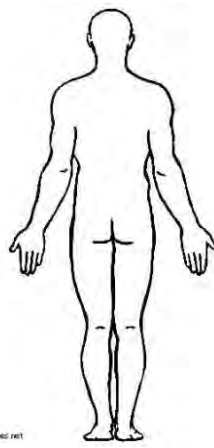
Estado del cuero cabelludo
Lesiones dérmicas Tipo (Anote la ubicación en el diagrama):
Otros:

Masculino:

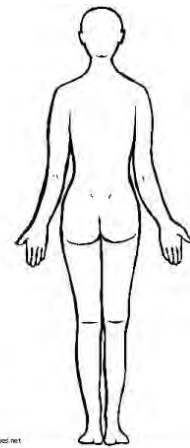
Femenino:



[www.menusdozpequei.net](http://www.menusdozpequei.net)



[www.menusdozpequei.net](http://www.menusdozpequei.net)



## NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

### *Datos Subjetivos:*

Que miembros componen la familia de pertenencia:	
Cómo reacciona ante situación de urgencia:	
Conoce las medidas de prevención de accidentes:	
Hogar:	Trabajo:
Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona:	
familiares:	
Como canaliza las situaciones de tensión en su vida:	

### *Datos Objetivos:*

Deformidades congénitas
Condiciones del ambiente en su hogar
Trabajo
Otros

### **3.- NECESIDADES BÁSICAS DE:**

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

## NECESIDAD DE COMUNICARSE

### *Datos Subjetivos:*

Estado civil:	Años de relación:
Viven con:	Preocupaciones / estrés:
Familiar:	
Otras personas que pueden ayudar:	

Rol en estructura familiar:
Comunica problemas debidos a la enfermedad / estado:
Cuanto tiempo pasa sola:
Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo:

*Datos Objetivos:*

Habla claro	Confuso
Dificultad. visión	Audición
Comunicación verbal / no verbal /con la familia / con otras personas significativas	
Otros	

**NECESIDAD DE VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS Y VALORES**

*Datos Subjetivos:*

Creencia religiosa:
Su creencia religiosa le genera conflictos personales:
Principales valores en la familia:
Principales valores personales:
Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir:

*Datos Objetivos:*

Hábitos específicos de vestido.( grupo social religioso):
Permite el contacto físico:
Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias:
Otros:

**NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE**

*Datos Subjetivos:*

Trabaja actualmente:	Tipo de trabajo:
Riesgos:	Cuánto tiempo le dedica al trabajo:
Está satisfecho con su trabajo:	
Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia:	
Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega:	

*Datos Objetivos:*

Estado emocional./calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/eufórico:
Otros:

**NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS**

*Datos Subjetivos:*

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre:
Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad:

Recursos en su comunidad para la recreación:
Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa:

*Datos Objetivos:*

Integridad del sistema neuromuscular
Rechazo a las actividades recreativas
Estado de ánimo. Apático/aburrido/participativo
Otros

### **NECESIDAD DE APRENDIZAJE**

*Datos Subjetivos:*

Nivel de educación	
Problemas de aprendizaje	
Limitaciones cognitivas	Tipo
Preferencias. leer/escribir	
Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad	
Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo	
Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud	
Otros	

*Datos Objetivos:*

Estado del sistema nervioso:
Órganos de los sentidos:
Estado emocional ansiedad, dolor:
Memoria reciente:
Memoria remota:

Otras manifestaciones:

--

## Anexo 2 Conceptos generales nefritis lúpica

El Lúpus Eritematoso Sistémico(LES) es una enfermedad reumática crónica, autoinmune y multisistémica, caracterizada por la producción de anticuerpos contra diversos antígenos propios del individuo. Su etiología es desconocida; se han involucrado en su patogenia la participación de factores inmunológicos, genéticos, ambientales y hormonales. Afecta predominantemente a mujeres jóvenes en edad fértil, con una relación mujer: hombre de 9:1 y se conoce cierta predisposición en algunos grupos étnicos, principalmente Afroamericanos y Afrocaribeños (GPC Diagnóstico y tratamiento de la Nefropatía lúpica en pacientes de más de 18 años de edad México: Secretaria de salud; )

### DEFINICIÓN

La nefritis lúpica(NL) constituye una de las principales manifestaciones clínicas del paciente con Lúpus eritematoso sistémico(LES) y representa un predictor de pobre pronóstico que influye en la morbilidad y mortalidad de manera directa e indirecta a través de las complicaciones derivadas del manejo inmunosupresor. Aproximadamente dos tercios de los pacientes tienen compromiso renal en algún momento de su enfermedad. La presentación clínica es variable y se manifiesta desde una proteinuria leve asintomática hasta una glomerulonefritis rápidamente progresiva, con insuficiencia renal.

### CLASIFICACIÓN

Entre las diversas clasificaciones se encuentra la de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

**Clase I.** se caracteriza por hallazgos normales de la muestra de la biopsia vista en microscopía óptica y en el microscopio de inmunofluorescencia se observan depósitos mesangiales esporádicos. Los pacientes, en general, no sufren nefropatía clínica.

**Clase II** Nefritis lúpica mesangial. Se caracteriza por el ensanchamiento del mesangio. Se detecta por inmunofluorescencia donde aparecen depósitos



mesangiales granulares llamativos de IgG, IgM y C3. En el microscopio electrónico se observan pequeños depósitos electrodensos a nivel del mesangio. Las paredes de los capilares son normales. En los pacientes no se produce síndrome nefrotico y la supervivencia renal se considera excelente en más de 90% de los casos a los 5 años.

**Clase III** nefritis lúpicaproliferativa focal y segmentaria. Aparece proliferación segmentaria, necrosis o esclerosis en menos de 50% de los glomérulos estudiados, aproximadamente; en el resto se observa, por microscopía electrónica, solo cambios mesangiales en la muestra. También se encuentran pequeños depósitos electrodensos a nivel del mesangio. Hasta la tercera parte de los pacientes presentan síndrome nefrotico y el filtrado glomerular se afecta en 15 25%.

**Clase IV.** Nefritis lúpicaproliferativa difusa. Los cambios son similares a los descritos en la clase III, pero estos se observan en más de 50% de los glomérulos estudiados. Los depósitos de inmunocomplejos son más gruesos y diseminados, responsables del aspecto en “asa de alambre” de los capilares. Se observa con más frecuencia cuerpos hemotoxilínicos, necrosis fibrinoide y semilunas epiteliales. Todas las inmunoglobulinas, frecuentemente la IgG y la IgM y los complementos C3, C4, Clq en mesangio y paredes capilares, se observan en estudios de inmunofluorescencia. El síndrome nefrotico ocurre en la mitad de los pacientes. Esta nefritis es la lesión renal más agresiva del lupus eritematosos sistémico y hasta 30% de estos pacientes evolucionan hacia IRCT.

**Clase V.** nefritis lúpica membranosa. Sus características no se distinguen de la glomeronefritis idiopática, apreciándose lesiones asociadas a las clases de nefritis descritas en algunos estudios. La mayoría de los pacientes se afectan por el síndrome nefrotico (90%), pero en filtrado glomerular no aparecen con frecuencia cambios significativos.

**Clase VI.** Esclerosis glomerular. A la clasificación de OMS sobre la nefritis lúpica, algunos autores añaden esta categoría adicional, considerando que es la etapa

final de esta nefritis y que puede aparecer esclerosis glomerular directa, sin lesiones proliferativas previas. Estos pacientes pueden tener síndrome nefrótico y, en general, presentan alteraciones en el FG.

## ETIOLOGÍA

La etiología no se ha confirmado, pero virus latentes, factores genéticos, hormonales y medicamentos se han relacionado con su aparición. El predominio femenino de los pacientes con lupus es de 9 a 1, con una mayor incidencia entre los afroamericanos e hispanos. El desencadenamiento de la función anormal inmunitaria provoca la formación de anticuerpos contra varios componentes del organismo (autoanticuerpos).

## CUADRO CLINICO

La piel se afecta por erupciones y en la cara aparece rash que se asemeja a las alas de mariposa; se presentan alopecias y en el ámbito de las mucosas orales aparecen aftas.

En el sistema hemolinfopoyético los pacientes presentan anemias moderadas o severas, trombocitopenia y vasculitis.

En el sistema osteoarticular, aparece dolor de las articulaciones. Se reportan que alrededor del 90% de los pacientes desarrollan artritis, lo que les ocasiona diferentes limitaciones en las articulaciones.

Los pacientes presentan afectación de su estado general; pérdida de peso, fatiga y anorexia.

De forma específica en la nefritis lúpica los pacientes pueden presentar:

- Hipertensión arterial. Tiene gran importancia en el pronóstico de la nefritis lúpica hacia la insuficiencia renal.
- Proteinuria e hipoproteinemia. Existen posibilidades elevadas de evolución hacia formas de insuficiencia renal.

- Microhematuria y proteinuria. Se observan en la mayoría de los pacientes con nefritis lúpica, donde las afectaciones glomerulares no son extensas ni severas.
- Leucocitosis o leucopenias. Relacionada con el tratamiento.
- Trombogénesis anómala. Aparecen en ocasiones trombosis arteriales y venosas, que se asocian a la presencia de anticoagulante lúpico. La afectación glomerular empeora el pronóstico.

Dadas las manifestaciones clínicas, en los pacientes se interfiere la vida laboral y su rol social.

#### FISIOPATOLOGÍA.

El lupus eritematoso humano presenta cuatro características inmunopatológicas principales:

- Anticuerpos anti-ADN e inmunocomplejos circulantes que son los responsables del daño renal.
- Linfocitos B hiperreactivos productores de Ac. anti-ADN.
- Linfocitos T colaboradores (TH) que modulan de forma anómala a los linfocitos B.
- Concentraciones anormalmente elevadas de nucleosomas.

#### EXÁMENES CLÍNICOS

- Análisis serológicos. Niveles séricos bajos del complemento C3, C4, CH50 y presencia de ANA y títulos anti-AD. Actualmente, el diagnóstico del LES permite valorar de forma adecuada la enfermedad y prevenir nuevos brotes de esta.
- Orina. Sedimento urinario, aclaramiento de creatinina, proteinuria 24h para valorar la función renal, filtrado glomerular, hemograma completo, anticuerpos anti Clq y Ac. anti-ADN. Sus modificaciones significativas permiten detectar exacerbaciones de la enfermedad. Con frecuencia se observa que estos anticuerpos son negativos cuando los pacientes responden al tratamiento.

Además el conteo de leucocitos es importante en el seguimiento del tratamiento.

- Biopsia renal. Resulta muy útil para detectar los diferentes patrones de glomerulonefritis por inmunocomplejos en el LES, los cuales son diversos y se asocian a pronósticos distintos, por lo que es una importante guía para el tratamiento.

De acuerdo con los resultados de las biopsias renales, la nefritis lúpica se agrupa en dos escalas: una valora los cambios más recientes que sugieren actividad y la otra indica cambios de mayor evolución que sugieren cronicidad de las lesiones.

Mediante la realización de biopsias renales, en los últimos años se ha demostrado, que la presencia de trombos capilares en las glomerulonefritis lúpicas proliferativas graves constituye un marcador precoz de evolución hacia la esclerosis glomerular.

#### TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO Y DIETÉTICO.

Este no se inicia en la nefritis clase I ni en la mayoría de la clase II, pero sí los pacientes reciben tratamiento extra-renal.

La base del tratamiento en la clase III y IV son los glucocorticoides y la ciclofosfamida. El tratamiento más utilizado son los esteroides en dosis variables y en pulsos endovenosos:

- Prednisona en dosis bajas o moderadas, que comienzan con 1 mg/kg de peso todos los días durante el primer mes, con descenso progresivo durante 6 meses hasta dosis de 10 a 15 mg/kg de peso en días alternos. Se considera eficaz como tratamiento único en pacientes con formas mesangiales y proliferativas focales.
- Esteroides en dosis altas con bolos de metilprednisolona por vía endovenosa, cuando existe fallo renal agudo o gran proteinuria.
- Prednisona oral diaria y ciclofosfamida intermitente por vía endovenosa en bolos mensuales, para prevenir la evolución hacia la insuficiencia renal crónica.

- Ciclofosfamida en dosis iniciales de 15 mg/kg de peso diluido en 500 ml de solución salina a 0,9 % con una duración de 2 hrs. Se considera eficaz en pacientes resistentes a otros inmunodepresores. Se recomienda la ingestión de 2 L de líquido diario desde 24 hrs antes para prevenir cistitis hemorrágica, así como abundantes líquidos durante las 24 hrs posteriores. Generalmente se continúa el tratamiento asociado con prednisona durante 6 meses.
- Micofenolatomofetil se emplea en el tratamiento de pacientes con nefritis lúpica resistentes a los esteroides y ciclofosfamida.
- Hemodiálisis

## Anexo 3 Tríptico: Cuidados de catéter venoso central



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
SISTEMA UNIVERSITARIO ABIERTO Y EDUCACION A DISTANCIA

### CUIDADOS DE CATÉTERES VENOSOS EN CASA (MAYURKAR)



#### ¿Qué es un catéter?

El catéter es un tubo flexible que llega directamente al torrente sanguíneo.

#### Partes que forman el catéter

- 1.-Cuerpo del catéter (tubo que queda dentro).
- 2.-Lúmenes
- 3.-Pinzas para abrir o cerrar el paso.
- 4.-Tapones que sellan los lúmenes.

#### ¿Para qué sirve su catéter?

Para realizar el procedimiento de hemodiálisis, administrar medicamentos y transfundir sangre.

#### Tiempo que dura su catéter

El catéter puede durar con los cuidados especiales que a continuación se le mencionan, el tiempo que dure su tratamiento, siempre y cuando usted lo desee y cumpla mis recomendaciones.

#### TÉCNICA DE CURACIÓN

- ✓ Material y equipo:
- ✓ Una mesa
- ✓ Alcohol al 70%
- ✓ Isodine solución
- ✓ Alcohol gel
- ✓ Gasas
- ✓ Dos cubre boca
- ✓ Un guante estéril
- ✓ Un apósito transparente ( Tegader)
- ✓ Cinta micropore

#### TECNICA

- ✓ El lugar en donde se va a realizar la curación debe estar con puertas y ventanas cerradas para evitar entrada de aire y polvo.
- ✓ Lavado de manos
- ✓ Limpiar y desinfectar la mesa con una gasa con alcohol.
- ✓ Colocar se cubreboca cubriendo nariz y boca, colocarle un cubreboca al paciente.
- ✓ Aplicarse gel alcohol en las manos.
- ✓ Abrir las gasas y guantes estériles.

- ✓ Aflojar la tapa del frasco de isodine solución.
- ✓ Retirar el apósito transparente de abajo hacia arriba del catéter.
- ✓ Observar el sitio de catéter si es que hay datos de infección.
- ✓ Nuevamente aplicar el alcohol gel.
- ✓ Colocarse el guante en la mano dominante
- ✓ Retirar el exceso de secreción (si tuviera en el sitio de inserción) con gasa y agua estéril.
- ✓ Tomar 3 gasas y humedecerlas con isodine aproximadamente 3 ml.
- ✓ Continuar la limpieza del catéter iniciando del centro hacia afuera cubriendo de 7-10 cm repitiendo el procedimiento 3 veces.
- ✓ Cubrir el sitio de inserción del catéter con una gasa, dejando actuar el isodine no menos de 3 minutos.
- ✓ Retirar la gasa que cubre el sitio retirando el exceso de isodine.
- ✓ Cubrir el catéter con el apósito transparente.
- ✓ En el caso de paciente con sudoración excesiva, sangrado o secreción se le dejara gasa.
- ✓ Sujetar con cinta micropore los lúmenes a la piel del paciente.
- ✓ Lavado de manos.



## PRECAUCIONES

- ✓ Observar que el catéter se encuentre limpio y seco
- ✓ Que el apósito no esté desprendido
- ✓ Cubrir el catéter antes de bañarse
- ✓ Revisar que la temperatura del agua sea la adecuada (tibia)



## IDENTIFICAR DATOS DE INFECCION

- ✓ Dolor en el sitio de inserción de catéter
- ✓ Piel enrojecida
- ✓ Salida de líquido del sitio de inserción
- ✓ Fiebre



## RECOMENDACIONES

- ✓ La limpieza del sitio de inserción del catéter venoso central se realizara cada 7 días sin datos de infección (apósito transparente).
- ✓ Cuando se deje gasa se realizara cada 48 horas. En ambos casos la curación se deberá hacer inmediatamente cuando se encuentre (húmedo, sucio o despegado) al grado que comprometa la integridad del catéter.
- ✓ Proteger el catéter durante el baño
- ✓ Revisar el catéter después del baño
- ✓ Si esta mojado realizar la curación inmediatamente
- ✓ Evitar realizar movimientos bruscos y esfuerzos
- ✓ No se exponga al sol
- ✓ Cualquier urgencia o problema relacionado con el catéter presentarse a su clínica u Hospital de zona
- ✓ No utilizar antibióticos tópicos en el sitio de inserción.



Fijación correcta con apósito transparente

Elaborado por Alumna: Marina Lara Cervantes.  
Fuente: NOM 022-SSA3-2012

## Anexo 4 Cuidados en casa a personas con hipertensión arterial

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
SISTEMA UNIVERSITARIO ABIERTO Y EDUCACION A DISTANCIA

### CUIDADOS EN CASA DE UN PACIENTE CON HIPERTENSION ARTERIAL



### ¿Qué es la Hipertensión Arterial?

La presión arterial es la medición de la fuerza ejercida contra las paredes de las arterias a medida que el corazón bombea sangre a través de cuerpo, hipertensión es un término empleado para descubrir la presión arterial alta.

- ✓ Presión Arterial optima menor a 120/80 mmHg
- ✓ Presión arterial normal: 120-129/80-84 mmHg
- ✓ Presión Arterial Normal alta: 130-139/85-89 mm Hg

### HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Etapa I: 140-159/90-99 mmHg  
Etapa II: 160-179/100-109 mmHg  
Etapa III: mayor o igual a 180/mayor o igual 110 mmHg

### SIGNOS Y SÍNTOMAS PARA IDENTIFICAR LA HIPERTENSION

- ✓ Debilidad
- ✓ Cansancio
- ✓ Flojera
- ✓ Sueño
- ✓ Dolor de cabeza
- ✓ Náuseas
- ✓ Mareos
- ✓ Temblores

### SIGNOS Y SÍNTOMA DE ALARMA EN LA HIPERTENSIÓN

- ✓ Dolor de cabeza intenso e insoportable
- ✓ Ver luces de colores
- ✓ Escuchar zumbidos
- ✓ Dificultad al respirar
- ✓ Dolor en pecho
- ✓ Vomito
- ✓ Sangrado abundante por la nariz
- ✓ Ansiedad



### EJERCICIO DIARIO

Los ejercicios indicados para una persona hipertensa son:

- ✓ Realizar caminatas diarias a paso firme durante media hora (esta es la ayuda fundamental para mantener su cuerpo en forma, combatir el sobrepeso y realizar ejercicios de oxigenación).
- ✓ Realizar actividades como natación.
- ✓ El subir escaleras en la medida de lo posible ayuda a mantener una respiración constante y ayuda a fortalecer los músculos.

Lo recomendable es realizar estos ejercicios al menos tres veces a la semana durante unos 30/40 minutos.



## ¿CÓMO LLEVAR UNA BITÁCORA?

Una bitácora es un registro continuo de datos para valorar los niveles que prevalecen en un determinado tiempo.

Los puntos que debe contener una bitácora para hipertensos son:

Fecha	Hora	Posición en la que se toma la presión (sentada/acostada)	Valor de la presión	Medicamento dosis y horario.

## DIETA

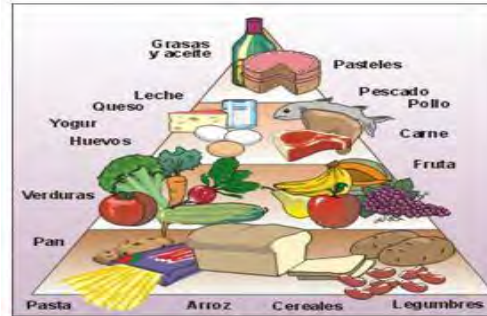
La dieta de una persona hipertensa debe ser hiposódica (baja en sal)

Los alimentos que debe consumir son:

Las frutas y vegetales no cocinados que poseen un alto contenido de potasio (naranja, plátano y brócoli) deben ser indispensables en la dieta del hipertenso al igual que los minerales como el calcio y el magnesio los cuales se encuentran en las frutas, vegetales, leguminosas, los lácteos deberán ser descremados y deslactosados.

Carne roja solo unos 200gr 3 veces a la semana y consumir más pescado.

Los alimentos que no debe consumirse son: Alimentos enlatados, café, embutidos alcohol y tabaco.



## MONITORIZACION DE LOS MEDICAMENTOS

El uso de los antihipertensivos son de suma importancia para mantener los niveles de la presión arterial en límites normales.

Los medicamentos indicados y horarios establecidos para su administración son:

**Nifedipina tabletas 30mg tomar 2 capsulas cada 12 horas**

**18- 6 horas tarde y mañana dos veces al día**

**Prazocina 2mg v.o c/8 horas 14/22/6 3 veces al día.**

Los medicamentos pueden provocar efectos secundarios como: dolor de cabeza, náuseas, mareos o aturdimiento, rubor (sensación de calor), latidos cardiacos rápidos, calambres musculares, estreñimiento o tos, depresión, nerviosismo etc. si estos persisten o aumentan debe de informarse al doctor para su cambio o ajuste de dosis.

## ¿CÓMO SE DEBE TOMAR LA PRESIÓN ARTERIAL?

- ✓ Debe ser tomada tras cinco minutos de reposo por lo menos

- ✓ La persona debe estar relajada y no tener prisa
- ✓ Tampoco debe haber comido, bebido sustancias excitantes (café, te).
- ✓ La posición del cuerpo debe ser sentado, no estirado con la espalda bien apoyada en el respaldo de la silla, las piernas deben estar tocando el suelo, no cruzadas y la mano relajada sin apretar y en posición de descanso.
- ✓ Ponga el brazo izquierdo si es diestro y viceversa a la altura del corazón, apoyándolo en una mesa o el brazo del sillón.
- ✓ Ponga el brazalete alrededor del brazo desnudo, entre el hombro y el codo.
- ✓ Coloque la campana del estetoscopio en la flexura del codo justo por debajo del brazalete del esfigmomanómetro.
- ✓ Bombee la pera con rapidez hasta que la presión alcance 30mmHg más de la máxima esperada.
- ✓ Desinfe el brazalete lentamente, haciendo que la presión disminuya 2 a 3 mmHg por segundo.
- ✓ Escuche el sonido del pulso a medida que cae la presión. Cuando el latido se hace audible, anote la presión, que es la presión máxima o sistólica siga desinflando. Cuando el latido deja de oírse, anote de nuevo la presión, que es la presión mínima o diastólica.
- ✓ Repita el proceso al menos una vez más para comprobar las lecturas.



**Anexo 5** Ejercicios para estimular la fuerza muscular y articular (desplazamiento, movilidad articular, estiramiento y ejercicios explosivos)

**1. DESPLAZAMIENTOS**



Carrera de frente.



Carrera de espaldas.



Carrera en zig-zag.



Carrera elevando rodillas.



Carrera lateral cruzando piernas.



Saltos alternando piernas.



Carrera agachándose a tocar el suelo cada 3 o 4 pasos.



Carrera abriendo y cerrando los brazos.



## 2. MOVILIDAD ARTICULAR



Rotación de rodillas.



Rotaciones de brazos  
adelante y atrás.



Rotaciones de codos.



Rotaciones de tronco.



Inclinaciones laterales  
de tronco.

### 3. ESTIRAMIENTOS



Aductores.



Zona lumbar (espalda).



Cuádriceps.



Gemelo.



Isquiotibiales.



Hombro.

## EJERCICIOS EXPLOSIVOS



Flexiones de brazos.



Abdominales.



Subir y bajar piernas alternativamente.



Saltos con rodillas al pecho.



Carreras de velocidad.



**Gemelos**



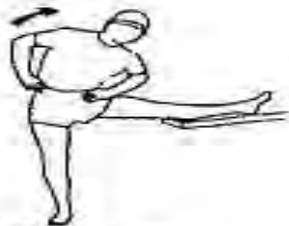
**Sóleo**



**Psoas**



**Isquiotibiales**



**Aductores**



**Aductores**



**Aductores**



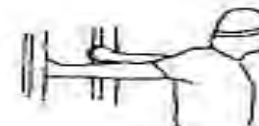
**Cuádriceps**



**Glúteos**



**Tríceps**



**Pectorales**