



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA

IGNACIO CHÁVEZ

DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

ESCUELA DE ENFERMERÍA

“PROCESO ENFERMERO APLICADO A UNA PERSONA ADULTA
CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA”

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

ARACELI VANESA GARCIA RODRIGUEZ

ASESORA: LIC. ENF. FACUNDA REYNA CAMPOS ROJAS

MEXICO D.F.

OCTUBRE 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

A mis padres Sergio y Araceli:

Con cariño y amor para mis padres por que hicieron todo en la vida desde que nací, el llevarme por buen camino; el apoyo brindado económico y emocional para lograr terminar mi carrera, por levantarme el ánimo cuando más lo necesitaba, a ti mamá te agradezco porque estuviste en todo momento, el escucharme, esperarme todas las noches de desvelos por tareas y sobre todo en mi proyecto de titulación, el estar conmigo a cada etapa de mi vida, los amo.

A mis hermanos Daniel y Viridiana:

Por apoyarme en mis decisiones y por estar conmigo en momentos difíciles en especial a mi hermana Viry, que confía en mí siempre y que me enseñó a que tropezar no es malo pero encariñarse con la misma piedra sí, que la vida es más allá de lo que uno puede creer y que no debes decir que no puedes cuando no lo has intentado, los quiero.

A mis amigos:

Que me apoyaron en momentos difíciles cuando sentía que ya no podía llegar a mi meta y siempre tuvieron las palabras perfectas para levantarme el ánimo, aconsejarme, sacarme sonrisas cuando mi cara tenía lágrimas, los quiero.

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por dejarme terminar mi carrera, por darme esta oportunidad de seguir adelante obteniendo experiencias y aprendizajes cada día, por demostrarme que no hay nada imposible y que en esta vida todo pasa por algo.

A Reyna Campos Rojas:

Le agradezco el dedicarme su tiempo para poder llegar a mí meta, por impulsarme a seguir adelante cuando buscaba otras salidas y sobre todo por asesorarme para poder obtener mi título profesional.

A mis profesores:

Gracias Guadalupe Paredes, Guadalupe Palomino, Magdalena Alva, Vanessa Watters, Magdalena Sierra, María del Rayo Pacheco, Ana María Ledesma, Ana María González por brindarme sus conocimientos, su amistad y tiempo durante la carrera.

ÍNDICE

1. Introducción	6
2. Objetivos	8
3. Marco teórico	9
3.1 Anatomía renal	9
3.2 Fisiología renal	9
3.3 Insuficiencia renal	11
4. Marco referencial	19
4.1 Proceso de atención enfermería	19
4.2 Modelo conceptual de Virginia Henderson	21
5. Metodología	24
6. Presentación del caso clínico	25
7. Aplicación del proceso de atención de enfermería	28
7.1 Valoración Exhaustiva 17 de Abril del 2014	28
7.1.1 Jerarquización del 17 de Abril del 2014	31
7.2 Valoración focalizada (1 de Mayo del 2014)	44
7.2.1 Jerarquización del 1 de Mayo del 2014	45
7.3 Valoración focalizada (6 de Mayo del 2014)	51
7.3.1 Jerarquización del 6 de Mayo del 2014	52
7.4 Valoración focalizada (8 de Mayo del 2014)	58

7.4.1 Jerarquización de 8 de Mayo del 2014	59
8. Plan de alta	61
9. Evaluación general	63
10. Conclusiones	64
11. Glosario	65
12. Referencias bibliográficas	67
13. Anexos	71

1. INTRODUCCIÓN

En décadas recientes, el mundo ha experimentado profundas transformaciones demográficas y epidemiológicas que han condicionado un enorme aumento en la prevalencia e incidencia de las enfermedades crónicas. La epidemia de enfermedades crónicas amenaza el desarrollo social y económico de la vida y la salud de millones de personas.

En la actualidad la insuficiencia renal, diabetes y la hipertensión arterial son parte del grupo de enfermedades crónicas y ha aumentado sostenidamente su prevalencia e incidencia, siendo hoy un problema de salud pública global y devastador por sus consecuencias médicas, sociales y económicas para los pacientes, familias y sistemas de salud.

En México es considerada la insuficiencia renal una situación mórbida que afecta a la población en general con una tasa de incidencia de alrededor de 10 personas por 100,000 y una prevalencia que alcanza valores de 35 a 80 personas por 100 habitantes.

La insuficiencia renal crónica es la condición en la que los riñones realizan una actividad por debajo del nivel normal durante más de tres meses y se clasifica en cinco etapas de acuerdo a la disminución de la tasa de filtración glomerular y el grado de lesión en el riñón. Es una de las enfermedades que genera mayor deterioro en el aspecto emocional, físico, funcional y psicosocial debido a que implica un deterioro lento, progresivo e irreversible.

Dentro de los principales tratamientos sustitutivos para la insuficiencia renal crónica se encuentran la diálisis Peritoneal y la hemodiálisis, estos avances terapéuticos favorecen la disminución de varios síntomas propios de la enfermedad y ayudan a mantener una mejor calidad de vida del paciente.

El presente trabajo se elaboró en el servicio de Nefrología en el área de la unidad de hemodiálisis en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Durante el servicio social se realizaron valoraciones de enfermería tanto exhaustiva como

focalizada con las 14 necesidades de Virginia Henderson, se formularon etiquetas diagnosticas de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), se diseñan planes de intervenciones de acuerdo a la necesidad alterada de la persona. Así como proponer un plan de alta con el propósito de continuar los cuidados específicos para la pronta recuperación de su independencia.

2. OBJETIVOS

Objetivo general

- ⊗ Realizar un proceso de atención de enfermería a un paciente con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez en base a la teoría de Virginia Henderson, con la finalidad de brindar cuidado integral.

Objetivos específicos

- ⊗ Detectar necesidades reales o de riesgo a través de la valoración exhaustiva y focalizada para llevar a cabo un cuidado holístico.
- ⊗ Elaborar diagnósticos de enfermería con el objetivo de establecer un plan de cuidados individualizado y específico de la persona.
- ⊗ Desarrollar y ejecutar planes de intervención de enfermería enfocados a las necesidades alteradas.
- ⊗ Evaluar la evolución de la persona para determinar si los cuidados implementados son favorables para su enfermedad.
- ⊗ Identificar riesgos que comprometan la vida de la persona e implementar un plan de alta para continuar con sus cuidados en su domicilio.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Anatomía Renal

Los riñones son dos vísceras de color pardo-rojizo, están situados en las fosas lumbares a los lados de la 12° vértebra torácica y de las dos primeras vértebras lumbares detrás del peritoneo, tienen forma de alubia, miden 11cm de alto por 6 cm de ancho y 3 cm de grosor, su peso oscila aproximadamente entre 150 y 160g, su unidad funcional es la nefrona y existen de 1.5 a 2 millones de nefronas repartidas por toda la corteza renal y en ellas se puede distinguir dos componentes principales que es el glomérulo y el sistema tubular. El glomérulo es una estructura compuesta por una unión de capilares originados a partir de la arteria aferente que forma varios lobulillos, estos capilares están sujetos entre sí por una estructura llamada capsula de Bowman donde se filtra la sangre para formar la orina. También cuenta con el túbulo proximal, asa de Henle, túbulo contorneado distal, papila renal, cálices menores y mayores que desembocan en la pelvis renal por donde salen los uréteres que son tubos estrechos de 25 a 30 cm de longitud con paredes gruesas que transportan orina a la vejiga urinaria. Es importante mencionar que la vejiga es un órgano muscular hueco, esférica, distensible, situado en la cavidad pélvica posterior hasta la sínfisis del pubis teniendo una capacidad urinaria de 700 a 800 ml, le continua la uretra que es un pequeño tubo conductor que va del orificio uretral interno en el piso de la vejiga al exterior del cuerpo teniendo una longitud de 4 cm en las mujeres y de 15 a 20 cm en hombres.^{1,2}

3.2 Fisiología

La función de los riñones es eliminar del cuerpo las sustancias de desecho que se han ingerido o se han producido en el metabolismo, además de la regulación del volumen y la composición de los líquidos corporales; filtra el plasma, depura y/o aclara las sustancias de desecho, según las necesidades del organismo. También regula el equilibrio ácido – base, secretan hormonas como la eritropoyetina y la

renina, modifican sustancias como la vitamina D, para la regulación del fósforo y el calcio.

Estos poseen una gran vascularización y reciben entre 20 y 25% del gasto cardiaco en reposo a través de las arterias renales; se considera que en el adulto el flujo sanguíneo renal es de 1200 ml por minuto.

La filtración glomerular, es la cantidad de filtrado que se forma en un minuto de ambos riñones a partir del plasma, solo contiene solutos de pequeño tamaño capaces de atravesar la membrana semipermeable que constituyen la pared de los capilares. La orina primitiva que se recoge en el espacio urinario del glomérulo y que pasa por el túbulo proximal, está constituida por agua y pequeños solutos en una concentración idéntica a la del plasma, carece de células, proteínas y otras sustancias de peso molecular elevado.

La homeostasis de los líquidos corporales requiere que los riñones mantengan una filtración glomerular relativamente constante. Cuando esa filtración a través de los túbulos renales es rápida algunas sustancias no se reabsorben y se pierden en la orina. Y si es lento el filtrado los productos de desecho no se excretan de manera adecuada.³

Reabsorción y secreción; el filtrado glomerular se transporta a través de la estructura tubular de la nefrona, es reabsorbido por los túbulos proximales, encontrándose agua, sales minerales, vitaminas, hormonas, lípidos y aminoácidos así como productos de desecho metabólico urea, ácido úrico, bilirrubina, creatinina y productos de naturaleza exógena como medicamentos. La secreción tubular es el paso de sustancias desde la sangre a la luz del túbulo a través del epitelio por medio de dos mecanismos, transporte pasivo y activo donde se encuentra difusión y osmosis siendo su principal característica utilizar energía metabólica para efectuar el paso de sustancias a través de la membrana.⁴

Excreción; el principal objetivo básico es el aclaramiento del plasma, es decir, la depuración de la sangre; el paso de la sangre por la nefrona lleva a cabo una serie de funciones como regular el volumen sanguíneo, concentración de electrolitos y

desechos, regulación del pH sanguíneo, para ese aclaramiento la nefrona debe formar la orina que contenga todas estas sustancias para su eliminación.⁵

El riñón tiene la capacidad de sintetizar diferentes sustancias con actividad hormonal como; eritropoyetina que actúa sobre células de serie roja en la médula ósea, el metabolismo de la vitamina D que actúa sobre el riñón obteniendo la reabsorción de calcio, en el sistema renina–angiotensina, en especial la angiotensina II que estimula al sistema nervioso central provocando vasoconstricción del sistema arteriolar aumentando la reabsorción de sodio en el túbulo renal al estimular la secreción de aldosterona por la glándula suprarrenal.

3.3 Insuficiencia renal

Es un trastorno parcial o completo de la función renal en donde existe incapacidad para excretar los productos metabólicos residuales y el agua, así mismo, aparece un trastorno funcional de todos los órganos y sistemas del organismo.

Insuficiencia renal aguda (IRA)

Es un síndrome clínico de inicio rápido, se presenta aproximadamente en horas o días, y se caracteriza por una pérdida rápida de la función renal, con aparición de una progresiva azoemia (acumulación de productos residuales nitrogenados) y aumento de los valores séricos de creatinina, se asocia a menudo con: oliguria, obteniendo una disminución de la diuresis hasta menos de 400ml/día; la dieta y el metabolismo proteico, por lo que cualquier alteración en estas variables se traduce en un cambio de la concentración de urea.

Insuficiencia renal crónica (IRC)

Es el deterioro progresivo e irreversible de la función renal manifestando un filtrado glomerular (FG) <60 ml/min durante un periodo \geq 3 meses teniendo como resultado de la progresión de diversas enfermedades primarias o secundarias, resultando en pérdida de función glomerular, tubular y endocrina del riñón; esto conlleva a la alteración en la excreción de los productos finales del metabolismo,

como nitrogenados, eliminación inadecuada del agua y electrolitos, así como la alteración de la secreción de hormonas como eritropoyetina, la renina, las prostaglandinas y pérdida de vitamina D.⁶

La insuficiencia renal evoluciona en cuatro Estadios, notando diferencias en los periodos iniciales y finales de la misma:

Estadio I; cuando la tasa de filtrado glomerular es superior al 50 % de la normalidad el enfermo ha perdido una parte de su reserva funcional, conserva la normalidad química y no presenta síntomas de la enfermedad.

Estadio II; comienza a elevarse la urea y creatinina en sangre, inician los primeros síntomas clínicos como poliuria y anemia.

Estadio III; suele haber manifestaciones bioquímicas relacionadas con la alteración de los residuos nitrogenados, calcio y fósforo, presenta síntomas como astenia, náuseas, vómito, prurito.

Estadio IV; la función renal es inferior a un 10% de lo normal, la sintomatología se intensifica con alteraciones digestivas, nerviosas, cardiovasculares, cutáneas. Existe una progresión al coma urémico irreversible y la muerte si no se aplican técnicas sustitutivas o trasplante.

Su etiología de la (IRC) puede ser por un proceso renal primario como glomerulonefritis, pielonefritis, hipoplasia congénita ó secundaria por un proceso general como diabetes mellitus o lupus eritematoso.⁷

Fisiopatología

En la IRC hay una reducción de la función renal debido a la destrucción de nefronas provocando una hipertrofia compensadora estructural y funcional de las nefronas sobrevivientes que intentan mantener la tasa de filtración glomerular (TFG), este proceso de la hipertrofia es mediada por moléculas vasoactivas, citocinas, y factores de crecimiento, se debe a la hiperfiltración adaptativa mediada por aumento de la presión y el flujo de capilares glomerulares que a largo plazo

inducen deterioro renal progresivo; estos mecanismos son desfavorables dado que predisponen a la esclerosis glomerular por un aumento de la carga de los glomérulos poco afectados, lo cual conduce a su destrucción final.^{8,9}

Las manifestaciones clínicas dependen del estado evolutivo, si la TFG se ha reducido al 35% – 50% de lo normal, la función residual mantiene al paciente asintomático, en fases posteriores cuando el filtrado es del 25% - 35% se produce hiperazoemia presentando las siguientes alteraciones:

Trastorno ácido-base

Cuando el filtrado glomerular es disminuido se presenta la acidosis metabólica, debido al descenso de la eliminación de ácido y la baja producción de amortiguador teniendo como consecuencia pérdida progresiva de masa renal funcionante. El hidrogenión retenido titula los buffers del líquido extra o intracelular, estimulando una mayor excreción de dióxido de carbono (CO₂), llevando a un descenso de las concentraciones de bicarbonato. Sin embargo en la IRC entra en juego la capacidad buffer del hueso, estos buffers producen una aparente estabilización de la concentración del bicarbonato en el suero y desmineralización parcial del hueso, por lo que permite un balance positivo de los hidrogeniones por un buen tiempo.

Alteración en la excreción de potasio

El organismo es capaz de mantener una concentración plasmática de potasio dentro de los límites normales hasta fases muy avanzadas de la IRC su capacidad de eliminar sobrecargas de este ion disminuye progresivamente ya que depende de la reabsorción y secreción.

Alteración fosforo, calcio y vitamina D

La retención de fosforo reduce la concentración de calcio ionizado, estimula así la liberación de la hormona paratiroidea aumentando la excreción renal de fosfato y la liberación de calcio del hueso; la hormona paratiroidea contribuye osteodistrofia renal, puede reducir la reabsorción de bicarbonato en el túbulo proximal y

contribuir a la acidosis de la uremia, a medida de que avanza la enfermedad se reduce la producción de vitamina D provocando la disminución de absorción de calcio en el intestino.

Alteración de excreción de productos de desecho nitrogenados

Se tiene como índice urea y creatinina cuando hay retención de productos de desecho, la urea es filtrada libremente y reabsorbida por difusión pasiva mientras más lento sea el flujo urinario mayor sea la reabsorción de urea; la concentración de creatinina sérica es inversamente proporcional al índice de filtrado glomerular (IFG), a concentraciones altas de creatinina las medidas de IFG pueden estar falsamente elevadas; la retención de estos desechos está asociado a cefalea, náuseas, vómitos, urohidrosis cristalina, alteración plaquetaria, neuropatía y función endocrina anormal.

Manifestaciones clínicas por órganos y sistemas:

Trastornos cardiovasculares; debido a la retención de sodio y líquidos se pueden presentar arritmias, insuficiencia cardíaca congestiva, edema agudo pulmonar y lesiones ateroscleróticas.¹⁰

Trastorno respiratorio; presentan, disnea, tos, derrames pleurales, calcificaciones pulmonares, en una radiografía de tórax se puede observar congestión alveolar en “alas de mariposa”.

Trastornos gastrointestinales; uremia, anorexia, náuseas, vómito, gingivitis, hemorragias gastrointestinales y estreñimiento debido a la acumulación de desechos residuales en el sistema gastrointestinal.

Trastornos hematológicos; el déficit de la eritropoyetina por disminución de su síntesis renal es el primer factor causante de la anemia al igual se atribuye el déficit de hierro y pérdidas hemáticas por alteración plaquetaria lo que causa sangrado, sobre todo digestivo, la disminución de la vida media eritrocitaria se debe a las toxinas urémicas.

Trastornos dermatológicos; los trastornos cutáneos asociados a la uremia son; prurito, pigmentación, equimosis, dermatitis y escarcha.

Trastornos neuromusculares; la uremia afecta al Sistema Nervioso Central (SNC) causando neuropatía periférica y se va a caracterizar con trastornos del sueño, cambios leves de conducta, pérdida de memoria, signos de irritabilidad neuromuscular y espasmos musculares. Los nervios sensoriales se ven afectados y manifiestan calambres, parestesias, adormecimiento en las extremidades torácicas y pélvicas.

Trastornos urinarios; cuando los riñones no son capaces de concentrar la orina se produce poliuria y a medida que progresa la enfermedad van apareciendo los signos de oliguria y anuria. En el caso de la vejiga neurógena provoca reflujo vesicoureteral mostrando dolores lumbares inespecíficos, proteinuria, atrofia renal unilateral, hipertensión arterial y bacteriuria asintomática.^{11, 12}

Tratamiento

Actualmente existen dos modalidades de diálisis, la peritoneal y hemodiálisis la elección de una u otra depende del estado clínico del paciente.

La diálisis peritoneal es una técnica en la cual se introduce una solución dializante compuesta por concentraciones de solutos que facilitan la remoción de agua y desechos metabólicos por medio de difusión y osmosis eliminando urea, creatinina y concentraciones altas de potasio en la cavidad peritoneal aprovechando la gran vascularización del peritoneo.

Hemodiálisis (HD)

Es un proceso por el cual se modifica la composición de solutos de la sangre cuando se expone ante otra solución dializante parecida a la del plasma a través de una membrana semipermeable, que es un lamina multiperforadora por la que atraviesan moléculas de agua de peso pequeño y moléculas grandes, extrae toxinas urémicas, corrige alteraciones hidroelectrolíticas y acido-básicas, su

función de la hemodiálisis tiene tres principios: difusión, ultrafiltración y convección.

El acceso vascular es el punto anatómico por el cual se accederá al torrente sanguíneo del paciente con insuficiencia renal, por donde se extraerá y se retornara el flujo sanguíneo una vez que haya pasado por el circuito extracorpóreo de depuración extrarrenal.

Existen tres tipos de accesos vasculares:

- 1) Fistula arteriovenosa autóloga (FAV): La conexión de una arteria con una vena a través de una anastomosis.
- 2) Acceso vascular protésico: Consiste en la colocación de un fragmento de politetrafluoretileno entre una arteria y una vena.
- 3) Catéter venoso central: Se coloca en una vena de gran calibre (yugular interna, femoral o subclavia).¹³

Las principales complicaciones de la FAV son; disfunción de la fistula, trombosis, infección, síndrome de robo, hemorragia en lugares de punción, aneurismas y pseudoaneurismas e insuficiencia cardiaca por alto gasto.

Complicaciones asociadas a hemodiálisis

La hemodiálisis es un procedimiento terapéutico, somete al paciente a una circulación extracorpórea durante la cual la sangre se pone en contacto con materiales sintéticos y soluciones de diversa composición, que puede afectar el equilibrio del paciente. Esto hace que se acompañe, a veces, de complicaciones importantes, potencialmente graves que pueden originar incluso la muerte.

Hipotensión arterial; se debe a la disminución del volumen sanguíneo ya que refleja la extracción de una cantidad de líquido del plasma durante la diálisis a una velocidad mayor que la reposición del volumen plasmático a partir del líquido intersticial.

Calambres: es una contracción dolorosa, espontánea y prolongada de uno o varios músculos suelen aparecer sobre todo en los miembros inferiores, piernas, pies y en las manos, su causa es desconocida aunque tiene factores predisponentes como la hipocalcemia, alcalosis metabólica, uso de concentraciones bajas en sodio o calcio.

Nausea y vómito; es de etiología multifactorial, como periodos de hipotensión y mala alimentación, aparecen sobre todo en aquellas situaciones que conllevan disminución del volumen plasmático extracelular.

Cefalea; es un síntoma causado por elevado flujo sanguíneo, horas de diálisis, ultrafiltración excesiva, alteraciones en la concentración de sodio, temperatura del líquido dializante y la aparición del síndrome de desequilibrio dialítico.

Síndrome de desequilibrio; su etiología es por un aumento intenso del contenido de agua en el cerebro, cuando el valor de solutos en plasma disminuye rápidamente durante la diálisis, el plasma se vuelve hipotónico respecto a las células cerebrales y el agua se desplaza desde el plasma al interior de los tejidos cerebrales, presenta síntomas neurológicos y sistémicos, sus principales manifestaciones son cefalea, intranquilidad, náuseas, visión borrosa, espasmos musculares, angustia y puede llegar a la desorientación, temblor, convulsiones, obnubilaciones y coma.

Hemorragias/coagulación; la dosis de anticoagulación a emplear en la hemodiálisis debe ser individualizada, debemos utilizar la mínima cantidad de anticoagulante, generalmente la heparina es capaz de mantener el sistema y el dializador libre de restos hemáticos a lo largo de la sesión con el menor riesgo de hemorragia.

Hemólisis; es la destrucción de hematíes durante la hemodiálisis puede ser en dos situaciones: una obstrucción o estrechamiento de la línea sanguínea, del catéter o la aguja y un problema con la solución de diálisis, clínicamente presenta dolor torácico, dolor de espalda, opresión retroesternal y disnea.

Embolismo aéreo; es la entrada de aire que se produce en la parte del circuito con presión negativa, la complicación que se presenta es un accidente cerebrovascular y convulsiones, así como disnea, tos, dolor torácico y falla cardíaca.

Fiebre; la aparición repentina de fiebre durante la hemodiálisis suele ser por un proceso infeccioso del acceso vascular el cual se va a manifestar con escalofríos, piloerección y fatiga.^{14, 15, 16}

4. MARCO REFERENCIAL

Definición de enfermería: La función singular de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo; en la realización de las actividades que contribuyan a la conservación de su salud o a la recuperación (o muerte pacífica) y que la persona llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o el conocimiento necesario de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible.¹⁷

4.1 Proceso de atención de enfermería (PAE)

Es un método sistemático y organizado para brindar cuidados de enfermería eficaces y eficientes, individualizados de acuerdo con el enfoque de que cada persona o grupo de personas, orientados al logro de los objetivos para responder de forma distinta ante una alteración real o potencial de salud.

Valoración: Es el paso inicial del proceso de atención de enfermería y consiste en recolección de datos de manera directa o indirecta, dicha información se puede recabar de forma subjetiva y objetiva. Los métodos que se usan son interrogación, observación y el examen físico. Existen tres tipos de valoración de acuerdo a la condición clínica de la persona:

Valoración inicial; es la base del plan de cuidados, (se realiza en la primera consulta o primer contacto con la persona). Permite recabar datos generales sobre problemas de salud.

Valoración focalizada; enfermería centra su valoración en conocer aspectos específicos del problema o situación detectada.

Valoración de urgencia; aquí enfermería se enfoca en el problema principal, las intervenciones son rápidas para evitar que se comprometa la vida de la persona.

Diagnóstico: Es la segunda etapa del proceso atención enfermería comprende procesamiento de datos. Es un juicio crítico sobre respuestas del individuo, familia y comunidad a problemas de salud

La estructura del diagnóstico de enfermería la componen tres partes:

P = Problema: se identifica durante la valoración y en la fase del procesamiento y análisis de los datos

E = Etiología: son los factores ambientales, socioeconómicos, fisiológicos, emocionales o espirituales, que se creen que están contribuyendo al problema ya sea como factores de riesgo o por que han contribuido para producir el problema.

S = Signos y síntomas que lo caracterizan.

Los diagnósticos pueden ser:

- Real; se basa en la presencia de signos y síntomas.
- Riesgo; señala la presencia de factores que pueden desencadenar respuestas no deseadas, que en el momento presente no se han presentado.
- De salud; la enfermera realiza juicios clínicos ante situaciones o estados de funcionamiento eficaz pero con interés en mejorarla.

Planeación: Es la tercera etapa, desarrolla estrategias para reforzar las respuestas de la persona sana o para evitar, reducir o corregir las respuestas de la persona enferma, identificadas en el diagnóstico de enfermería; es donde se establece el plan de acción y requiere identificación de prioridades.

Ejecución: Es la aplicación real del plan de atención de enfermería, este contribuye a un cuidado integral y progresivo ya que el plan considera los aspectos biopsicosociales del paciente.

Evaluación: Es la última etapa del proceso de enfermería, es la determinación de la respuesta de las personas ante las intervenciones del profesional de enfermería y del grado de cumplimiento de los objetivos.¹⁸

4.2 Modelo de Virginia Henderson

Virginia Henderson, se ubica como una teoría basada en las necesidades humanas para la vida y la salud como un núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como realización de sus acciones que la persona no pueda realizar en un determinado momento de su ciclo de vida, fomentando su independencia parcial o total. Por lo tanto la función singular de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo en la realización de las actividades que contribuyan a la conservación de su salud o a la recuperación y que el paciente llevaría a cabo sin ayuda, si tuviera la fuerza, voluntad o el conocimiento necesario. De tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápido posible.

Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento para ello. Las actividades que realizan las enfermeras para cubrir estas necesidades del paciente son denominadas como cuidados básicos de enfermería que se aplican a través de un plan de cuidados elaborado de acuerdo a la alteración de sus necesidades.

Virginia Henderson ubica los cuidados básicos en catorce necesidades básicas de la persona basada en el modelo de Abraham Maslow, donde puede intervenir el profesional de enfermería:

Catorce necesidades humanas.

1. Necesidad de oxigenación.
2. Necesidad de nutrición e hidratación.
3. Necesidad de eliminación.
4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
5. Necesidad de descanso y sueño.
6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.
7. Necesidad de termorregulación.

8. Necesidad de higiene y protección de la piel.
9. Necesidad de evitar peligros.
10. Necesidad de comunicarse.
11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
12. Necesidad de trabajar y realizarse.
13. Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.
14. Necesidad de aprendizaje.

El metaparadigma comprende cuatro elementos:

Enfermería; su principal función es ayudar al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, recuperación o a la muerte de tal manera que lo ayude a ganar independencia.

Salud; es un estado de bienestar y equilibrio biopsicosociales que permite que la persona mantenga una calidad de vida adecuada.

Entorno; es el conjunto de condiciones externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.

Persona; es un ser biológico, psicológico y social que entiende hacia la independencia en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales.

Causas de dificultad; Son obstáculos o limitaciones personales o del entorno que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades:

- Falta de fuerza; capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación.
- Falta de conocimiento; cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad.
- Falta de voluntad; 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.

Concepto de independencia: Es la capacidad del individuo para poder satisfacer sus necesidades básicas de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Concepto de dependencia: Es causado por una falta de fuerza, conocimiento y voluntad que como consecuencia la persona no puede satisfacer sus necesidades básicas.¹⁹ (Anexo 1)

Relación Enfermera – persona:

Enfermera como sustituta; compensa lo que le falta a la persona cuando se encuentra en un estado grave o crítico; cubre sus carencias y realiza las funciones que no puede hacer por sí mismo.

Enfermera como ayudante; establece las intervenciones durante su convalecencia, ayuda al paciente para que recupere su independencia.

Enfermera como acompañante; fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud, supervisando y educando en el autocuidado.

5. METODOLOGÍA

El presente caso clínico se desarrolló en el servicio de Nefrología (Unidad de Hemodiálisis) durante la realización del servicio social en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (INCICH); se seleccionó a un paciente de 24 años de edad, con diagnóstico médico de insuficiencia renal crónica teniendo como tratamiento sustitutivo Hemodiálisis.

El diseño del estudio es de tipo prospectivo, longitudinal y observacional. El tiempo que se valoró al paciente fue del 17 abril, 1º, 6 y 8 de mayo del año 2014. La fuente de información fue a través de entrevista directa e indirecta a través del expediente clínico y la revisión bibliográfica que sustentó el marco teórico del proceso.

Para llevar a cabo este caso clínico se obtuvo la autorización verbal y por escrito del paciente, de acuerdo a la Ley General de Salud en materia de investigación. (Anexo 2)

Para la realización del proceso de enfermería se utilizó el instrumento de valoración de enfermería del INCICH, el cual se basa en el modelo de Virginia Henderson (Anexo 3). Se realiza valoración exhaustiva y focalizada donde se recaban datos objetivos y subjetivos para priorizar las necesidades alteradas. Se elaboran diagnósticos de enfermería para establecer intervenciones y así poder evaluarlas.

Finalmente se elabora un plan de alta dirigido a la persona con el objetivo de que logre mayor independencia y por lo tanto mejorar su calidad de vida.

6. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Nombre: José I. C.V

Edad: 24 años

Registro: 306211

José nació el 21 de Septiembre de 1989 es originario del D.F, estado civil soltero, con escolaridad de secundaria terminada y sin ninguna ocupación; su peso actual es de 38,400 kg y talla de 1.50cm. En la infancia refiere infecciones de tracto respiratorio, alergias negadas, a los 9 años le cayó una barda, éste evento le causo fractura de columna dorsal baja T11 y T12, motivo por el cual fue intervenido quirúrgicamente con la colocación de barras metálicas y en una segunda intervención para el retiro de las mismas, se ha transfundido con paquetes globulares sin presentar alguna complicación, grupo sanguíneo es O+. José refiere que su abuela materna falleció de Cáncer Cervicouterino y su abuela paterna de complicaciones de Diabetes Mellitus tipo 2, de sus abuelos no conoce las causas. Tiene a sus padres vivos, su mamá de 43 años, escolaridad secundaria terminada, ocupación trabajadora doméstica, estado civil casada, tabaquismo negado, alcoholismo ocasional y su padre de 45 años, escolaridad secundaria terminada, alcoholismo positivo desde hace 15 años, trabaja en mantenimiento de aluminio; no vive con ellos desde hace 4 años por problemas familiares. José y su mamá rentan una vivienda cerca del hospital para continuar su tratamiento, tiene un hermano vivo de 22 años casado que radica en Zumpango con 2 hijos, aparentemente todos sanos. Actualmente habita en un departamento con su madre que cuenta con 2 camas, 1 baño, una cocina chica y regadera; come de 2 a 3 veces al día, su alimentación contiene frutas, verduras, carne, lácteos y leguminosas. Se baña cada 2 días con cambio de ropa, niega tabaquismo y alcoholismo. Su padecimiento inicio en el mes de Abril del año 2008 con epistaxis en la mañana, la primera vez tuvo una duración de 15 minutos posteriormente se controla haciendo presión en la nariz y coloca agua fría en la cara, este cuadro se presenta todos los días por 2 semanas. El médico lo valora y prescribe medicamento no especificado, el cual tiene éxito parcial por 7 días. En septiembre del 2008 presenta hematuria macroscópica, dolor precordial y sensación de falta de aire, inicia con anorexia y mareos; fue valorado en el

Hospital General de Naucalpan estando 10 días en hospitalización, donde no recuerda que le hicieron.

Es referido al Hospital Juárez de México donde le realizan una biopsia medular, detectan leucemia mieloide crónica (LMC) e insuficiencia renal (IR), se le envía al Hospital Ángeles del Pedregal para que a través de la fundación altruista le proporcionen medicamento para iniciar tratamiento de leucemia con imatinib 3 tabletas c/24 hrs, es referido a INCICH para estudio de IR por encontrar valores de laboratorio de hemoglobina (Hb) 10 mg/dl, hematocrito (Hto) 28% leucocitos $14.7 \times 10^3/\mu\text{l}$, plaquetas $444 \times 10^3/\mu\text{l}$, creatinina 8.36 mg/dl, nitrógeno ureico en sangre (BUN) 82.5 mg/dl.(Anexo 4)

El 23 de septiembre del 2008 ingresa al INCICH para establecer origen de la insuficiencia renal crónica, se encuentra consciente y orientado con mucosas orales semihidratadas, en la espalda presenta múltiples cicatrices desde T4 hasta L4, abdomen blando depresible, en sus miembros inferiores tiene una alteración de la sensibilidad con hiperreflexia, clonus, babinski e hipotrofos. A su ingreso se le realizaron estudios de laboratorio obteniéndose los siguientes resultados Hb 9.1 g/dl, Hto 27.2%, leucocitos $19.9 \times 10^3/\mu\text{l}$, plaquetas de $611 \times 10^3/\mu\text{l}$, creatinina 10.4 mg/dl, BUN 98 mg/dl y potasio de 5 mmol/L. (Anexo 5) También se realizó un ultrasonido renal reportando pérdida de la relación cortico-medular, se le toma un electrocardiograma donde muestra ritmo sinusal con frecuencia de 92 latidos por minuto. El día 6 de octubre le realizan una tomografía axial computarizada (TAC) convencional de abdomen y pelvis mostrando reflujo vesico-ureteral secundaria a lesión medular con esplenomegalia y deciden iniciar tratamiento sustitutivo con hemodiálisis a través de un catéter Niágara en yugular derecha. Egresas del instituto el día 9 de octubre del 2008 teniendo 2 sesiones de hemodiálisis por semana en el INCICH con tratamiento de ácido fólico 5 mg c/24. En febrero del 2009 se le realiza una fistula arteriovenosa en miembro superior derecho la cual en septiembre inicia con disfunción de flujos y deciden realizar otra fistula en el mismo miembro el 19 de noviembre obteniendo mejores resultados. Sus

diagnósticos de base son leucemia mieloide crónica, Insuficiencia renal crónica secundaria reflujo vesico-ureteral y paraplejia espástica.

Actualmente José acude dos días a la semana para sesiones de hemodiafiltración con un peso seco de 38.4 kg teniendo una duración por sesión de 4:30 Hrs, con impregnación de heparina 2000 UI y 1000 UI de mantenimiento obteniendo una ganancia interdialítica de 1200-2800 ml y durante las sesiones hace ejercicio con las pesas, su medicación actual es; imatinib 3 tabletas c/24 hrs, calcitriol 0.25 mg una tableta c/8 hrs y ácido fólico 5 mg 1 tableta diaria. Acude a sus consultas para protocolo de trasplante cadavérico iniciando el proceso al corroborar remisión de Leucemia Mieloide Crónica por parte de hematología, solicitando interconsultas y estudios de extensión para definir ingreso a lista.

7. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

7.1 Valoración exhaustiva 17 de Abril del 2014 (Anexo 6)

Necesidad de oxigenación: Se observa con ligera palidez de tegumentos, frecuencia respiratoria 22 rpm, campos pulmonares con buena ventilación, saturación de oxígeno (SaO₂) 95%, ruidos cardiacos rítmicos, frecuencia cardiaca con tendencia a taquicardia de 100 lpm, con presión arterial de 155/82 mmHg tensión arterial media (TAM) de 93 mmHg, pulsos carotideo, braquial, y radial de buena intensidad, presenta buen thrill en fistula arteriovenosa, llenado capilar de 3 seg. en miembros superiores e inferiores. Laboratorios BUN 46.83 mg/dl, creatinina 5.46 mg/dl, calcio 8.94 mg/dl, fosforo 4.57 mg/dl, Hb 7.2 g/dl, Hto 20.9%, plaquetas 149 10³/μl y leucocitos 3.8 10³/μl. (Anexo7)

Necesidad de alimentación e hidratación: Mucosas orales semihidratadas, refiere tener buen apetito y mucha sed, en su dieta habitual consume carne 3 veces a la semana, verduras una vez, frutas diario, harinas, leguminosas, lácteos y hojas verdes. La consistencia de su alimentación es normal, toma café, agua y refresco un vaso. Su estado de la cavidad oral se encuentra sin caries y no presenta problemas para la deglución, con un peso de 40 kg y su peso seco es de 38.200 kg, teniendo una diferencia de 1.800 kg, talla 1.50 cm, con diámetro abdominal de 62cm e IMC de 13.3.

Necesidad de eliminación: Orina 1 vez cada 2 o 3 días y sus micciones son en poca cantidad, color amarillo y concentrado a través de sonda vesical, patrón intestinal 1 vez al día, café normal, abdomen blando depreciable, peristaltismo disminuido, su madre lo acompañan al sanitario. En su sesión de hemodiálisis se ultrafiltran 2000ml y queda en su peso seco.

Necesidad de termorregulación: Presenta hipotermia de 35.8°C en la sesión de HDF sin diaforesis.

Necesidad de higiene: Se observa palidez de tegumentos, piel integra sin úlceras por presión de acuerdo a la escala Norton de 12, requiere de asistencia durante el baño. (Anexo 8)

Necesidad de movilidad: Presenta paraplejia, necesita ayuda para pasarse de la cama a la silla de ruedas o al sillón, presenta movimientos involuntarios en miembros inferiores, con sensibilidad ausente.

Necesidad de seguridad: Se encuentra alerta, tiene riesgo de caída alto es colaborador a su tratamiento y tiene factores de riesgo como hipertensión arterial y portador de FAV. (Anexo 9),

Necesidad de reposo y sueño: Duerme bien en su hogar, no requiere de medicamentos para conciliar el sueño, solo se altera cuando lleva más de dos días sin hemodiálisis manifiesta que tiene la sensación de calor, sudoración en cara y cuello situación por la cual se origina angustia y sus horas de sueño son entre 8 y 9 horas.

Necesidad de comunicación: Su comunicación es clara, él está consciente sobre su enfermedad al igual que su tratamiento, expresa sus emociones y sentimientos. Manifiesta que la enfermedad le afecta a su familia en cuestión de la economía, tiempo y transporte.

Necesidad de vivir según sus creencias: Profesa la religión católica y sus creencias le ayudan en su enfermedad

Necesidad de aprendizaje: Conoce su padecimiento y se interesa por su tratamiento.

Necesidad de trabajar y autorrealizarse: Manifiesta que por la paraplejia no trabaja, pero le ayuda a su madre en las cuestiones del hogar mientras que ella trabaja.

Necesidad de elegir ropas adecuadas Es parcialmente dependiente ya que se cambia sólo, el comenta que solo su madre le ayuda a pasarse de la silla a la cama, baño, su cambio de ropa es cada tercer día, le gusta usar camisas y pantalones no apretados.

Necesidad de realizar actividades recreativas, sexualidad y reproducción: Le gusta resolver sopas de letras y ser muy sociable.

7.1.1 Jerarquización de necesidades y problemas (17 /Abril/14)

Necesidad alterada	Grado de dependencia	Causa de la dificultad	Nivel de dependencia
Oxigenación	Parcial	Falta de conocimientos	1
Alimentación e hidratación	Total	Falta de fuerza	3
Eliminación	Total	Falta de fuerza	3
Termorregulación	Parcial	Falta de fuerza	2
Movilidad	Parcial	Falta de fuerza	2
Higiene	Parcial	Falta de conocimientos	2
Seguridad	Parcial	Falta de fuerza	2

Tipo de Valoración: Exhaustiva	Fecha: 17/Abril/2014	Hora: 7:00 -13:00	Servicio: Nefrología “Unidad de hemodiálisis”
Necesidad Alterada: Oxigenación	Causa de dificultad: Falta de conocimientos	Grado de dependencia: Parcial, nivel 1	
Datos Objetivos: T/A 155/82 mmHg con TAM 93 mmHg, llenado capilar 3 seg, Fc 100 lpm. SaO2 95%	Datos Subjetivos:	Datos Complementarios: Presenta Thrill en su fistula arterio-venosa	
Dx. enfermería: Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz r/c fistula arteriovenosa derecha .(código 00204)			
Objetivo de la persona: Comprender la funcionalidad y el cuidado de la fistula para su tratamiento.			
Objetivo de la enfermera: Informar sobre el funcionamiento y el cuidado de la fistula arterio-venosa			
Plan de Intervenciones			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enf. Persona	Enf. Equipo Salud	
Medir y registrar los signos vitales. ³	Suplencia	Independiente	La tensión arterial se modifica al final de la ultrafiltración, la cual es de 140/78mmHg
Verificar presencia de pulsos, color y temperatura de la extremidad derecha donde tiene la FAV. ³	Suplencia	Independiente	Existe la presencia de pulsos cubital, radial y thrill en extremidad derecha con una coloración y temperatura

<p>Evaluar el llenado capilar antes, durante y después de la sesión HDF.²²</p>	<p>Orientación</p>	<p>Independiente</p>	<p>adecuada. Al final de la sesión conserva un llenado capilar de 2 seg.</p>
<p>Orientar sobre el cuidado específico de la fístula arteriovenosa.²²</p>	<p>Orientación</p>	<p>Independiente</p>	<p>La persona conoce los cuidados que debe tener sobre su fístula.</p>

Tipo de Valoración: Exhaustiva	Fecha: 17/Abril/2014	Hora: 7:00 – 13:00	Servicio: Nefrología “Unidad de hemodiálisis”
Necesidad alterada: Alimentación e hidratación		Causa de dificultad: Falta de fuerza	Grado de dependencia: Total, nivel 3
Datos Objetivos: T/A 155/82 mmHg con TAM 93 mmHg, Fc 100 lpm. Peso seco 38.200 kg, peso real 40 kg. IMC 13.3, peso diferencial al seco: 1800 kg		Datos Subjetivos: Refiere tener mucha sed Micciones de poca cantidad, 1 vez cada 2 o 3 días.	Datos Complementarios:
Dx. enfermería: Exceso de volumen de líquidos r/c el aumento de líquido extracelular m/p aumento del peso seco 38.200 kg a peso actual de 40 kg teniendo una diferencia de 1800 kg. (código 00026)			
Objetivo de la persona: Conservar el equilibrio de líquidos por medio de su tratamiento sustitutivo.			
Objetivo de la enfermera: Colaborar en la disminución del volumen de líquido extracelular a través del tratamiento de hemodiafiltración.			
Plan de Intervenciones			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enf. Persona	Enf. Equipo Salud	
Iniciar sesión de hemodiafiltración, con ultrafiltración de 1800 ml. ¹⁵	Suplencia	Interdependiente	Termina su sesión sin ninguna complicación y queda en su peso seco de 38.200 kg.

Realizar hemodiafiltración con flujos efectivos arriba de 350 ml/min ¹⁵	Suplencia	Independiente	Durante la sesión mantiene flujos efectivos de 380 a 395 ml/min.
Tomar y registrar signos vitales antes, durante y después de la sesión HDF. ²¹	Suplencia	Independiente	Se mantiene con parámetros estables finalizando con una TA de 140/78 mmHg, Fc. 80 lpm, Fr. 20 rpm.
Conocer el peso antes y después de su terapia sustitutiva. ²⁵	Ayuda	Independiente	La persona ingresa con un peso de 40 kg y egresa de la sesión con peso de 38.200 kg
Vigilar saturación de oxígeno ²⁵	Suplencia	Independiente	Mantiene una saturación de 95%.
Explicar la importancia de llevar un control de líquidos en la dieta. ²⁵	Orientación	Independiente	José comprende la importancia de consumir el líquido indicado en su dieta durante las 24 horas.

Tipo de Valoración: Exhaustiva	Fecha: 17/Abril/2014	Hora: 7:00- 13:00	Servicio: Nefrología "Unidad de hemodiálisis"
Necesidad Alterada: Eliminación	Causa de dificultad: Falta de fuerza		Grado de dependencia: Total, Nivel 3
Datos Objetivos : Peso seco 38.200 kg, peso real 40 kg. IMC 13.3, peso diferencial al seco: 1800 kg.	Datos Subjetivos: Micciones de poca cantidad de color amarillo y concentrado, frecuencia: 1 vez cada dos o 3 días, a través de sondeo vesical.		Datos Complementarios: BUN 46.83 mg/dl, creatinina 5.46 mg/dl, calcio 8.94 mg/dl, fosforo 4.57 mg/dl
Dx. enfermería: Deterioro de la eliminación urinaria r/c infecciones recurrentes m/p micciones de poca cantidad a través de sondeo vesical concentrado (código 00016)			
Objetivo de la persona: Comprender la importancia de una buena técnica de sondeo vesical para evitar infecciones del tracto urinario.			
Objetivo de la enfermera: Reafirmar la técnica de instalación de sonda vesical para obtener y medir la orina residual			
Plan de Intervenciones			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enf. Persona	Enf. Equipo Salud	
Comprobar la técnica de cateterización vesical para la extracción de orina residual. ²¹	Orientación	Independiente	La persona explica verbalmente la técnica la cual es empleada desde hace algunos años, sin ningún problema.

<p>Orientar sobre los signos y síntomas de infección del tracto urinario.²¹</p>	<p>Orientación</p>	<p>Interdependiente</p>	<p>Identifica los síntomas de una infección de vías urinarias</p>
<p>Vigilar la presencia del signo de Godet.²⁵</p>	<p>Suplencia</p>	<p>Independiente</p>	<p>No presenta edema en ninguna extremidad.</p>
<p>Reafirmar el control de ingesta de líquidos.²⁵</p>	<p>Orientación</p>	<p>Independiente</p>	<p>Refiere tener conocimiento sobre el control de líquidos y tratara de ingerir menos.</p>
<p>Explicar que debe consumir una dieta hiposódica para disminuir la retención de líquidos.²⁵</p>	<p>Orientación</p>	<p>Interdependiente</p>	<p>La persona comprende la importancia de disminuir la ingesta de sodio en su dieta.</p>

Tipo de Valoración: Exhaustiva	Fecha: 17/Abril/2014	Hora: 7:30 – 11.00	Servicio: Nefrología “ Unidad de hemodiálisis”
Necesidad Alterada: Termorregulación	Causa de dificultad: Falta de fuerza		Grado de dependencia: Parcial, Nivel 2
Datos Objetivos: Temperatura 35.8°C, frialdad en miembro superior derecho en sesión de HDF	Datos Subjetivos: Manifiesta tener frio		Datos Complementarios:
Dx. enfermería: Hipotermia r/c el uso del módulo de temperatura sanguínea de la maquina HDF m/p temperatura corporal de 35.8° C y frialdad del miembro superior derecho. (código 0006)			
Objetivo de la persona: Conservar una temperatura corporal adecuada durante el procedimiento.			
Objetivo de la enfermera: Mantener una temperatura adecuada durante la sesión de HDF.			
Plan de Intervenciones			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enf. Persona	Enf. Equipo Salud	
Registrar temperatura del paciente antes y después de su sesión de HDF. ²¹	Suplencia	Independiente	Finaliza su sesión de HDF con una temperatura de 36.2 °C
Colocar sabanas y/o cobertor. ²²	Suplencia	Independiente	Se mantiene con temperatura corporal adecuada de 36°C.
Realizar pesas durante la sesión de HDF. ²⁶	Ayuda	Independiente	Se logra producir mayor calor corporal.

Tipo de Valoración: Exhaustiva	Fecha: 17/Abril/2014	Hora: 7:00 – 13:00	Servicio: Nefrología “Unidad de hemodiálisis”
Necesidad alterada: Movilidad	Causa de dificultad: Falta de fuerza		Grado de dependencia: Parcial, Nivel 2
Datos Objetivos: Paraplejia, movimientos involuntarios y sensibilidad ausente en miembros inferiores.	Datos Subjetivos: Requiere de apoyo para pasar de la silla al sillón o viceversa		Datos Complementarios:
Dx. enfermería: Deterioro de la movilidad física r/c alteración sensorio-perceptivo m/p flacidez, sensibilidad ausente y movimientos involuntarios en miembros inferiores. (00085)			
Objetivo de la persona: Aprender a trasladarse de un lugar a otro siendo más independiente.			
Objetivo de la enfermera: Enseñar a moverse para tener mayor independencia.			
Plan de Intervenciones			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enf. Persona	Enf. Equipo Salud	
Observar y corregir la técnica de movimientos para trasladarse. ²¹	Orientación	Independiente	La persona tiene mucha fuerza en sus miembros superiores y esa fuerza le ayuda a moverse, sintiéndose más independiente.
Motivar el continuo ejercitamiento muscular de extremidades pélvicas por 30 minutos diarios con ayuda de su cuidador primario . ²⁶	Orientación	Independiente	Logra mantener una circulación sanguínea adecuada.

Tipo de Valoración: Exhaustiva	Fecha: 17/Abril/2014	Hora: 7:00 – 13:00	Servicio: Nefrología “ Unidad de hemodiálisis”
Necesidad alterada: Higiene y protección de piel	Causa de dificultad: Falta de conocimientos	Grado de dependencia: Parcial, Nivel 2	
Datos Objetivos: Paraplejia , peso seco 38.200 kg, IMC 13.3	Datos Subjetivos: El refiere no tener úlceras	Datos Complementarios:	
Dx. enfermería: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c a la alteración del estado metabólico por un IMC 13.3, falta de movilidad (código 00047)			
Objetivo de la persona: Mantener integra la piel			
Objetivo de la enfermera: Evitar una lesión cutánea.			
Plan de Intervenciones			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enf. Persona	Enf. Equipo Salud	
Realizar valoración de Norton. ²¹	Suplencia	Independiente	Tiene una valoración de Norton de 12 puntos.
Verificar zonas de enrojecimiento o pérdida de la integridad cutánea. ²⁴	Suplencia	Independiente	No presenta datos de enrojecimiento en prominencias óseas y presenta integridad del tejido tegumentario.

<p>Explicar a la persona por medio de un tríptico la razón por la cual debe de hacer cambios posturales mientras este en la silla de ruedas, sillón y/o en la cama.²⁷</p>	<p>Orientación</p>	<p>Independiente</p>	<p>Colabora con los cambios de posición y los realiza en casa.</p>
<p>Explicar el por qué estimular la circulación de la piel que cubren las prominencias óseas.²⁷</p>	<p>Orientación</p>	<p>Independiente</p>	<p>La persona realiza masaje y lubricación en las prominencias óseas sin presentar úlceras por presión.</p>
<p>Promover una adecuada alimentación a través de pláticas.²⁷</p>	<p>Orientación</p>	<p>Interdependiente</p>	<p>La persona trata de modificar sus hábitos alimenticios.</p>

Tipo de Valoración: Exhaustiva	Fecha: 17/Abril/2014	Hora: 7:00 – 13:00	Servicio: Nefrología “ Unidad de hemodiálisis”
Necesidad alterada: Seguridad	Causa de dificultad: Falta de fuerza		Grado de dependencia: Parcial, Nivel 2
Datos Objetivos: Paraplejia	Datos Subjetivos: Uso de silla de ruedas		Datos Complementarios: Pide ayuda para pasarse del sillón a su silla de ruedas
Dx. enfermería: Riesgo de caídas r/c disminución de la fuerza de las extremidades inferiores (código 00155)			
Objetivo de la persona: Lograr tener un entorno seguro para evitar caídas.			
Objetivo de la enfermera: Favorecer un ambiente de seguridad durante la sesión de HDF y en su casa.			
Plan de Intervenciones			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enf. Persona	Enf. Equipo Salud	
Ayudarle a pasar de la silla de ruedas al sillón y viceversa . ²¹	Ayuda	Independiente	Se pasa al sillón sin ningún problema, terminando satisfactoriamente su sesión de HDF.
Toma y registro de signos vitales. ²¹	Suplencia	Independiente	Se mantiene con signos vitales estables TA 140/78 mmHg, FC de 80 lpm, Fr de 20 rpm, saturando al 95%.

Colocar la tarjeta de identificación de riesgo. ²⁷	Suplencia	Independiente	Se le coloco su tarjeta color rojo que significa alto riesgo.
---	-----------	---------------	---

7.2 Valoración focalizada 1º de Mayo del 2014 (Anexo 10)

La persona se presenta a su sesión de hemodiafiltración.

Necesidad de oxigenación: Presenta palidez de tegumentos, frecuencia respiratoria 24 rpm, campos pulmonares con buena ventilación, ruidos cardiacos rítmicos, ingresa a la unidad con una presión arterial de 165/84 mmHg con una frecuencia cardiaca de 90 lpm, llenado capilar de 3 seg. Al iniciar la hemodiafiltración su presión arterial es 155/60 mmHg con frecuencia cardiaca de 77 lpm.

Necesidad de alimentación e hidratación: Mucosas orales semihidratadas, refiere tener mucha sed, ingresa a la sesión con un peso de 40.100 kg, teniendo una diferencia de peso seco de 1900 kg, IMC 13.3, con 5 días sin dializarse, presenta calambre en abdomen al finalizar la sesión de hemodiálisis.

Necesidad de eliminación: Presenta oliguria, lo acompañan al sanitario, en su sesión de HD se ultrafiltra 2100 con el cebado de la máquina.

Necesidad de termorregulación: Ingresa a la unidad con temperatura de 36.4°C y durante la sesión de HDF 35.9 °C.

Necesidad de higiene: Se observa palidez de tegumentos, piel integra sin úlceras por presión de acuerdo a la escala Norton de 12.

Necesidad de seguridad: Se encuentra alerta, tiene riesgo de caída alto, es colaborador a su tratamiento y tiene factores de riesgo como hipertensión arterial y portador de FAV.

7.2.1 Jerarquización de necesidades y problemas (1° /Mayo/14)

Necesidad alterada	Grado de dependencia	Causa de la dificultad	Nivel de dependencia
Oxigenación	Total	Falta de fuerza	3
Seguridad	Parcial	Falta de conocimientos	1

Tipo de Valoración: Focalizada	Fecha: 1° /Mayo/2014	Hora: 7:00 – 13:00	Servicio: Nefrología “ Unidad de hemodiálisis”
Necesidad alterada: Oxigenación	Causa de dificultad: Falta de fuerza	Grado de dependencia: Total, Nivel 3	
Datos Objetivos: Peso real 40.100 kg, diferencia de peso seco: 1900 kg IMC: 13.3, TA 165/84 mmHg, FC 90 lpm, FR 24 rpm.	Datos Subjetivos: Expresa cansancio, tener mucha sed	Datos Complementarios: Tiene 5 días sin dializarse	
Dx. enfermería: Fatiga r/c acumulación de productos de desechos nitrogenados (urea) m/p falta de energía , expresa cansancio (00093)			
Objetivo de la persona: Mejorar su estado de salud.			
Objetivo de la enfermera: Disminuir la acumulación de azoados.			
Plan de Intervenciones			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enf. Persona	Enf. Equipo Salud	
Toma y registra signos vitales. ³	Suplencia	Independiente	A las 3:30 hrs de haber iniciado su sesión de HDF presenta taquicardia de 116 lpm, T/A 112/63, TAM 79 mmHg, llenado capilar de 3 seg, refiere sentirse mareado, con palpitaciones y cansado. Se logra recuperar en 2 min con restitución de líquidos y queda TA 140/68 mmHg, FC 80 lpm con un llenado capilar de 2 seg.

Dx₂. enfermería: Déficit de volumen de líquidos r/c ultrafiltración excesiva m/p palpitaciones, taquicardia de 116 latidos por minuto, mareos, cansancio y TA 112/63 mmHg (código 00029)			
Objetivo de la persona: Disminuir los síntomas.			
Objetivo de la enfermera: Reponer líquidos para mantener un equilibrio			
Plan de Intervenciones			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enf. Persona	Enf. Equipo Salud	
Suspender ultrafiltración y colocar al paciente en posición de trendelenburg. ^{15,26}	Suplencia	Independiente	Mejora su retorno venoso y se logró estabilizar la caída de volumen plasmático manteniéndolo estable.
Ministrar solución fisiológica 0.9% 100ml, solución glucosada 50% a dosis respuesta. ^{15,26}	Suplencia	Interdependiente	Se estabiliza la tensión arterial a 140/68 mmHg, frecuencia cardiaca de 80 lpm, reduciendo el calambre en abdomen.
Reevaluar la circulación periférica ²⁴	Suplencia	Interdependiente	La persona egresa de la unidad de HDF estable con un llenado capilar de 2 seg. con buena coloración tegumentos

Monitorización de signos vitales cada 15 minutos. ³	Suplencia	Independiente	La persona mejoro su presión arterial en 140/68 mmHg, Fc 80 lpm, Fr 20 rpm.
Explicarle el control de la ingesta de alimentos y bebidas diarias. ³	Orientación	Interdependiente	La persona muestra interés sobre su alimentación.
Realizar tratamiento sustitutivo hemodiafiltración (HDF) dos veces por semana. ¹⁵	Suplencia	Interdependiente	Finaliza sintiéndose menos cansado, con energía y con peso seco de 38.200 kg.

Tipo de Valoración: Focalizada	Fecha: 1/Mayo/2014	Hora: 7:00 – 13:00	Servicio: Nefrología “ Unidad de hemodiálisis”
Necesidad alterada: Higiene y protección de la piel	Causa de dificultad: Falta de conocimientos	Grado de dependencia: Parcial, Nivel 1	
Datos Objetivos: Portador de fistula arteriovenosa en miembro superior derecha	Datos Subjetivos:	Datos Complementarios: Punciones cada sesión de HDF	
Dx. enfermería: Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos (código 00004)			
Objetivo de la persona: Comprender la importancia de los cuidados sobre la FAV para evitar una infección			
Objetivo de la enfermera: Explicar las causas que le pueden originar una infección.			
Plan de Intervenciones			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enf. Persona	Enf. Equipo Salud	
Explicar el procedimiento de HDF . ¹⁴	Orientación	Independiente	Comprende el procedimiento de su tratamiento y las causas que le pueden originar una infección.
Explicarle a la persona que debe tener presencia del thrill en su fistula. ¹⁵	Orientación	Independiente	José identifica la existencia del thrill en su miembro superior derecho.

<p>Realizar lavado de manos, utilizar guantes, campos, agujas, jeringas y gasas estériles, para una adecuada conexión a su tratamiento. ¹⁵</p>	<p>Ayuda</p>	<p>Independiente</p>	<p>La persona no presenta datos de infección.</p>
<p>Mantener una adecuada desinfección de la máquina para hemodiálisis. ¹⁵</p>	<p>Ayuda</p>	<p>Independiente</p>	
<p>Enseñarle los signos de alarma cuando hay presencia de infección en la fistula arteriovenosa. ¹⁵</p>	<p>Orientación</p>	<p>Independiente</p>	<p>La persona está pendiente de cualquier dato de infección.</p>
<p>Ministración de vacuna de hepatitis B 0.5 mcg cada semana hasta completar 8 dosis correspondientes al esquema. ^{21,26}</p>	<p>Suplencia</p>	<p>Interdependiente</p>	<p>Refiere tener completo su esquema vacunación.</p>

7.3 Valoración focalizada 6 de Mayo del 2014 (Anexo 11)

Necesidad de oxigenación: Refiere agitarse mucho al hacer cualquier actividad, su frecuencia respiratoria es de 24 rpm, campos pulmonares con buena ventilación, ruidos cardiacos rítmicos, al ingresar a la unidad presenta una presión arterial de 179/63mmHg, TAM 101 mmHg, frecuencia cardiaca de 109 lpm, llenado capilar de 3 seg. en miembros superiores e inferiores. Al comenzar la sesión de HDF su presión arterial es de 153/64mmHg y su frecuencia cardiaca 96 lpm. Los laboratorio actualmente se encuentran con los siguientes parámetros Hb de 7.2 g/dl, Hto 21%, plaquetas $174 \cdot 10^3/\mu\text{l}$, calcio 8.5 mg/dl, fosforo 5 mg/dl, BUN 38.84 mg/dl, creatinina 5.9 mg/dl y leucocitos $3.6 \cdot 10^3/\mu\text{l}$. (Anexo 12)

Necesidad de alimentación e hidratación: Mucosas orales semihidratadas, ingresa a la sesión con un peso de 40.500Kg, por lo que tiene una diferencia de peso seco de 2300 kg, IMC13.5 presenta náuseas y dolor de cabeza.

Necesidad de reposo y sueño: Refiere no dormir bien se le dificultad conciliar el sueño y expresa cambios de humor.

7.3.1 Jerarquización de necesidades y problemas (6/mayo/14)

Necesidad alterada	Grado de dependencia	Causa de la dificultad	Nivel de dependencia
Oxigenación	Total	Falta de fuerza	3
Reposo y sueño	Parcial	Falta de fuerza	2

Tipo de Valoración: Focalizada	Fecha: 6/Mayo/2014	Hora: 7:30	Servicio: Nefrología “ Unidad de hemodiálisis”
Necesidad alterada: Oxigenación	Causa de dificultad: Falta de fuerza		Grado de dependencia: Total, Nivel 3
Datos Objetivos: TA 179/63 mmHg, Fc 109 lpm, llenado capilar 3 seg.	Datos Subjetivos: Refiere agitarse mucho al hacer cualquier actividad		Datos Complementarios: Plaquetas 174 10 ³ /μl
Dx. enfermería: Riesgo de disminución del gasto cardiaco r/c alteración del volumen circulante en el organismo. (código 00029)			
Objetivo de la persona: Mejorar su bienestar.			
Objetivo de la enfermera: Evitar una disminución del volumen circulante de la persona.			
Plan de Intervenciones			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enf. Persona	Enf. Equipo Salud	
Tomar y registrar los signos vitales . ³	Suplencia	Independiente	A las 3 horas de iniciada la sesión de HDF presenta T/A 106/63 mmHg, Fc 125 lpm, llenado capilar de 4seg. refiere tener palpitations y dolor de pecho, se le toma un electrocardiograma identificando taquicardia sinusal de 115 lpm. Se logra recuperar en 5 min con una T/A 114/60 mmHg, TAM 78 mmHg Fc de 110 lpm con un llenado capilar de 3 seg.

Dx₂. enfermería: Déficit de volumen de líquidos r/c ultrafiltración excesiva m/p presión arterial 106/63mmHg, frecuencia cardiaca de 125 lpm, palpitaciones, nauseas, dolor de pecho y cabeza. (código 00027)			
Objetivo de la persona: Mejorar su bienestar.			
Objetivo de la enfermera: Reponer líquidos para mantener un equilibrio.			
Plan de Intervenciones			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enf. Persona	Enf. Equipo Salud	
Colocar a la persona en posición de trendelenburg ¹⁵	Suplencia	Independiente	Se mejora el retorno venoso, disminuye los síntomas de náusea y mareo.
Ministrar solución fisiológica 0.9% 100ml, solución glucosada 50% a dosis respuesta. ^{15,26}	Suplencia	Interdependiente	Se logró aumentar el volumen sanguíneo.
Evaluar pulsos periféricos y llenado capilar cada hora. ²¹	Suplencia	Interdependiente	Los pulsos se encuentran presentes, con llenado capilar de 3 seg y presencia de thrill en su fistula.

Ministrar heparina 2000 UI de impregnación y 1000 UI para mantenimiento. ^{21,26}	Suplencia	Independiente	La persona no presenta ninguna complicación de coagulación.
Evaluar el dolor torácico y toma de electrocardiograma. ²⁵	Suplencia	Interdependiente	La persona disminuye su dolor de 6 a 0 según la escala de EVA, egresa de la unidad de HDF sin dolor.
Monitorización de signos vitales cada 15 min . ³	Suplencia	Independiente	Se logró estabilizar a al persona con una T/A de 114/60 mmHg, frecuencia cardiaca de 110 lpm al final de la sesión de HDF.

Tipo de Valoración: Focalizada	Fecha: 6/Mayo/2014	Hora: 8:00 – 13:30	Servicio: Nefrología “Unidad de hemodiálisis”
Necesidad alterada: Reposo y sueño	Causa de dificultad: Falta de Fuerza		Grado de dependencia: Parcial, Nivel 2
Datos Objetivos:	Datos Subjetivos: Cambios de humor, cansancio		Datos Complementarios: 5 días sin dializarse, fosforo 5 mg/dl, BUN 38.84 mg/dl, creatinina 5.9 mg/dl
Dx. enfermería: Transtornos del patrón del sueño r/c malestar físico por concentraciones altas de urea m/p cambios de humor, falta de energía, BUN 38.84 mg/dl y creatinina de 5.9 mg/dl (código 00198)			
Objetivo de la persona: Lograr dormir y descansar.			
Objetivo de la enfermera: Mejorar la conciliación del sueño para descansar.			
Plan de Intervenciones			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enf. Persona	Enf. Equipo Salud	
Realizar tratamiento sustitutivo de HDF de acuerdo a su peso. ²¹	Suplencia	Interdependiente	Termina su sesión con una ultrafiltración de 2328 ml y un peso seco de 38 kg

<p>Orientar sobre los métodos para favorecer el descanso.²²</p>	<p>Orientación</p>	<p>Independencia</p>	<p>La persona refiere que el sueño es reparador y duerme 8 horas diarias.</p>
<p>Motivar al paciente a expresar sus sentimientos.²¹</p>	<p>Ayuda</p>	<p>Independencia</p>	<p>Se observa con mejor actitud en la siguiente sesión, comenta que le gusta platicar y contar chistes.</p>

7.4 Valoración focalizada 8 de Mayo del 2014 (Anexo 13)

En sesiones previas la persona presento hipotensión, taquicardia y calambre en abdomen, situación que motivo a reajustar el cálculo de su peso seco; se mantiene en 38.400 kg.

Necesidad de oxigenación

Presenta palidez de tegumentos, su frecuencia respiratoria es 20 rpm, campos pulmonares con buena ventilación, ruidos cardiacos rítmicos, presenta un presión arterial de 157/81mmHg con una frecuencia cardiaca de 100 lpm, llenado capilar de 2 seg, al iniciar la HDF su presión arterial es 166/82mmHg con frecuencia cardiaca de 90 lpm, termina la sesión con una presión arterial de 136/62mmHg, frecuencia cardiaca de 92 lpm.

Necesidad de nutrición e hidratación

Mucosas orales semihidratadas, abdomen blando depresible, ruidos peristálticos disminuidos ingresa a la sesión con un peso de 40.200 kg, con una diferencia del peso seco de 1800 kg e IMC de 13.4. Su perímetro abdominal es de 62cm.

Necesidad de eliminación

Patrón intestinal 1 vez al día, café normal, abdomen blando depresible, ruidos peristálticos 6 por minuto, su madre lo acompaña al sanitario.

7.4.1. Jerarquización de necesidades y problemas (8 /Mayo/14)

Necesidad alterada	Grado de dependencia	Causa de la dificultad	Nivel de dependencia
Eliminación	Parcial	Falta de conocimientos	2

Tipo de Valoración: Focalizada	Fecha: 8/Mayo2014	Hora: 9:00	Servicio: Nefrología "Unidad de hemodiálisis"
Necesidad Alterada: Eliminación	Causa de dificultad: Falta de Fuerza		Grado de dependencia: Parcial, Nivel 1
Datos Objetivos: Ruidos peristálticos 6 por minuto, perímetro abdominal 62cm.	Datos Subjetivos: Evacua 1 vez al día características normales		Datos Complementarios: Su madre lo ayuda para trasladarse al sanitario.
Dx. enfermería: Riesgo de estreñimiento r/c disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal por falta de movilidad. (código 00015)			
Objetivo de la persona: Mejorar la eliminación intestinal con ejercicio y dieta indicada.			
Objetivo de la enfermera: Explicar las medidas terapéuticas para mejorar la motilidad intestinal.			
Plan de Intervenciones			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enf. Persona	Enf. Equipo Salud	
Evaluar la presencia de peristalsis intestinal. ²¹	Ayuda	Independiente	En la auscultación los ruidos peristálticos están presentes y disminuidos.
Proporcionar lista de alimentos que contienen gran cantidad de fibra a través de un tríptico.	Orientación	Interdependiente	La persona mejora su consumo de alimentos ricos en fibra.

<p>Medir perímetro abdominal en cada sesión de hemodiafiltración .²⁶</p> <p>Recomendar que en casa realice ejercicio diario con su cuidador primario; movimientos circulares, arriba y abajo y de lado a lado con las piernas para mejorar motilidad.²⁶</p>	<p>Ayuda</p> <p>Orientación</p>	<p>Independiente</p> <p>Independiente</p>	<p>Se mantiene con un perímetro de 62cm, sin distensión abdominal</p> <p>La persona mejora el peristaltismo y facilita la evacuación.</p>
---	---------------------------------	---	---

8. PLAN DE ALTA

A José se le realiza un plan de alta específicos con el objetivo de no presentar alguna complicación, que logre mantenerse en las mejores condiciones posibles, hasta que sea trasplantado; este se basa en las siguientes recomendaciones.

Cuidado de la FAV

Mencionarle la importancia de mantener una adecuada higiene corporal.

Explicarle los cuidados específicos para mantener funcional la fistula arteriovenosa.

- Debe evitar golpes, cargar peso
- Evitar la toma de la tensión arterial en el brazo portador de la FAV.
- Verificar diariamente la funcionalidad de la FAV palpando el Thrill.
- No deberá utilizar ropa muy justa, ni apoyarse sobre el brazo donde tiene la fistula.
- Estará pendiente si nota la presencia de inflamación, enrojecimiento, supuración, dolor o endurecimiento.
- No deberá ser puncionado el brazo portador de la FAV para extracción de sangre u otras pruebas.

Manejo dietético

Explicar al paciente y al cuidador primario sobre la alimentación que debe tener para mejorar su estado de salud como:

- Ingerir 500 ml/día de líquidos totales como máximo.
- Las verduras que consume deberán ser, cocidas y congeladas para que tengan menor cantidad de potasio.
- Los alimentos deben ser bajos en sal (sodio)
- Cocinar las frutas o consumirlas en conserva.

- Consumir proteínas de acuerdo a la ración estipulada por el nutriólogo.
- Aumentar el consumo de calcio y alimentos ricos en vitamina D, leche, yogurt, queso.
- Evitar el consumo de productos que contengan mayor cantidad de fosforo y potasio (frutos secos, plátano, uva, melón, naranja, cerezas, higos, aguacate harina de soya, hígado y vísceras ahumadas y refresco de cola).

Realización de ejercicios

Explicarle lo importante que es realizar ejercicio con frecuencia para aumentar la calidad de vida, mejorando la circulación, el estado físico y la autoestima.

Realizar ejercicios pasivos movilizandoo las articulaciones en todos sus ejes y planos de movimientos como flexión, extensión y rotaciones con la finalidad de prevenir úlceras por presión, y así favorecer el retorno venoso.

Comentario final: Este proceso de atención de enfermería concluye con el plan de alta, José y su cuidador primario (mamá) comprenden las recomendaciones brindadas; comentan que al llevar a cabo las actividades tienen como resultado funcionalidad de su FAV, evitan infecciones y mejora su alimentación, ingresando a sus sesiones de HDF con mayor estabilidad e independencia. Actualmente la persona sigue en el INCICH en sus sesiones de HDF obteniendo mayor calidad de vida y en espera de un trasplante renal cadavérico.

9. EVALUACIÓN GENERAL

José continúa con sus sesiones de hemodiafiltración dos veces por semana presentándose martes y jueves con un total de 4:30 horas en cada sesión, hasta el momento no ha presentado ninguna complicación al lograr mantener 200 gr por arriba de su peso seco.

Durante las sesiones se identificaron dos fuentes de dificultad: la falta de fuerza, la falta de conocimiento que lo llevaron a un grado de dependencia parcial; en dos ocasiones, durante la ultrafiltración manifestó alteraciones fisiológicas lo que originó un grado de dependencia total.

El pronóstico en relación a la insuficiencia renal crónica es favorable, ya que la respuesta obtenida posterior a la hemodiafiltración demuestra la disminución de los azoados a través de los resultados obtenidos de laboratorio. La respuesta conseguida permite mantener la mayor independencia y calidad de vida de la persona hasta que reciba el trasplante renal de donador cadavérico.

10. CONCLUSIONES

Considero que la implementación de un plan de cuidados de enfermería específico que permite al profesional de enfermería resolver los problemas reales o potenciales de la persona con afecciones renales, sin dejar a un lado las respuestas humanas.

Es necesario que el personal de enfermería tenga conocimientos y juicio crítico para brindar un cuidado holístico que favorezca a la recuperación de la persona con afección renal y secuela de lesión medular, para lograr una mayor independencia.

Cada una de las intervenciones de enfermería como suplencia, ayuda y orientación, tienen el propósito de mantener una mejor calidad de vida y evitar complicaciones agregadas a su padecimiento renal.

En la elaboración de este proceso de atención de enfermería, me permitió valorar la importancia de mantener una buena comunicación con la persona y su cuidador primario para identificar las necesidades alteradas, además de implementar un plan de alta específico para continuar con un cuidado integral extra hospitalario.

11. GLOSARIO

Aneurisma: dilatación en el territorio de una fistula arteriovenosa autóloga o protésica que mantiene la estructura íntegra de la pared arterial o venosa.

Anuria: ausencia de orina o tener una gasto urinario menor de 0.5 ml/Kg/hr.

Azoados: conjunto de sustancias excretadas por el riñón.

Azoemia: acumulación de nitrógenos como urea y uratos en la sangre en cantidades excesivas.

Convección: depuración de toxinas de la sangre por medio de arrastre de estas sustancias junto con el líquido extraído por ultrafiltración.

Diálisis: proceso mediante el cual se intercambian bidireccionalmente el agua y los solutos entre dos soluciones de diferente composición ya que están separadas entre sí.

Hemodiálisis: paso de la sangre a través de una membrana semipermeable para liberarla de los productos nocivos de bajo peso molecular.

Hemodiafiltración: procedimiento efectivo y mejor tolerado, combinado con hemofiltración y hemodiálisis, con una alta eficacia depurativa en moléculas de pequeño, mediano y gran tamaño.

Maduración del acceso vascular: consiste en la adaptación mediante remodelado vascular, en el que el diámetro de la vena y el flujo son suficientes para permitir su utilización.

Oliguria: disminución de la capacidad de formación y eliminación de orina de forma que los productos finales de metabolismo no pueden ser excretados eficientemente teniendo gasto urinario menor de 1 ml/Kg/hr.

Perfusión: medida en la que la sangre fluye a través de un órgano, tejido, un vaso o región del cuerpo.

Piel cérea: depósito de urea evaporada por el sudor.

Thrill: vibración transmitida y perceptible mediante palpación cutánea ocasionada por el flujo turbulento entre arteria y vena.

Ultrafiltración: extracción de líquido secundaria a diferencia de presión entre ambos lados de la membrana.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ruiz L. Anatomía Humana. 3a ed. Vol III. México: Panamericana; 1999.
2. Tortora-Gerard J, Reynolds-Grabowski S. Principios de anatomía y fisiología. 9 ed. México: Oxford; 2005.
3. Casamiquela J, Ventura CF. Cuidados de Enfermería en la Insuficiencia renal. 2a ed. España: Aran; 1994.
4. Borge MJ. Funciones tubulares. Universidad de Cantabria. [Internet]. 2011 Mayo [Citado 25 Agosto 2014]: 1-2. Disponible en: http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/fisiologia-humana-2011g367/material-de-clase/bloque-tematico-4.-fisiologia-del-rinon-y-liquidos/tema-3.-funciones-tubulares/_funcion_es_tubulares.pdf
5. Gómez A. Fisiología renal. [Internet]. [Citado 25 Agosto 2014].Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/193725329/Fisiologia-Renal>
6. Borrero RJ, Montero O. Fundamentos de Medicina Nefrología. 4a ed. Colombia: Corporación para investigaciones biológicas; 2003.
7. Hernando L, Aljama P, Arias M. Nefrología clínica. 2a ed. España: Panamericana; 2003.
8. Zayas R, Fragoso R, Grisela B, Cuairán V, Hernández A. Estomatología en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica: Rev. Mex Odontológica [Internet]. 2009; [Citado 26 Agos 2014]; 13 (3): 172. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2009/uo093h.pdf>
9. Kurt I, Braunwald E, Jean D. Harrison principios de medicina interna. 13a ed. Vol. II. España: McGraw- Hill; 1999.

10. Peña JC. Nefrología clínica y trastornos del agua y electrolitos. 4a ed. México: Méndez Editores; 2002.
11. Cerdeño M, Rivas R. Manejo odontológico del paciente con enfermedad renal crónica. Rev Mex Odontológica [Internet]. 2013 [Citado el 25 Agosto 2014]; 51 (1): 3-4 Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/1/art 25.asp>.
12. Castellano M, De la Fuente J. Vejiga Neurogénica: consecuencias nefrológicas y su manejo. Hospital de Córdoba [Internet]. 2012 Julio [Citado 28 Agosto 2014]; 19-20. Disponible en: http://www.nefrologiahp.com.ar/ateneos/2012/Vejiga_Neurogenica_Consecuencias_Nefrologicas_y_su_Manejo.pdf.
13. Sociedad Española de Nefrología. Guías de acceso vascular en hemodiálisis. Noviembre 2004
14. Daugirdas JT, Peter G. Manual de diálisis. 4 ed. España: Lippincott William; 2007.
15. Valderrabano F. Tratado de hemodiálisis. España: Medica JIMS; 1999.
16. Jofre R, López J M, Luño J. Tratado de hemodiálisis. 2a ed. España: Editorial Médica JIMS; 2006.
17. García – González MJ. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. México: Progreso; 1997.
18. Marriener-Tomey A, Raile-Allogog M. Modelos y teorías en enfermería. 5a ed. España: Elsevier; 2003.
19. Sierra Pacheco M. Preescolar con atención de las necesidades básicas secundario a tetralogía de fallot (estudio de Caso). México: Universidad Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia; 2009.

20. NANDA internacional. diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-2014. España; Elsevier; 2013.
21. McCloskey J, Bilechek G .Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4a ed. España: Elsevier; 2005.
22. Madelyn T, Nordmark AW. Bases científicas de la enfermería. 2a ed. Manual moderno: México; 2003.
23. Urden LD, Loug ME. Cuidados intensivos en enfermería. 3a ed. Vol. I. España: Harcourt/océano;2001.
24. Potter P. Fundamentos de enfermería teoría y práctica. 4 ed. España: Harcourt Brace;2002
25. Gallegos M, Flores N, Santiago C, De la Cruz , Hernández N. Cuidado enfermero dirigido a la persona con insuficiencia renal crónica. En: Ortega Vargas MC, Puntunet Bates M, Suarez Ma. G, Leija Hernández Montesinos G, Cruz G, González Guías de práctica clínica cardiovascular: intervenciones de enfermería con base en la evidencia. México: Médica Panamericana; 2011.
26. Domingo D, Jiménez J, López S, Martínez A. Manual de enfermería. España: Lexus Editores; 2003.
27. Ortega- Vargas, et. Manual de evaluación de la calidad del servicio de enfermería: Estrategias para su aplicación. 2a ed. Médica Panamericana; Mexico.2009
28. Norton D, McLaren R, Exton Smith AN. An investigation of geriatric nursing problems in hospital Ediburgh: Churchill Livigston;1975.
29. Treviño- Becerra A. Hemodiálisis. México: Prado; 2013.

13. ANEXOS

ANEXO 1.

CUADRO 1. Grado de independencia y dependencia

Nivel 0	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
La persona satisface por el mismo sus necesidades de un modo aceptable que permite asegurar su homeostasia. Sigue adecuadamente un tratamiento o utiliza un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis sin ayuda.	La persona necesita a alguien para que le enseñe cómo hacer para conservar o recuperar su independencia y asegurar su homeostasia, para asegurarse de que lo hace bien o para que le preste ayuda.	La persona necesita a alguien para seguir adecuadamente su tratamiento o para utilizar un aparato, un dispositivo o una prótesis.	La persona debe de contar con alguien para realizar las acciones necesarias para satisfacción de sus necesidades para su tratamiento, pero no puede participar mucho en ello.	La persona debe de contar con alguien para realizar las acciones necesarias para satisfacción de sus necesidades o para su tratamiento y apenas puede participar en ello.	La persona debe confiar enteramente en alguien para satisfacer sus necesidades o para aplicar su tratamiento y no puede de ningún modo participar en ello.

FUENTE: Sierra Pacheco M. Preescolar con atención de las necesidades básicas secundario a tetralogía de Fallot (estudio de Caso). México: Universidad Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia; 2009

Anexo 2.

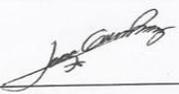
CONSENTIMIENTO INFORMADO

México D.F 17 de Abril del 2014

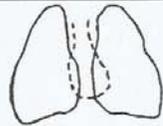
Por medio de la presente solicito su autorización para realizar un estudio de caso a usted José Ignacio Castillo Vega, para realizarle preguntas y recabar datos personales sobre su enfermedad con el objetivo de realizar planes de cuidados de enfermería para brindarle un cuidado integral.

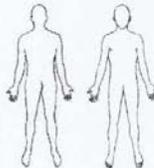
Y se hace mención que habrá responsabilidad y compromiso para evaluar su evolución de salud así como todas las actividades de enfermería que se realicen serán explicadas.

Yo **JOSÉ IGNACIO CASTILLO VEGA** acepto que la que suscribe P.E Araceli Vanesa García Rodríguez que se encuentra realizando su servicio social en Nefrología “unidad de hemodiálisis” en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez pueda dar seguimiento de mi caso clínico para brindarme mejor cuidado.

 _____ P.E Araceli Vanesa García Rodríguez Licenciatura en Enfermería y Obstetricia	 _____ José Ignacio Castillo Vega
  _____ Testigo 	

Anexo 3. Formato de valoración exhaustiva.

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGANCIO CHÁVEZ HOJA DE VALORACIÓN EXHAUSTIVA								
I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN								
Nombre _____	Sexo _____	Edad _____	Servicio _____	No. Cama _____				
Institución _____	Escolaridad _____	Estado civil _____	Institución _____					
Lugar de procedencia _____								
II. DATOS SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL								
a) ESTRUCTURA FAMILIAR								
Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación	Aportación económica				
Rol de la persona _____ Dinámica familiar _____								
b) ESTRUCTURA ECONÓMICA								
Total de ingresos mensuales _____								
c) MEDIO AMBIENTE								
Tipo de vivienda _____		Servicios con que cuenta _____						
N° de habitaciones _____		Tipo de fauna _____						
III. HISTORIA DE SALUD								
Motivo de la consulta _____								
Dx Médico reciente _____								
Antecedentes de salud de la persona (alergias, cirugías) _____								
Antecedentes de salud familiar _____								
Antecedentes de estudios recientes _____								
Tratamientos prescritos _____								
1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN								
Área pulmonar								
FR _____ resp x min	Dificultad para respirar: Apnea <input type="checkbox"/>		Disnea: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Clase funcional NYHA: I II III IV				
Secreciones bronquiales: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Características _____							
Dificultad para la expectoración: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Epistaxis <input type="checkbox"/>							
Ruidos respiratorios: Normales <input type="checkbox"/> Vesicular <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Broncovesiculares Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Roce pleural Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
	Anormales <input type="checkbox"/> Estertores Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Sibilancias Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Fuma Usted: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cuanto tiempo lleva fumando? _____		Cuantos cigarrillos al día? _____					
Suplemento de O ₂ : Nebulizador _____	O ₂ _____	Catéter nasal _____	Lts x min _____	Sat O ₂ : _____				
Ventilación mecánica: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Invasiva <input type="checkbox"/>	No invasiva <input type="checkbox"/>	# de cánula _____	Modalidad: _____				
Vol. Corr: _____	FIO ₂ : _____	Flujo: _____	P. soporte: _____	PEEP _____				
Gasometría arterial	Hora _____	PO ₂ _____	PCO ₂ _____	pH _____				
Gasometría venosa	Hora _____	Parámetros _____						
Color de piel y mucosas: Palidez <input type="checkbox"/>	Cianosis central <input type="checkbox"/>	Cianosis periférica <input type="checkbox"/>	Otros: _____					
Control radiológico: Normal Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>								
Congestión pulmonar <input type="checkbox"/>					Infiltrados <input type="checkbox"/>	Foco neumónico <input type="checkbox"/>	Derrame <input type="checkbox"/>	Atelectasia <input type="checkbox"/>
Datos subjetivos: _____								
Área Cardiopulmonar								
Fc: _____ Lat x min	Presión arterial: _____		Pulso (anotar características): N=Normal D= Débil P=Paradójico A=Ausente					
PANI _____	Invasiva _____		Carotídeo _____					
Perfil Hemodinámico:			Humeral _____					
			Radial _____					
			Popíteo _____					
			Pedio _____					
			Femoral _____					
Llenado capilar: Miembro torácico. _____ seg Miembro pélvico. _____ seg Ingurgitación yugular: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>								
Dolor precordial: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tipo de dolor: _____ Irradiación: _____								
Hepatomegalia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Presenta dolor a la palpación Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>								
Edema: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sitio: _____ + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> ++++ <input type="checkbox"/>								
Acrocianosis M.Torácicos + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> ++++ <input type="checkbox"/> M.Pélvicos + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> ++++ <input type="checkbox"/>								

<p>Marcapasos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Definitivo <input type="checkbox"/> Frecuencia _____ Amperaje _____ Sensibilidad _____ Datos subjetivos: _____</p>	<p>Trazo ECG</p> <hr/> <p>Ritmo _____ Alteraciones: _____</p>																									
<p>Soporte Cardíaco: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inotrópicos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otros: _____ Datos subjetivos: _____</p> <p style="text-align: center;">Dependencia <input type="checkbox"/> Independencia <input type="checkbox"/></p>																										
2. NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN																										
<p>Peso: _____ Talla: _____ Índice de masa corporal (IMC): _____ Diámetro cintura: _____ Coloración de la piel _____ Características del cabello _____ Días a la semana que consume: Carne roja (res, cerdo) <input type="checkbox"/> Carne blanca (pollo, pescado) <input type="checkbox"/> Verduras <input type="checkbox"/> Frutas <input type="checkbox"/> Cereales <input type="checkbox"/> Lácteos <input type="checkbox"/> Leguminosas <input type="checkbox"/> Vegetales <input type="checkbox"/> Cantidad de: Sal <input type="checkbox"/> Azúcar <input type="checkbox"/> N° de tortillas <input type="checkbox"/> Pan blanco <input type="checkbox"/> pzas <input type="checkbox"/> Pan dulce <input type="checkbox"/> veces por día <input type="checkbox"/> a la semana Agua natural _____ Litros por día Agua con frutas naturales _____ Litros por día Aguas con sabores artificiales _____ Litros por día Gaseosas _____ por día Café _____ por día Té _____ por día Consumo golosinas: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo: Frituras _____ por día _____ a la semana Dulces _____ veces por día _____ a la semana Comidas que realiza al día en casa: _____ Comidas que realiza fuera de casa: _____ En caso de ingerir alimentos fuera de casa: ¿Cuáles son los más frecuentes? _____ Como considera su alimentación (cantidad y calidad) _____</p>																										
<p>Estado de la cavidad oral: Mucosa oral _____ Dentadura Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Caries _____ Uso de prótesis dental: _____ Datos subjetivos: _____</p> <p style="text-align: center;">Dependencia <input type="checkbox"/> Independencia <input type="checkbox"/></p>																										
3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN																										
<p>Patrón urinario: Frecuencia: _____ Veces al día Características _____ Anuria <input type="checkbox"/> Oliguria <input type="checkbox"/> Poliuria <input type="checkbox"/> Polaquiuria <input type="checkbox"/> Disuria <input type="checkbox"/> Nicturia <input type="checkbox"/> Tenesmo <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/> Orina intermitente <input type="checkbox"/> Color: Normal <input type="checkbox"/> Hematúrica <input type="checkbox"/> Colúrica <input type="checkbox"/> Otros _____ Uso de diuréticos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Acompañamiento al sanitario <input type="checkbox"/> Proporcionar cómodo/orinal <input type="checkbox"/> Pañal <input type="checkbox"/> Sonda vesical <input type="checkbox"/> Diálisis <input type="checkbox"/> Hemodiálisis <input type="checkbox"/></p> <p>Patrón Intestinal Frecuencia habitual _____ veces al día Normal <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/> Características Acolia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Mucoide <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> c/sangre fresca <input type="checkbox"/> Fétida <input type="checkbox"/> Acompañamiento al sanitario <input type="checkbox"/> Proporcionar cómodo <input type="checkbox"/> Pañal <input type="checkbox"/> Uso de laxantes Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dispositivos de drenaje _____ Menstruación <input type="checkbox"/> Vol Alto Medio Bajo FUM _____ Datos subjetivos _____</p> <p style="text-align: center;">Dependencia <input type="checkbox"/> Independencia <input type="checkbox"/></p>																										
4. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN																										
<p>Temperatura _____ Normotermia <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/> Diaforesis Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Datos subjetivos _____</p> <p style="text-align: center;">Dependencia <input type="checkbox"/> Independencia <input type="checkbox"/></p>																										
5. NECESIDAD DE HIGIENE																										
<p>Coloración de la piel: Pálida <input type="checkbox"/> Rubicunda <input type="checkbox"/> Marmórea <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Equimosis <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Estado de la piel: Hidratada <input type="checkbox"/> Deshidratada <input type="checkbox"/> Intgra <input type="checkbox"/> Con lesión <input type="checkbox"/> Petequias <input type="checkbox"/></p> <p>Tipo de lesión:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">1. Quirúrgica</td> <td style="width: 30%;">Proceso de cicatrización</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Úlcera por presión</td> <td>I II III IV</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Úlcera venosa</td> <td>I II III IV</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. Úlcera diabética</td> <td>I II III IV</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. Otra _____</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Datos subjetivos _____</p> <p style="text-align: center;">Dependencia <input type="checkbox"/> Independencia <input type="checkbox"/></p>		1. Quirúrgica	Proceso de cicatrización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Úlcera por presión	I II III IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Úlcera venosa	I II III IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Úlcera diabética	I II III IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Otra _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Quirúrgica	Proceso de cicatrización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
2. Úlcera por presión	I II III IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
3. Úlcera venosa	I II III IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
4. Úlcera diabética	I II III IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
5. Otra _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 10px;"> <p>Localización: _____</p> </div> </div>																										

6. NECESIDAD DE MOVILIDAD	
Actividad física:	
Deambulación:	Independiente <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Andadera <input type="checkbox"/> Bastón <input type="checkbox"/>
Movilidad en cama	Se mueve solo <input type="checkbox"/> Suplencia total: Inmóvil <input type="checkbox"/>
Datos subjetivos	
Dependencia <input type="checkbox"/>	Independencia <input type="checkbox"/>
7. NECESIDAD DE SEGURIDAD	
Dolor	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Localización _____ Intensidad 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Etapa de la vida (neonato, lactante mayor o menor, preescolar, escolar, adulto joven, adulto mayor, vejez) _____	
Estado cognitivo:	Perceptivo <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Obnubilado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/>
Riesgo de caída:	Bajo <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Sujeción Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Valoración de Norton _____
Deficiencias senso-perceptivas:	Visuales <input type="checkbox"/> Auditivas <input type="checkbox"/> Otras _____
Uso de anteojos y lentes de contacto	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Uso de dispositivos auditivos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Uso de prótesis en extremidades Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Actitud ante el ingreso	Colaborador <input type="checkbox"/> Confiado <input type="checkbox"/> Reticente <input type="checkbox"/> Agresivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/>
Factores de riesgo:	HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Síncope <input type="checkbox"/> Arritmias <input type="checkbox"/> INR <input type="checkbox"/>
Sufre o ha sufrido de lipotimia:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Riesgo laboral: _____ Adicciones _____
Cocina con leña o carbón	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ingesta de bebidas alcohólica Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Frecuencia _____ Maneja automóvil Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Se sabe portador de:	Prótesis valvulares cardíacas _____ Marcapasos definitivo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Desfibrilador interno	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Endoprótesis vasculares Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ingiera alguno de los siguientes medicamentos:	
Anticoagulantes orales	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Antihipertensivos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Betabloqueadores Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ansiolíticos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Antidepresivos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hipoglucemiantes Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Insulina de acción rápida o intermedia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Datos subjetivos:	
Dependencia <input type="checkbox"/>	Independencia <input type="checkbox"/>
8. NECESIDAD DE REPOSO Y SUEÑO	
Duerme bien	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso negativo ¿cuál es la causa? _____ Nº de horas _____
¿Se despierta con frecuencia?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo ¿cuál es la causa? _____
Duerme durante el día	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Necesita algún facilitador del sueño como	Música <input type="checkbox"/> Masaje <input type="checkbox"/> Lectura <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/>
Tipo de medicamentos	Su entorno le favorece el reposo y sueño Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
La estancia en el hospital le produce ansiedad?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Datos subjetivos:	
Dependencia <input type="checkbox"/>	Independencia <input type="checkbox"/>
9. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN	
Su comunicación es:	Clara Confusa Afásica Incapaz
Limitaciones físicas para la comunicación:	
Se expresa en otra lengua	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuál? _____
Manifiesta:	
Emociones y sentimientos	Temores Problemas sociales Le cuesta pedir ayuda Le cuesta aceptar ayuda
Cómo se concibe (Autoconcepto)	_____
Expresa Ud con facilidad sus sentimientos y pensamientos?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso negativo ¿por qué? _____
¿Cree que es tomado en cuenta para las decisiones familiares?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Cómo ha afectado su enfermedad la relación de pareja, familiar y comunal?	_____
De acuerdo a su percepción ¿cuáles son sus principales valores?	_____
Tipo de relación (E: Excelente B: Buena R: Regular M: Mala)	
Familia	[E] [B] [R] [M] Vecinos [E] [B] [R] [M] Compañeros de Trabajo [E] [B] [R] [M]
Utiliza mecanismos de defensa (ira, miedo, negación, evasión)	
Datos subjetivos:	
Dependencia <input type="checkbox"/>	Independencia <input type="checkbox"/>
10. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES	
Pertenece algún grupo religioso o asociación?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuál? _____
Solicita apoyo religioso	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Asiste a actividades religiosas Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cada cuando? _____
Sus creencias:	Le ayudan No ayudan No interfieren
Le preocupa el hecho de disminuir sus actividades por su estado de salud?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Dependencia <input type="checkbox"/>	Independencia <input type="checkbox"/>

11. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Conoce el motivo de su ingreso Si No Conoce su padecimiento Si No Conoce su tratamiento Si No

Tiene inquietudes sobre su salud Si No Cuál? _____

Conoce los signos de alarma de su padecimiento? Si No

Datos subjetivos _____

Dependencia

Independencia

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y AUTORREALIZARSE

Cuenta con trabajo actualmente Si No Su trabajo le proporciona satisfacción Si No

Su estado de salud le impide hacer cosas que le gustaría realizar Si No

Se siente satisfecho en estos momentos con los que realiza actualmente Si No

Su situación actual de salud ha modificado sus actividades laborales Si No

Datos subjetivos _____

Dependencia

Independencia

13. NECESIDAD DE ELEGIR ROPAS ADECUADAS

Requiere de apoyo para vestirse? Si No Tipo de ropa que le gusta usar _____

El cambio de ropa cada cuando lo realiza? _____

La forma de vestir es adecuada al lugar y las circunstancias? Si No

Datos subjetivos _____

Dependencia

Independencia

14. NECESIDAD DE REALIZAR ACTIVIDADES RECREATIVAS, SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

Qué actividad realiza en su tiempo libre? _____

Cuál es su diversión preferida? _____

Su estado de salud modificó su forma de divertirse? Si No La distribución de su tiempo es equilibrada entre trabajo y recreación Si No

Etapa reproductiva Si No Menarca _____ Uso de método para control natal _____

Nº embarazos _____ Eutócicos _____ Cesáreas _____ Abortos _____ Óbitos _____

Vida sexual activa Si No En caso afirmativo son consideradas satisfactorias? Si No Con que lo relaciona? _____

Andropausia Si No Menopausia Si No

Apoyo hormonal Si No Cuál en caso afirmativo? _____

Datos subjetivos _____

Dependencia

Independencia

Anexo 4.

Cuadro 2. Laboratorios del Hospital Juárez de México Septiembre 2008.

LABORATORIOS	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
BUN	82.5mg/dl	9 – 18 mg/dl
Creatinina	8.36 mg/dl	0.50 – 1.20 mg/dl
Hemoglobina	10 g/dl	14.8 -18 g/dl
Hematocrito	28%	42.9 – 54 %
Plaquetas	444 10 ³ /μl	140 – 450 10 ³ /μl
Leucocitos	14.7 10 ³ /μl	3.0 – 10 10 ³ /μl

Fuente: Laboratorio clínico del Hospital Juárez de México

Anexo 5.

Cuadro 3. Resultados de Laboratorios del 23 /Septiembre/2008 en el INCICH.

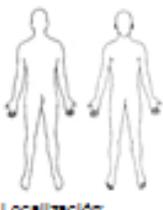
LABORATORIOS	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
BUN	98 mg/dl	8 – 18 mg/dl
Creatinina	10.4 mg/dl	0.70 – 1.30 mg/dl
Hemoglobina	9.1 g/dl	14.5 -17.7 g/dl
Hematocrito	27.2 %	42.6 – 52.6 %
Plaquetas	611 10 ³ /μl	150 – 450 10 ³ /μl
Potasio	5 mmol/L	3.55 – 5.20 mmol/L
Leucocitos	19.9 10 ³ /μl	4.0 – 10.5 10 ³ /μl

Fuente: Laboratorio clínico del INC

Anexo 6. Formato de valoración exhaustiva del día 17/Abril/2014

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ HOJA DE VALORACIÓN EXHAUSTIVA											
I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN											
Nombre	<u>José Ignacio</u>	Sexo	<u>M</u>	Edad	<u>24</u>	Servicio	<u>Nefrología</u>	No. Cama	<u>NA</u>	Registro	<u>308211</u>
Institución	<u>INC</u>	Escolaridad	<u>Secundaria terminada</u>	Estado civil	<u>soltero</u>	Institución	<u>INC</u>				
Lugar de procedencia	<u>México</u>										
II. DATOS SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL											
a) ESTRUCTURA FAMILIAR											
Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación	Aportación económica							
Joaquina	43	Madre	Limpieza doméstica	4800							
Ignacio	45	Padre	Mantenimiento de aluminio								
Carlos	22	Hermano	Panadero	8000							
Rol de la persona <u>Dinámico familiar</u>											
b) ESTRUCTURA ECONÓMICA											
Total de ingresos mensuales _____											
c) MEDIO AMBIENTE											
Tipo de vivienda <u>Concreto</u>		Servicios con que cuenta <u>Luz, agua</u>									
Nº de habitaciones <u>2</u>		Tipo de fauna <u>Pollo, cerdo</u>									
III. HISTORIA DE SALUD											
Motivo de la consulta <u>Sección de hemodiálisis</u>											
Dx Médico reciente <u>Insuficiencia renal crónica</u>											
Antecedentes de salud de la persona (alergias, cirugías) <u>Cirugía por fractura de columna en T11 y T12</u>											
Antecedentes de salud familiar <u>Diabetes Mellitus tipo 2, cáncer cervicouterino,</u>											
Antecedentes de estudios recientes _____											
Tratamientos prescritos <u>metformina 3 tabletas c/24 horas, calcitriol 0.25 mg una tableta c/8 hrs y ácido fólico 5 mg 1 tableta diaria.</u>											
1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN											
Área pulmonar											
FR <u>22</u> resp x min	Dificultad para respirar: Apnea <input type="checkbox"/>		Disnea: <u>SI</u> No Clase funcional NYHA: <u>I</u> <input type="checkbox"/> <u>II</u> <input type="checkbox"/> <u>III</u> <input type="checkbox"/> <u>IV</u> <input type="checkbox"/>								
Secreciones bronquiales: <u>SI</u> <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Características _____										
Dificultad para la expectoración: <u>SI</u> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Epistaxis <input type="checkbox"/>										
Ruidos respiratorios: Normales <input type="checkbox"/> Anormales <input checked="" type="checkbox"/>	Vesicular: <u>SI</u> <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Broncovesiculares: <u>SI</u> <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sibilancias: <u>SI</u> <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Rosales pleurales: <u>SI</u> <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>							
Fuma: <u>SI</u> <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuánto tiempo lleva fumando? _____		¿Cuántos cigarrillos al día? _____								
Suplemento de O ₂ : Nebulizador _____ O ₂ Catéter nasal _____ Lts x min _____ Sat O ₂ : _____	Ventilación mecánica: <u>SI</u> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Invasiva <input type="checkbox"/> No Invasiva <input type="checkbox"/> # de cánula _____ Modalidad: _____										
Vol. Corr: _____ FIO ₂ : _____ Flujo: _____ P. soporte: _____ PEEP _____ Sensibilidad _____	Gaseometría arterial: Hora _____ PO ₂ : _____ PCO ₂ : _____ pH _____ HCO ₃ : _____										
Gaseometría venosa: Hora _____ Parámetros _____	Color de piel y mucosas: Palidez <input type="checkbox"/> Cianosis central <input type="checkbox"/> Cianosis periférica <input type="checkbox"/> Otros: _____										
Control radiológico: Normal <u>SI</u> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>											
Congestión pulmonar <input type="checkbox"/> Infiltrados <input type="checkbox"/> Foco neumónico <input type="checkbox"/> Derrame <input type="checkbox"/> Atelectasia <input type="checkbox"/>											
Datos subjetivos: _____											
Área Cardiopulmonar											
Fo: <u>100</u> Lat x min	Presión arterial: <u>155/82</u>		Pulso (notar características): N=Normal D= Débil P=Paradójico A=Ausente								
PANI _____	Invasiva _____		Carotídeo <u>N</u> Humeral <u>N</u> Radial <u>N</u>								
Perfil Hemodinámico:			Popíteo <u>N</u> Pedio <u>N</u> Femoral <u>N</u>								

Llenado capilar: Miembro torácico. <u>3</u> seg Miembro pélvico. <u>3</u> seg Ingurgitación yugular: SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Dolor precordial: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tipo de dolor: _____ Irradiación: _____	
Hepatomegalia: SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Presenta dolor a la palpación: SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Edema: SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Signo: _____ + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> ++++ <input type="checkbox"/>	
Aurosculosis: M.Torácico + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> ++++ <input type="checkbox"/> M.Pélvico <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> ++++ <input type="checkbox"/>	
Marcapasos: SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Definitivo <input type="checkbox"/> Frecuencia _____ Amperaje _____ Sensibilidad _____ Datos subjetivos: _____	Trazo ECG Ritmo _____ Alteraciones: _____
Soporte Cardíaco: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inotrópico: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otros: _____ Datos subjetivos: _____ Dependencia <input type="checkbox"/> Independencia <input type="checkbox"/>	
2. NECESIDAD DE ALIMENTACION E HIDRATACION	
Peso: <u>33.4</u> Talla: <u>1.60</u> Índice de masa corporal (IMC): <u>13.3</u> Diámetro cintura: <u>82</u> cm Coloración de la piel: <u>Ligera palidez</u> Características del cabello: <u>No tiene</u> Días a la semana que consume: Carne roja (res, cerdo) <input checked="" type="checkbox"/> Carne blanca (pollo, pescado) <input checked="" type="checkbox"/> Verduras <input checked="" type="checkbox"/> Frutas <input checked="" type="checkbox"/> Cereales <input checked="" type="checkbox"/> Lácteos <input type="checkbox"/> Leguminosas <input checked="" type="checkbox"/> Vegetales <input type="checkbox"/> Cantidad de: Sal <input type="checkbox"/> Azúcar <input checked="" type="checkbox"/> Nº de tortillas <u>8</u> Pan blanco <input checked="" type="checkbox"/> Pan dulce <input type="checkbox"/> veces por día <input type="checkbox"/> a la semana Agua natural <u>1</u> y Litros por día Agua con frutas naturales _____ Litros por día Aguas con sabores artificiales _____ Litros por día Gaseosas <u>1</u> por día Café <u>1</u> por día Té _____ por día Consume alcohol: SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo: Frituras <u>1</u> por día <u>1-2</u> a la semana Dulces <u>1</u> veces por día <u>3</u> a la semana Comidas que realiza al día en casa: <u>3</u> Comidas que realiza fuera de casa: <u>0</u> En caso de ingerir alimentos fuera de casa: ¿Cuáles son los más frecuentes? _____ Como considera su alimentación (cantidad y calidad) <u>Buena</u>	
Estado de la cavidad oral: Mucosa oral <u>Semihidratada</u> Dentadura: Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Caries: No _____ Uso de prótesis dental: No _____ Datos subjetivos: _____ Dependencia <input type="checkbox"/> Independencia <input checked="" type="checkbox"/>	
3. NECESIDAD DE ELIMINACION	
Patrón urinario: Frecuencia: <u>1c/243</u> Veces al día _____ Características: <u>Amarillo y concentrada</u> Anuria <input type="checkbox"/> Oliguria <input type="checkbox"/> Poliuria <input type="checkbox"/> Poliquiuria <input type="checkbox"/> Disuria <input type="checkbox"/> Nicturia <input type="checkbox"/> Tenesmo <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/> Orina intermitente <input type="checkbox"/> Color: Normal <input checked="" type="checkbox"/> Hematúrica <input type="checkbox"/> Colúrica <input type="checkbox"/> Otros _____ Uso de diuréticos: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Acompañamiento al sanitario <input type="checkbox"/> Proporcionar cómodo/orinal <input type="checkbox"/> Pañal <input type="checkbox"/> Sonda vesical <input checked="" type="checkbox"/> Diálisis <input type="checkbox"/> Hemodiálisis <input checked="" type="checkbox"/>	
Patrón Intestinal: Frecuencia habitual <u>1</u> veces al día Normal <input checked="" type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/> Características: Acolia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Mucolde <input type="checkbox"/> Pastosa <input checked="" type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> c/sangre fresca <input type="checkbox"/> Fétida <input type="checkbox"/> Acompañamiento al sanitario <input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar cómodo <input type="checkbox"/> Pañal <input type="checkbox"/> Uso de laxantes: SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Dispositivos de drenaje _____ Menstruación <input type="checkbox"/> Vol: Alto Medio Bajo FUM _____ Datos subjetivos: _____ Dependencia <input checked="" type="checkbox"/> Independencia <input type="checkbox"/>	
4. NECESIDAD DE TERMORREGULACION	
Temperatura: <u>35.8°C</u> Normotermia <input type="checkbox"/> Hipotermia <input checked="" type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/> Diaforesis: SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Datos subjetivos: _____ Dependencia <input checked="" type="checkbox"/> Independencia <input type="checkbox"/>	

6. NECESIDAD DE HIGIENE	
Coloración de la piel: Pálida <input checked="" type="checkbox"/> Rubicunda <input type="checkbox"/> Mamórea <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Equimosis <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/>	
Estado de la piel: Hidratada <input checked="" type="checkbox"/> Deshidratada <input type="checkbox"/> Intgra <input type="checkbox"/> Con lesión <input type="checkbox"/> Petequias <input type="checkbox"/>	
Tipo de lesión: 1. Quirúrgica Proceso de cicatrización <input type="checkbox"/> Infectada <input type="checkbox"/> Dehiscnte <input type="checkbox"/> 2. Úlcera por presión I II III IV Proceso de cicatrización <input type="checkbox"/> Infectada <input type="checkbox"/> 3. Úlcera venosa I II III IV Proceso de cicatrización <input type="checkbox"/> Infectada <input type="checkbox"/> 4. Úlcera diabética I II III IV Proceso de cicatrización <input type="checkbox"/> Infectada <input type="checkbox"/> 5. Otra _____ Proceso de cicatrización <input type="checkbox"/> Infectada <input type="checkbox"/>	
Datos subjetivos _____ Dependencia <input type="checkbox"/> Independencia <input type="checkbox"/> Localización: _____	
8. NECESIDAD DE MOVILIDAD	
Actividad física: Deambulación: Independiente <input type="checkbox"/> Rilla de ruedas <input checked="" type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Andadera <input type="checkbox"/> Bastón <input type="checkbox"/> Movilidad en cama: Se mueve solo <input checked="" type="checkbox"/> Suplencia total: inmóvil <input type="checkbox"/> Datos subjetivos: Paraplejía, movimientos involuntarios en miembros inferiores, sensibilidad ausente	Dependencia <input checked="" type="checkbox"/> Independencia <input type="checkbox"/>
7. NECESIDAD DE SEGURIDAD	
Dolor: No <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Localización: _____ Intensidad: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Etapa de la vida (neonato, lactante mayor o menor, preescolar, escolar, adulto joven, adulto mayor, vejez): Adulto Joven	
Estado cognitivo: Perceptivo <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Ombliado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Riesgo de caída: Bajo <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Alto <input checked="" type="checkbox"/> Sujeción: SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Valoración de Norton: 12	
Deficiencias senso-perceptivas: Visuales <input type="checkbox"/> Auditivas <input type="checkbox"/> Otras: _____ Uso de anteojos y lentes de contacto: SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Uso de dispositivos auditivos: SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Uso de prótesis en extremidades: SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Actitud ante el ingreso: Colaborador <input checked="" type="checkbox"/> Confiado <input type="checkbox"/> Reticente <input type="checkbox"/> Agresivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> Factores de riesgo: HAS <input checked="" type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Síncope <input type="checkbox"/> Arritmias <input type="checkbox"/> INR <input type="checkbox"/> Sufrir o ha sufrido de lipotimia: SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Riesgo laboral: _____ Adicciones: _____	
Cocina con leña o carbón: SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Ingesta de bebidas alcohólicas: SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Frecuencia: _____ Maneja automóvil: SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se sabe portador de: Prótesis valvulares cardíacas _____ Marcapasos definitivo: SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Desfibrilador interno: SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Endoprótesis vasculares: SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Ingiera alguno de los siguientes medicamentos: Anticoagulantes orales: SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Antihipertensivos: SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Betabloqueadores: SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Ansiolíticos: SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Antidepresivos: SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Hipoglucemiantes: SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Insulina de acción rápida o intermedia: SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Datos subjetivos: _____ Dependencia <input checked="" type="checkbox"/> Independencia <input type="checkbox"/>	
8. NECESIDAD DE REPOSO Y BUENO	
Duermes bien: SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> En caso negativo ¿cuál es la causa? _____ Nº de horas: 8-9 hrs ¿Se despierta con frecuencia? SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo ¿cuál es la causa? _____ Duermes durante el día: SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Necesita algún facilitador del sueño como: Música <input type="checkbox"/> Masaje <input type="checkbox"/> Lectura <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Tipo de medicamentos: _____ Su entorno le favorece el relax y sueño: SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> La estancia en el hospital le produce ansiedad? SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Datos subjetivos: Presenta alteraciones del sueño cuando lleva un periodo largo sin HD e inicia con sudoración en cara y cuello sintiendo calor en su cuerpo Dependencia <input checked="" type="checkbox"/> Independencia <input type="checkbox"/>	

9. NECESIDAD DE COMUNICACION	
Su comunicación es: <u>Clara</u> Confusa Afásica Incapaz	
Limitaciones físicas para la comunicación: <u>No</u>	
Se expresa en otra lengua: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Cuál? _____	
Manifiesta:	
Emociones y sentimientos Temores Problemas sociales Le cuesta pedir ayuda Le cuesta aceptar ayuda	
Cómo se concibe (Autoconcepto) <u>consciente sobre su enfermedad y tratamiento</u>	
Expresa Ud con facilidad sus sentimientos y pensamientos? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso negativo ¿por qué? _____	
¿Cree que es tomado en cuenta para las decisiones familiares? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Cómo ha afectado su enfermedad la relación de pareja, familiar y comunal? <u>Economía, transporte y tiempo</u>	
De acuerdo a su percepción ¿cuáles son sus principales valores? <u>Respeto, honestidad, responsabilidad, amor</u>	
Tipo de relación (E: Excelente B:Buena R: Regular M: Mala)	
Familia <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M Vecinos <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M Compañeros de Trabajo <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M	
Utiliza mecanismos de defensa (ira, miedo, negación, evasión)	
Datos subjetivos: _____	
Dependenola <input type="checkbox"/> Independenola <input type="checkbox"/>	
10. NECESIDAD DE VIVIR SEGUN CREENCIAS Y VALORES	
Pertenece algún grupo religioso o asoci <input checked="" type="checkbox"/> ? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Cuál? <u>Católico</u>	
Solicita apoyo religioso Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Asiste a actividades religiosas Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Cada cuando? _____	
Sus creencias: <u>Le ayudan</u> No ayudan No Interfieren <input checked="" type="checkbox"/>	
Le preocupa el hecho de disminuir sus actividades por su estado de salud? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Dependenola <input type="checkbox"/> Independenola <input type="checkbox"/>	
11. NECESIDAD DE APRENDIZAJE	
Conoce el motivo de su ingreso Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Conoce su padecimiento Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Conoce su tratamiento Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Tiene inquietudes sobre su salud Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Cuál? _____	
Conoce los signos de alarma de su padecimiento? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Datos subjetivos _____	
Dependenola <input type="checkbox"/> Independenola <input checked="" type="checkbox"/>	
12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y AUTORREALIZARSE	
Cuenta con trabajo actualmente Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Su trabajo le proporciona satisfacción Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Su estado de salud le impide hacer cosas que le gustaría realizar Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Se siente satisfecho en estos momentos con los que realiza actualmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Su situación actual de salud ha modificado sus actividades laborales Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Datos subjetivos <u>Debido a su padre/la no trabaja pero refiere ayudarle a su madre a las labores domésticas.</u>	
Dependenola <input checked="" type="checkbox"/> Independenola <input type="checkbox"/>	
13. NECESIDAD DE ELEGIR ROPA ADECUADA	
Requiere de apoyo para vestirse? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Tipo de ropa que le gusta usar <u>Camisas y pantalones no apretados</u>	
El cambio de ropa cada cuando lo realiza? <u>Cada 3 días</u>	
La forma de vestir es adecuada al lugar y las circunstancias? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Datos subjetivos _____	
Dependenola <input checked="" type="checkbox"/> Independenola <input type="checkbox"/>	

14. NECESIDAD DE REALIZAR ACTIVIDADES RECREATIVAS, SEXUALIDAD Y REPRODUCCION

Qué actividad realiza en su tiempo libre? Resolver sopa de letras
Cual es su diversion pretendida? Ser muy sociable y estar con sus amigos

Su estado de salud modifíco su forma de divertirse? Si No La distribución de su tiempo es equilibrada entre trabajo y recreacion Si No

Etapa reproductiva Si No Menarca _____ Uso de metodo para control natal _____
Nº embarazos _____ Eutócicos _____ Cesáreas _____ Abortos _____ Obitos _____

Vida sexual activa Si No En caso afirmativo son consideradas satisfactorias? Si No Con que lo relaciona? _____

Andropausia Si No Menopausia Si No

Apoyo hormonal Si No Cual en caso afirmativo? _____

Datos subjetivos _____

Dependencia Independencia

Anexo 7.

**Cuadro 4. Resultados de laboratorios en la valoración exhaustiva
17/ Abril/2014.**

LABORATORIOS	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
Urea (BUN)	46.83 mg/dl	8 – 18 mg/dl
Creatinina	5.46 mg/dl	0.70 – 1.30 mg/dl
Calcio	8.94 mg/dl	8.50 -10.50 mg/dl
Fosforo	4.57 mg/dl	2.50 -5 mg/dl
Hemoglobina	7.2 g/dl	14.5 -17.7 g/dl
Hematocrito	20.9 %	42.6 – 52.6 %
Plaquetas	149 $10^3/\mu\text{l}$	150 – 450 $10^3/\mu\text{l}$
Leucocitos	3.8 $10^3/\mu\text{l}$	4.0 – 10.5 $10^3/\mu\text{l}$

Fuente: Laboratorio clínico del INC

Anexo 8.

Cuadro 5. Escala de valoración de Norton

Estado General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
4. Bueno	4. Alerta	4. Caminando	4. Total	4. Ninguna
3. Débil	3. Apático	3. Con ayuda	3. Disminuida	3. Ocasional
2. Malo	2. Confuso	2. Sentado	2. Muy limitada	2. Urinaria
1. Muy malo	1. Estuporoso	1. En cama	1. Inmóvil	1. Doble Incontinencia

Fuente: Norton D, McLaren R, Exton Smith AN. An investigation of geriatric nursing problems in hospital Edinburgh: Churchill Livingston, 1975

Anexo 9.

Cuadro 6. Escala riesgo de caídas

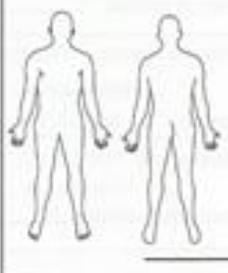
FACTORES DE RIESGO	PUNTAJE
Limitación física	2
Estado mental alternado	3
Tratamiento farmacológico que implica riesgos	2
Problemas de idioma o socioculturales	2
Pacientes sin factores de riesgo evidentes	1
Total de puntos	10

ESCALA DE CLASIFICACION	PUNTAJE	CÓDIGO
Alto riesgo	4 a 10	Rojo
Mediano riesgo	2 a 3	Amarillo
Bajo riesgo	0 a 1	Verde

Fuente: Ortega- Vargas, et. Manual de evaluación de la calidad del servicio de enfermería: Estrategias para su aplicación. 2a ed. Médica Panamericana; Mexico.2009

Anexo 10. Formato de valoración focalizada del día 1/ Mayo/2014

 INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA HOJA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	
Edad: <u>24</u> Talla: <u>1.50</u> cm Peso: <u>40.100</u> kg Diagnóstico médico: <u>Insuficiencia renal crónica</u>	<h2>Valoración del 1/Mayo/2014</h2>
Datos sociales: Vivo con: Su familia <input checked="" type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Escolaridad: <u>Secundaria</u>	
Religión: <u>Católica</u> Estado civil: <u>Soltero</u>	
Antecedentes personales: Alergias: No <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Especificar: _____	
Hábitos tóxicos: Tabaco <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Otras drogas <input type="checkbox"/> Hospitalizaciones previas: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tratamiento farmacológico ambulatorio: <u>Calcitriol 3 Tab diarias, Acido Fólico 1 Tab diaria, 1 Tab Ipratib</u>	
1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN	
ÁREA PULMONAR	
Fr: <u>24</u> resp. X min. Dificultad para respirar: Apnea <input type="checkbox"/> Disnea <input type="checkbox"/> En esfuerzo <input type="checkbox"/> En reposo <input type="checkbox"/>	
Secreciones bronquiales: No <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Características: _____ Dificultad para la expectoración: No <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Epistaxis <input type="checkbox"/>	
Ruidos respiratorios: Normales: Vesicular <input checked="" type="checkbox"/> Broncovesicular <input type="checkbox"/> Anormales: Estertores <input type="checkbox"/> Sibilancias <input type="checkbox"/> Roco pleural <input type="checkbox"/>	
Suplemento de O ₂ : Nebulizador: _____ O ₂ Cáteter nasal: _____ lts. X min.	
Ventilación mecánica: No <input checked="" type="checkbox"/> invasiva <input type="checkbox"/> No invasiva <input type="checkbox"/> # de cánula: _____ Modalidad: _____ Vol. corr. _____ FIO ₂ _____ Flujo _____ P. Soporte _____ PEEP _____ Sensibilidad _____	
Gasometría arterial: Hora: _____ PO ₂ _____ PCO ₂ _____ pH _____ HCO ₃ _____	
Color de piel y mucosas: Palidez <input checked="" type="checkbox"/> Cianosis central <input type="checkbox"/> Cianosis periférica <input type="checkbox"/>	
Control radiológico: Congestión pulmonar <input type="checkbox"/> Infiltrados <input type="checkbox"/> Foco neumónico <input type="checkbox"/> Derrame <input type="checkbox"/>	
Datos subjetivos: _____	
ÁREA CARDIOVASCULAR	
Fc: <u>90</u> latidos por minuto Presión arterial: <u>165/84</u> mmHg	Pulso: N = Normal D = Dóbil P = Paradójico A = Ausente Carótideo <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Humeral <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Radial <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Popíteo <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pedio <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Femoral <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Llenado capilar: Miembro sup. <u>3</u> seg. Miembro inf. <u>3</u> seg. Ingurgitación yugular: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Hepatomegalia: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Dolor precordial: <input type="checkbox"/>	
Edema: No <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> SISO: _____ + <input type="checkbox"/> ** <input type="checkbox"/> *** <input type="checkbox"/> **** <input type="checkbox"/>	
Marepaso: No <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Temp. <input type="checkbox"/> Def. <input type="checkbox"/> Frecuencia: _____ Amperaje: _____ Datos Subjetivos: _____	<h3>TRAZO ECG</h3>
Ritmo: _____ Alteraciones: _____	

2. NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN / HIDRATACIÓN	
Dieta habitual: Carnes <input checked="" type="checkbox"/> Verduras <input checked="" type="checkbox"/> Frutas <input checked="" type="checkbox"/> Harinas <input type="checkbox"/> Leguminosas <input checked="" type="checkbox"/> Lácteos <input checked="" type="checkbox"/> Hojas verdes <input type="checkbox"/>	
Consistencia de la dieta: Normal <input checked="" type="checkbox"/> Blanda <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Bebidas frec: Refresco <input checked="" type="checkbox"/> Café <input checked="" type="checkbox"/> Agua <input checked="" type="checkbox"/>	
Ingesta de líquidos por 24 hrs: Menor de 1 litro <input checked="" type="checkbox"/> De 1 a 2 litros <input type="checkbox"/> Mayor de 2 litros <input type="checkbox"/>	
Apetito: Conservado <input checked="" type="checkbox"/> Aumentado <input type="checkbox"/> Disminuido <input type="checkbox"/> Suplencia para la aliment.: No <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/>	
Estado de la cavidad oral: Sin caries <input checked="" type="checkbox"/> Caries <input type="checkbox"/> Prótesis dental: Fija <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/>	
Mucosas orales: Hidratadas <input checked="" type="checkbox"/> Semihidratadas <input type="checkbox"/> Deshidratadas <input type="checkbox"/> Adoncia: Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/>	
Problemas: Masticación <input type="checkbox"/> Deglución <input type="checkbox"/> Intolerancia <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vómito <input type="checkbox"/> Características: _____	
Sonda de alimentación: No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Alteraciones de peso: No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/>	
Datos subjetivos: _____	
3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN	
Patrón urinario: Anuria <input type="checkbox"/> Oliguria <input checked="" type="checkbox"/> Poluria <input type="checkbox"/> Poliaguria <input type="checkbox"/> Disuria <input type="checkbox"/> Nicturia <input type="checkbox"/> Teneamo <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/>	
Orina intermitente <input type="checkbox"/> Frecuencia: <u>1c/2º3 días</u> veces al día. Carac. normales: Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Color: Normal <input checked="" type="checkbox"/> Hematúrica <input type="checkbox"/> Colúrica <input type="checkbox"/> Otro _____ Uso de diuréticos: Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Suplencia parcial: Acompañamiento al sanitario <input checked="" type="checkbox"/> Pañal <input type="checkbox"/> Proporcionar cómodo/orinal <input type="checkbox"/> Otro _____	
Suplencia total: Sonda vesical <input type="checkbox"/> D. peritoneal <input type="checkbox"/> Hemodiálisis <input checked="" type="checkbox"/>	
Patrón intestinal: Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/>	
Frecuencia: <u>1</u> veces al día Normal <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Características: Acolia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Mucóide <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Fétida <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> C/sangre fresca <input type="checkbox"/>	
Suplencia parcial: Acompañamiento al sanitario <input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar cómodo <input type="checkbox"/> Pañal <input type="checkbox"/> Otro _____	
Suplencia total: Ostomía <input type="checkbox"/> Otro _____	
Datos subjetivos: _____	
4. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN	
Temperatura: Normotermia <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/>	
Diaforesis: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
Datos subjetivos: _____	
5. NECESIDAD DE HIGIENE	
Coloración de la piel: Pálida <input checked="" type="checkbox"/> Rubicunda <input type="checkbox"/> Marmórea <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Equimosis <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/>	
Estado de la piel: Hidratada <input checked="" type="checkbox"/> Deshidratada <input type="checkbox"/> Integra <input checked="" type="checkbox"/> Con lesión <input type="checkbox"/> Petequias <input type="checkbox"/>	
Tipo de lesión:	
1. Quirúrgica: Proceso de cicatrización <input type="checkbox"/> Infección <input type="checkbox"/> Dehiscencia <input type="checkbox"/>	
2. Úlcera por presión: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Proceso de cicatrización <input type="checkbox"/> Infección <input type="checkbox"/>	
3. Úlcera venosa: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Proceso de cicatrización <input type="checkbox"/> Infección <input type="checkbox"/>	
4. Úlcera diabética: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Proceso de cicatrización <input type="checkbox"/> Infección <input type="checkbox"/>	
5. Otra _____ Proceso de cicatrización <input type="checkbox"/> Infección <input type="checkbox"/>	
Suplencia parcial: Baño de regadera asistido <input type="checkbox"/>	
Suplencia total: Baño de esponja <input checked="" type="checkbox"/>	
Datos Subjetivos: _____	

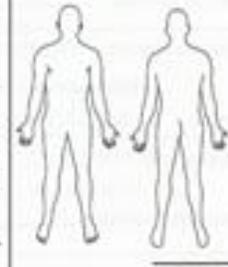
6. NECESIDAD DE MOVILIDAD	
Edo. de conciencia:	Conciente <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Letárgico <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Inconciente <input type="checkbox"/>
Sedación:	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Norton _____
Deambulaci3n:	Independiente <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Andadera <input type="checkbox"/> Bast3n <input type="checkbox"/>
Movilizaci3n en cama:	Se mueve solo <input type="checkbox"/> Suplencia total: Inm3vil <input type="checkbox"/>
Vestirse:	Independiente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependiente <input type="checkbox"/> Totalmente dependiente <input type="checkbox"/>
Datos subjetivos:	_____
7. NECESIDAD DE SEGURIDAD	
Dolor:	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Localizaci3n: _____ Intensidad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
Estado cognoscitivo:	Perceptivo <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Obnubilado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/>
Riesgo de caida:	Bajo <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Sujeci3n: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Deficiencias senso-perceptivas:	Visuales <input type="checkbox"/> Auditivas <input type="checkbox"/> Otras _____ INR _____
Actitud ante el ingreso:	Colaborador <input type="checkbox"/> Confiado <input type="checkbox"/> Reticente <input type="checkbox"/> Agresivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/>
Factores de riesgo:	HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> S3ncope <input type="checkbox"/> Arritmias <input type="checkbox"/> Medicaci3n <input type="checkbox"/>
Datos subjetivos:	_____
8. NECESIDAD DE REPOSO Y SUEÑO	
Duerme bien:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Porqu3? _____ No. de horas: _____
Necesita medicaci3n:	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Tipo de medicaci3n: _____
Duerme durante el d3a:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Datos subjetivos:	_____
9. NECESIDAD DE COMUNICACI3N/CREENCIAS	
Su comunicaci3n es:	Clara <input type="checkbox"/> Confusa <input type="checkbox"/> Afásica <input type="checkbox"/> Incapaz <input type="checkbox"/>
Manifiesta:	Emociones y sentimientos <input type="checkbox"/> Problemas sociales <input type="checkbox"/> Le cuesta pedir ayuda <input type="checkbox"/> Le cuesta aceptar ayuda <input type="checkbox"/>
	Solicita apoyo religioso <input type="checkbox"/> Se expresa en otro idioma No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____
Sus creencias:	Le ayudan <input type="checkbox"/> No ayudan <input type="checkbox"/> No interfieren <input type="checkbox"/>
De acuerdo a sus creencias, ¿tiene alg3n obstáculo para su tratamiento?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Datos subjetivos:	_____
10. NECESIDAD DE APRENDIZAJE/RECREATIVAS	
Conoce el motivo de su ingreso:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Conoce su padecimiento:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Conoce su tratamiento: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tiene inquietudes sobre su salud:	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> ¿Cuáles?: _____
Demanda actividades recreativas:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Qué necesita aprender sobre su enfermedad?	_____
Datos subjetivos:	_____
Forma 500-05	

Anexo 11. Formato de valoración focalizada del día 6/ Mayo/2014

 INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA HOJA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	
Edad: <u>24</u> Talla: <u>1.50</u> cm Peso: <u>40.500</u> kg Diagnóstico médico: <u>Insuficiencia renal crónica</u>	<h2>Valoración del 6/Mayo/2014</h2>
Datos sociales: Vive con: Su familia <input checked="" type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/>	
Escolaridad: <u>Secundaria</u>	
Religión: <u>Católica</u> Estado civil: <u>Soltero</u>	
Antecedentes personales: Alergias: No <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Especificar: _____	
Hábitos tóxicos: Tabaco <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Otras drogas <input type="checkbox"/> Hospitalizaciones previas: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tratamiento farmacológico ambulatorio: <u>Calcitriol 3 Tab diarias, Aodo Folico 1 Tab diaria, 1 Tab Imatinib</u>	
1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN	
ÁREA PULMONAR	
Fr: <u>24</u> resp. X min.	Dificultad para respirar: Apnea <input type="checkbox"/> Disnea <input type="checkbox"/> En esfuerzo <input type="checkbox"/> En reposo <input type="checkbox"/>
Secreciones bronquiales: No <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Características: _____	
Dificultad para la expectoración: No <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Epistaxis <input type="checkbox"/>	
Ruidos respiratorios: Normales: Vesicular <input checked="" type="checkbox"/> Broncovesicular <input type="checkbox"/> Anormales: Estertores <input type="checkbox"/> Sibilancias <input type="checkbox"/> Roco pleural <input type="checkbox"/>	
Suplemento de O ₂ : Nebulizador _____ O ₂ Catéter nasal _____ lts. X min.	
Ventilación mecánica: No <input checked="" type="checkbox"/> Invasiva <input type="checkbox"/> No invasiva <input type="checkbox"/> # de cánula _____ Modalidad _____ Vol. corr. _____ FiO ₂ _____ Flujo _____ P. Soporte _____ PEEP _____ Sensibilidad _____	
Gasometría arterial: Hora: _____ PO ₂ _____ PCO ₂ _____ pH _____ HCO ₃ _____	
Color de piel y mucosas: Palidez <input checked="" type="checkbox"/> Cianosis central <input type="checkbox"/> Cianosis periférica <input type="checkbox"/>	
Control radiológico: Congestión pulmonar <input type="checkbox"/> Infiltrados <input type="checkbox"/> Foco neumónico <input type="checkbox"/> Derrame <input type="checkbox"/>	
Datos subjetivos: _____	

ÁREA CARDIOVASCULAR	
Fc: <u>125</u> latidos por minuto	Pulso: N = Normal D = Débil P = Paradójico A = Ausente
Presión arterial: <u>106/63mmHg</u>	Carotideo <input checked="" type="checkbox"/> <u>NO/PA</u> Humeral <input checked="" type="checkbox"/> <u>NO/PA</u> Radial <input checked="" type="checkbox"/> <u>NO/PA</u> Popliteo <input checked="" type="checkbox"/> <u>NO/PA</u> Pedio <input checked="" type="checkbox"/> <u>NO/PA</u> Femoral <input checked="" type="checkbox"/> <u>NO/PA</u>
Llenado capilar: Miembro sup. <u>4</u> seg. Miembro inf. <u>4</u> seg. Ingurgitación yugular: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Hepatomegalia: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Dolor precordial: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
Edema: No <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Sitio: _____ * <input type="checkbox"/> ** <input type="checkbox"/> *** <input type="checkbox"/> **** <input type="checkbox"/>	
Marcapaso: No <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Temp. <input type="checkbox"/> Def. <input type="checkbox"/> Frecuencia: _____ Amperaje: _____	
Datos Subjetivos: _____	
	TRAZO ECG 
	Ritmo: <u>Sinusal</u> Alteraciones: _____

2. NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN / HIDRATACIÓN	
Dieta habitual: Carnes <input checked="" type="checkbox"/> Verduras <input checked="" type="checkbox"/> Frutas <input checked="" type="checkbox"/> Harinas <input type="checkbox"/> Leguminosas <input checked="" type="checkbox"/> Lácteos <input checked="" type="checkbox"/> Hojas verdes <input type="checkbox"/>	
Consistencia de la dieta: Normal <input checked="" type="checkbox"/> Blanda <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Bebidas frec: Refresco <input checked="" type="checkbox"/> Café <input checked="" type="checkbox"/> Agua <input checked="" type="checkbox"/>	
Ingesta de líquidos por 24 hrs: Menor de 1 litro <input checked="" type="checkbox"/> De 1 a 2 litros <input type="checkbox"/> Mayor de 2 litros <input type="checkbox"/>	
Apetito: Conservado <input checked="" type="checkbox"/> Aumentado <input type="checkbox"/> Disminuido <input type="checkbox"/> Suplencia para la aliment.: No <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/>	
Estado de la cavidad oral: Sin caries <input checked="" type="checkbox"/> Caries <input type="checkbox"/> Prótesis dental: Fija <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/>	
Mucosas orales: Hidratadas <input checked="" type="checkbox"/> Semihidratadas <input type="checkbox"/> Deshidratadas <input type="checkbox"/> Adencia: Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/>	
Problemas: Masticación <input type="checkbox"/> Deglución <input type="checkbox"/> Intolerancia <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vómito <input type="checkbox"/> Características: _____	
Sonda de alimentación: No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Alteraciones de peso: No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/>	
Datos subjetivos: _____	
3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN	
Patrón urinario: Anuria <input type="checkbox"/> Oliguria <input checked="" type="checkbox"/> Poliuria <input type="checkbox"/> Poliaquuria <input type="checkbox"/> Disuria <input type="checkbox"/> Nicuria <input type="checkbox"/> Tenesmo <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/>	
Orina intermitente <input type="checkbox"/> Frecuencia: <u>1c/2-3 días</u> veces al día. Carac. normales: Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Color: Normal <input checked="" type="checkbox"/> Hematúrica <input type="checkbox"/> Colúrica <input type="checkbox"/> Otro _____ Uso de diuréticos: Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Suplencia parcial: Acompañamiento al sanitario <input checked="" type="checkbox"/> Pañal <input type="checkbox"/> Proporcionar cómodo/orinal <input type="checkbox"/> Otro _____	
Suplencia total: Sonda vesical <input type="checkbox"/> D. peritoneal <input type="checkbox"/> Hemodiálisis <input checked="" type="checkbox"/>	
Patrón intestinal: Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/>	
Frecuencia: <u>1</u> veces al día Normal <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Características: Acolia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Mucóide <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Fétida <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> C/sangre fresca <input type="checkbox"/>	
Suplencia parcial: Acompañamiento al sanitario <input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar cómodo <input type="checkbox"/> Pañal <input type="checkbox"/> Otro _____	
Suplencia total: Ostomía <input type="checkbox"/> Otro _____	
Datos subjetivos: _____	
4. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN	
Temperatura: Normotermia <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/>	
Diaforesis: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
Datos subjetivos: _____	
5. NECESIDAD DE HIGIENE	
Coloración de la piel: Pálida <input checked="" type="checkbox"/> Rubicunda <input type="checkbox"/> Marmórea <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Equimosis <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/>	
Estado de la piel: Hidratada <input checked="" type="checkbox"/> Deshidratada <input type="checkbox"/> Integra <input checked="" type="checkbox"/> Con lesión <input type="checkbox"/> Petequias <input type="checkbox"/>	
Tipo de lesión:	
1. Quirúrgica: Proceso de cicatrización <input type="checkbox"/> Infeccionada <input type="checkbox"/> Dehiscente <input type="checkbox"/>	
2. Úlcera por presión: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Proceso de cicatrización <input type="checkbox"/> Infeccionada <input type="checkbox"/>	
3. Úlcera venosa: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Proceso de cicatrización <input type="checkbox"/> Infeccionada <input type="checkbox"/>	
4. Úlcera diabética: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Proceso de cicatrización <input type="checkbox"/> Infeccionada <input type="checkbox"/>	
5. Otra _____ Proceso de cicatrización <input type="checkbox"/> Infeccionada <input type="checkbox"/>	
Suplencia parcial: Baño de regadera asistido <input type="checkbox"/>	
Suplencia total: Baño de esponja <input checked="" type="checkbox"/>	
Datos Subjetivos: _____	

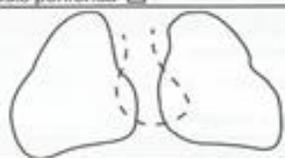


Anexo 12.

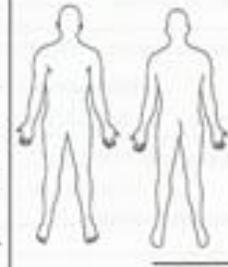
Cuadro 7. Laboratorios de valoración focalizada 6 /Mayo/2014

LABORATORIOS	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
BUN	38.84 mg/dl	8 – 18 mg/dl
Creatinina	5.92 mg/dl	0.70 – 1.30 mg/dl
Calcio	8.5 mg/dl	8.50 -10.50 mg/dl
Fosforo	5 mg/dl	2.50 -5 mg/dl
Hemoglobina	7.2 g/dl	14.5 -17.7 g/dl
Hematocrito	21%	42.6 – 52.6 %
Plaquetas	174 10 ³ /μl	150 – 450 10 ³ /μl
Leucocitos	3.6 10 ³ /μl	4.0 – 10.5 10 ³ /μl

Anexo 13. Formato de valoración focalizada del día 8/ Mayo/2014

 INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA HOJA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	
Edad: <u>24</u> Talla: <u>1.50</u> cm Peso: <u>40.200</u> kg Diagnóstico médico: <u>Insuficiencia renal crónica</u>	Valoración del 8/Mayo/2014
Datos sociales: Vive con: Su familia <input checked="" type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/>	
Escolaridad: <u>Secundaria</u>	
Religión: <u>Católica</u> Estado civil: <u>Soltero</u>	
Antecedentes personales: Alergias: No <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Especificar: _____	
Hábitos tóxicos: Tabaco <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Otras drogas <input type="checkbox"/> Hospitalizaciones previas: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tratamiento farmacológico ambulatorio: <u>Calcitriol 3 Tab diarias, Acido Fólico 1 Tab diaria, 1 Tab Imatinib</u>	
1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN ÁREA PULMONAR	
Fr: <u>20</u> resp. X min. Dificultad para respirar: Apnea <input type="checkbox"/> Disnea <input type="checkbox"/> En esfuerzo <input type="checkbox"/> En reposo <input type="checkbox"/>	
Secreciones bronquiales: No <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Características: _____	
Dificultad para la expectoración: No <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Epistaxis <input type="checkbox"/>	
Ruidos respiratorios: Normales: Vesicular <input checked="" type="checkbox"/> Broncovesicular <input type="checkbox"/> Anormales: Estertores <input type="checkbox"/> Sibilancias <input type="checkbox"/> Roco pleural <input type="checkbox"/>	
Suplemento de O ₂ : Nebulizador _____ O ₂ Catéter nasal _____ lts. X min.	
Ventilación mecánica: No <input checked="" type="checkbox"/> Invasiva <input type="checkbox"/> No invasiva <input type="checkbox"/> # de cánula _____ Modalidad _____ Vol. corr. _____ FIO ₂ _____ Flujo _____ P. Soporte _____ PEEP _____ Sensibilidad _____	
Gasometría arterial: Hora: _____ PO ₂ _____ PCO ₂ _____ pH _____ HCO ₃ _____	
Color de piel y mucosas: Palidez <input checked="" type="checkbox"/> Cianosis central <input type="checkbox"/> Cianosis periférica <input type="checkbox"/>	
Control radiológico: Congestión pulmonar <input type="checkbox"/> Infiltrados <input type="checkbox"/> Foco neumónico <input type="checkbox"/> Derrame <input type="checkbox"/>	
Datos subjetivos: _____	
ÁREA CARDIOVASCULAR	
Fc: <u>92</u> latidos por minuto	Pulso: N = Normal D = Débil P = Paradójico A = Ausente
Presión arterial: <u>138/62mmHg</u>	Carotídeo <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Humeral <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Radial <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Popíteo <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pedio <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Femoral <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Llenado capilar: Miembro sup. <u>2</u> seg. Miembro inf. <u>2</u> seg. Ingurgitación yugular: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Hepatomegalia: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Dolor precordial: <input type="checkbox"/>
Edema: No <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Sitio: _____ + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> ++++ <input type="checkbox"/>	
Marcapaso: No <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Temp. <input type="checkbox"/> Def. <input type="checkbox"/> Frecuencia: _____ Amperaje: _____	TRAZO ECG
Datos Subjetivos: _____	
Ritmo: _____ Alteraciones: _____	

2. NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN / HIDRATACIÓN	
Dieta habitual: Carnes <input checked="" type="checkbox"/> Verduras <input checked="" type="checkbox"/> Frutas <input checked="" type="checkbox"/> Harinas <input type="checkbox"/> Leguminosas <input checked="" type="checkbox"/> Lácteos <input checked="" type="checkbox"/> Hojas verdes <input type="checkbox"/>	
Consistencia de la dieta: Normal <input checked="" type="checkbox"/> Blanda <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Bebidas frec: Refresco <input checked="" type="checkbox"/> Café <input checked="" type="checkbox"/> Agua <input checked="" type="checkbox"/>	
Ingesta de líquidos por 24 hrs: Menor de 1 litro <input checked="" type="checkbox"/> De 1 a 2 litros <input type="checkbox"/> Mayor de 2 litros <input type="checkbox"/>	
Apetito: Conservado <input checked="" type="checkbox"/> Aumentado <input type="checkbox"/> Disminuido <input type="checkbox"/> Suplencia para la aliment.: No <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/>	
Estado de la cavidad oral: Sin caries <input checked="" type="checkbox"/> Caries <input type="checkbox"/> Prótesis dental: Fija <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/>	
Mucosas orales: Hidratadas <input checked="" type="checkbox"/> Semihidratadas <input type="checkbox"/> Deshidratadas <input type="checkbox"/> Adencia: Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/>	
Problemas: Masticación <input type="checkbox"/> Deglución <input type="checkbox"/> Intolerancia <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vómito <input type="checkbox"/> Características: _____	
Sonda de alimentación: No <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Alteraciones de peso: No <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/>	
Datos subjetivos: _____	
3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN	
Patrón urinario: Anuria <input type="checkbox"/> Oliguria <input checked="" type="checkbox"/> Poliuria <input type="checkbox"/> Poliaquuria <input type="checkbox"/> Disuria <input type="checkbox"/> Nicuria <input type="checkbox"/> Tenesmo <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/>	
Orina intermitente <input type="checkbox"/> Frecuencia: <u>1c/2-3 días</u> veces al día. Carac. normales: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Color: Normal <input checked="" type="checkbox"/> Hematúrica <input type="checkbox"/> Colúrica <input type="checkbox"/> Otro _____ Uso de diuréticos: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Suplencia parcial: Acompañamiento al sanitario <input checked="" type="checkbox"/> Pañal <input type="checkbox"/> Proporcionar cómodo/orinal <input type="checkbox"/> Otro _____	
Suplencia total: Sonda vesical <input type="checkbox"/> D. peritoneal <input type="checkbox"/> Hemodiálisis <input checked="" type="checkbox"/>	
Patrón intestinal: Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/>	
Frecuencia: <u>1</u> veces al día Normal <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Características: Acolia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Mucóide <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Fétida <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> C/sangre fresca <input type="checkbox"/>	
Suplencia parcial: Acompañamiento al sanitario <input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar cómodo <input type="checkbox"/> Pañal <input type="checkbox"/> Otro _____	
Suplencia total: Ostomía <input type="checkbox"/> Otro _____	
Datos subjetivos: _____	
4. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN	
Temperatura: Normotermia <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/>	
Diaforesis: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	
Datos subjetivos: _____	
5. NECESIDAD DE HIGIENE	
Coloración de la piel: Pálida <input checked="" type="checkbox"/> Rubicunda <input type="checkbox"/> Marmórea <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Equimosis <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/>	
Estado de la piel: Hidratada <input checked="" type="checkbox"/> Deshidratada <input type="checkbox"/> Integra <input checked="" type="checkbox"/> Con lesión <input type="checkbox"/> Petequias <input type="checkbox"/>	
Tipo de lesión:	
1. Quirúrgica: Proceso de cicatrización <input type="checkbox"/> Infeccionada <input type="checkbox"/> Dehiscente <input type="checkbox"/>	
2. Úlcera por presión: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Proceso de cicatrización <input type="checkbox"/> Infeccionada <input type="checkbox"/>	
3. Úlcera venosa: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Proceso de cicatrización <input type="checkbox"/> Infeccionada <input type="checkbox"/>	
4. Úlcera diabética: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Proceso de cicatrización <input type="checkbox"/> Infeccionada <input type="checkbox"/>	
5. Otra _____ Proceso de cicatrización <input type="checkbox"/> Infeccionada <input type="checkbox"/>	
Suplencia parcial: Baño de regadera asistido <input type="checkbox"/>	
Suplencia total: Baño de esponja <input checked="" type="checkbox"/>	
Datos Subjetivos: _____	



6. NECESIDAD DE MOVILIDAD						
Edo. de conciencia:	Conciente <input type="checkbox"/>	Desorientado <input type="checkbox"/>	Letárgico <input type="checkbox"/>	Comatoso <input type="checkbox"/>	Inconciente <input type="checkbox"/>	
Sedación:	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Norton _____			
Deambulaci3n:	Independiente <input type="checkbox"/>	Silla de ruedas <input type="checkbox"/>	Muletas <input type="checkbox"/>	Andadera <input type="checkbox"/>	Bast3n <input type="checkbox"/>	
Movilizaci3n en cama:	Se mueve solo <input type="checkbox"/>			Suplencia total: Inm3vil <input type="checkbox"/>		
Vestirse:	Independiente <input type="checkbox"/>	Parcialmente dependiente <input type="checkbox"/>		Totalmente dependiente <input type="checkbox"/>		
Datos subjetivos: _____						
7. NECESIDAD DE SEGURIDAD						
Dolor:	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Localizaci3n: _____	Intensidad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
Estado cognoscitivo:	Perceptivo <input type="checkbox"/>	Alerta <input type="checkbox"/>	Orientado <input type="checkbox"/>	Agitado <input type="checkbox"/>	Obnubilado <input type="checkbox"/>	Desorientado <input type="checkbox"/>
Riesgo de caida:	Bajo <input type="checkbox"/>	Mediano <input type="checkbox"/>	Alto <input type="checkbox"/>	Sujeci3n: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>		
Deficiencias senso-perceptivas:	Visuales <input type="checkbox"/>		Auditivas <input type="checkbox"/>	Otras _____	INR _____	
Actitud ante el ingreso:	Colaborador <input type="checkbox"/>	Confiado <input type="checkbox"/>	Reticente <input type="checkbox"/>	Agresivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>	Ansioso <input type="checkbox"/>
Factores de riesgo:	HAS <input type="checkbox"/>	DM <input type="checkbox"/>	Obesidad <input type="checkbox"/>	S3ncope <input type="checkbox"/>	Arritmias <input type="checkbox"/>	Medicaci3n <input type="checkbox"/>
Datos subjetivos: _____						
8. NECESIDAD DE REPOSO Y SUEÑO						
Duerme bien:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Porqu3? _____	No. de horas: _____		
Necesita medicaci3n:	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Tipo de medicaci3n: _____			
Duerme durante el d3a:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>				
Datos subjetivos: _____						
9. NECESIDAD DE COMUNICACI3N/CREENCIAS						
Su comunicaci3n es:	Clara <input type="checkbox"/>	Confusa <input type="checkbox"/>	Afásica <input type="checkbox"/>	Incapaz <input type="checkbox"/>		
Manifiesta:	Emociones y sentimientos <input type="checkbox"/>		Problemas sociales <input type="checkbox"/>	Le cuesta pedir ayuda <input type="checkbox"/>	Le cuesta aceptar ayuda <input type="checkbox"/>	
	Solicita apoyo religioso <input type="checkbox"/>		Se expresa en otro idioma	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	¿Cuál? _____
Sus creencias:	Le ayudan <input type="checkbox"/>		No ayudan <input type="checkbox"/>	No interfieren <input type="checkbox"/>		
De acuerdo a sus creencias, ¿tiene alg3n obstáculo para su tratamiento? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>						
Datos subjetivos: _____						
10. NECESIDAD DE APRENDIZAJE/RECREATIVAS						
Conoce el motivo de su ingreso:	Si <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>			
Conoce su padecimiento:	Si <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>		Conoce su tratamiento: Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tiene inquietudes sobre su salud:	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	¿Cuáles?: _____			
Demanda actividades recreativas:	Si <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>			
¿Qué necesita aprender sobre su enfermedad? _____						
Datos subjetivos: _____						
Forma 500-05						