



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Enfermería

Proceso de enfermería

Proceso Enfermero con el referente teórico de Dorothea E. Orem aplicado a una persona con insuficiencia renal crónica y diabetes mellitus I

Que para obtener el grado de:
Licenciado/a en Enfermería

Presenta:

PLE. MA. AMAYRANI MARTINEZ NAVA

Asesor (a):

Doctora en educación. Elva Rosa Valtierra Oba

Co-asesor (a):

Licenciado en enfermería. **RENATO HERNANDEZ CAMPOS**

Morelia, Mich. Marzo del 2016.



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Enfermería

Proceso Enfermero con el referente teórico de Dorothea E. Orem aplicado a una persona con insuficiencia renal crónica y diabetes mellitus I

Que para obtener el grado de:
Licenciado/a en Enfermería

Presenta:
PLE. MA. AMAYRANI MARTINEZ NAVA

Asesor (a):
Doctora en educación. Elva Rosa Valtierra Oba

Co-asesor (a):
Licenciado en enfermería. RENATO HERNANDEZ CAMPOS

Morelia, Mich. Marzo del 2016.

M.E. Ana Celia Anguiano Moran
Directora

M.S.P Julio Cesar González Cabrera
Secretario Académico

M.E. Mónica Lemus Loeza
Secretaría Administrativa

MESA SINODAL

DRA. EN EDUCACION ELVA ROSA VALTIERRA OBA

Presidenta

L.E.I RENATO HERNANDEZ CAMPOS

1° vocal

DRA. GEORGINA HERNANDEZ MATA

2° vocal

L.E.Q BRENDA MARTINEZ AVILA

1° suplente

DEDICATORIA

A lo largo de este camino, ahora un sueño hecho realidad desde que era una niña, aunque me tarde un poco ese día ha llegado el de mi titulación doy gracias a dios por la hermosa familia que tengo, a mi mama Margarita, a mis tíos Viky, Cri, Elpidia y Martin y a mis papas (abuelos) Inés y Mariano gracias por la confianza que siempre me han tenido por el apoyo incondicional y la motivación me han brindado a lo largo de mi vida ya que esto no solamente es esfuerzo mío sino también de ustedes ya que sin ustedes este sueño jamás hubiera sido realidad gracias por todo lo que han hecho por mí los amo mucho. También gracias a mi hija María Inés ya que por algunos momentos tuve que estar lejos de ella cuando estaba realizando este trabajo por las ocasiones en las que hubo poco tiempo para estar juntas, Inesita eres el motor de mi vida para seguir adelante y no rendirme nunca, te amo, gracias a Aurelio por brindarme tu tiempo y en los momentos difíciles animarme a seguir luchando te quiero mucho.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a las personas que junto conmigo colaboraron de una u otra manera a la realización de este proceso enfermero a mi paciente Y.Z.G ya que sin ella este trabajo no hubiera sido posible realizarlo. De igual manera le doy las más sinceras gracias a mi asesora la Dra. En educación Elva Rosa Valtierra Oba por brindarme y dedicarme su tiempo al igual que la paciencia que hubo a lo largo del trabajo.

INDICE

Resumen	1
Abstract.....	2
Cinco palabras clave	3
Introducción.....	3
Justificación.....	5
Objetivos.....	6
General	6
Específicos	7
Metodología	8
Marco teórico	9
Proceso de enfermería	9
Valoración.....	9
Diagnostico de enfermería.....	10
Planeación.....	10
Ejecución	10
Evaluación.....	11
Teoría general del déficit de auto cuidado de Dorothea Elizabeth Orem.	11
“5.1.1Factores condicionantes básicos	11
“5.1.2 Requisitos de autocuidado universales	12
Requisitos de autocuidado de desarrollo	12
Requisitos de autocuidado en el caso de desviación de la salud	14
Oremdefine la teoría de déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías las cuales se encuentran relacionadas:	15
Autocuidado	15
Requisitos de autocuidado	16
Requisitos de autocuidado personal.....	16

Requisitos de autocuidado de desarrollo	17
Necesidades de autocuidado terapéutico	18
La necesidad terapéutica de autocuidado en cualquier momento:	19
Actividades de autocuidado.....	19
Teoría del autocuidado.....	19
Historia natural de la enfermedad, problema o situación de salud que presenta la persona: insuficiencia renal crónica	20
V. Desarrollo del proceso de enfermería.....	23
5.1 Valoración basada en el referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem	23
5.1.1 Factores condicionantes básicos.....	23
Requisitos de autocuidado universales	24
5.1.3 Requisitos de autocuidado de desarrollo	25
5.1.1 caso clínico.....	27
5.1.1 Factores condicionantes básicos:	27
5.1.2 Requisitos de autocuidado universales	27
5.1.3 Requisitos de autocuidado de desarrollo	30
5.1.4 Requisitos de desviación de la salud:.....	30
Diagnósticos prioritarios para el paciente ordenados de acuerdo a los requisitos de autocuidado universal de Dorotea Elizabeth Orem	31
Diagnóstico de enfermería 1	33
(00026) exceso de volumen de líquidos relacionado con compromiso de los mecanismos reguladores manifestado con disminución de la hemoglobina, aportes superiores a las perdidas y aumento de peso en un corto periodo de 2 a 3 días.	33
5.3 Plan de Intervención	33
Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 10 Aumentar a: 25.....	34
Intervención de enfermería (Agencia de Enfermería):	35
5.4 Ejecución:	38
5.5. Evaluación	38
Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 10 Aumentar a: 25.....	39
Diagnóstico de enfermería 2	40

(00179) riesgo de nivel de glucemia inestable relacionado con aumento de peso y pérdida de peso.....	40
5.3 Plan de Intervención	40
Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 16 Aumentar a: 25	41
5.4. Ejecución:	44
5.5. Evaluación	44
Diagnóstico de enfermería 3	46
(00132) dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos manifestado por conducta expresiva inquietud, gemidos, irritabilidad, suspiros, mascara facial, observación de evidencias del dolor e informe verbal del dolor	46
5.3 Plan de Intervención	46
Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 9 Aumentar a:25	47
Intervención de enfermería (Agencia de Enfermería):	48
5.4 Ejecución	50
5.5. Evaluación	50
Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 9 Aumentar a: 25	51
Diagnóstico de enfermería 4	52
(00011) estreñimiento relacionado con actividad física insuficiente manifestado con eliminación heces duras, secas y formadas, disminución del volumen de las heces, y dolor al defecar	52
5.3 Plan de Intervención	52
Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 5 Aumentar a: 25	53
Intervención de enfermería (Agencia de Enfermería):	54
5.4 Ejecución	56
5.5. Evaluación	56
Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 5 Aumentar a: 25.....	57
Diagnóstico de enfermería 5	58
(00053) aislamiento social relacionado con alteraciones del bienestar manifestado por enfermedad y falta de personas de apoyo significativas.	58
5.3 Plan de Intervención	58
Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 8 Aumentar a: 25	59

Intervención de enfermería (Agencia de Enfermería):	60
5.4 Ejecución	62
Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 8 Aumentar a: 25	63
Diagnóstico de enfermería 6	64
(00048) deterioro de la dentición relacionado con déficit nutrimentales manifestado por enfermedad y falta de piezas dentales.	64
5.3 Plan de Intervención	64
Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 18 Aumentar a: 25	65
Intervención de enfermería (Agencia de Enfermería):	66
5.4 Ejecución	68
5.5. Evaluación	68
Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 18 Aumentar a: 25	69
Diagnóstico de enfermería 7	70
(00004) riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos	70
5.3 Plan de Intervención	70
Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 13 Aumentar a: 25	71
5.4 Ejecución	74
5.5. Evaluación	74
Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 13 Aumentar a: 25	75
Diagnóstico de enfermería 8	76
(00155) riesgo de caídas relacionado con dificultades visuales.....	76
5.3 Plan de Intervención	76
Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 13 Aumentar a: 25	77
Intervención de enfermería (Agencia de Enfermería):	78
5.4 Ejecución	80
5.5. Evaluación	80
Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 13 Aumentar a: 25	81
VI. Conclusiones.....	82
VII. Referencias bibliográficas.....	83

VIII. bibliografía.....	85
IX. Glosario de términos.....	86
9.1. Terminología medica	86
X. Anexos	91
10.1 Guía de valoración de (Dorotea Elizabeth Orem)	91
XII. Apéndices.....	111

Resumen

Proceso de enfermería: Valoración: Es la recolección de datos de un paciente entorno a su salud de forma organizada y sistemática. Diagnostico de enfermería: Es el enunciado del problema que requiere intervención para solucionarlo o disminuirlo. Planeación: son los problemas que se identificaron y requieren atención inmediata. Ejecución: Son las actividades que la enfermera planea y desarrolla con el paciente para lograr los resultados esperados y favorables. Evaluación: Es la comparación en el estado de salud del paciente y resultados esperados. Caso clínico: Femenina de 31 años de edad con Insuficiencia Renal Crónica y Diabetes Mellitus tipo I soltera, mantiene un peso de 45 Kg, glucosa de 203 mg/dl, gana de 1 a 3 kg cada que acude a su sesión de hemodiálisis de dos a tres días por semana, en su dentadura le faltan 5 muelas. Las características de las heces son duras ya que padece de estreñimiento, refiere anuria, refiere presentar amenorrea desde hace 8 meses por anemia ya que en los estudios realizados presenta una hemoglobina en el mes de diciembre de 9.46, enero de 11.80, febrero de 8.09. Presenta problemas visuales debido a un desprendimiento de retinas. En ocasiones se presenta depresión, ansiedad, desesperanza y negatividad, irritabilidad y culpa. Teoría del autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem: El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo por sí solas para

mantener su salud, desarrollo y bienestar como función reguladora, se debe aprender y desarrollar de manera deliberada y continúa.

Abstract

Nursing process: Rating: Is collecting data from a patient's environment to their health in an organized and systematic. Nursing diagnosis: The statement of the problem that requires intervention to fix it or decrease it. Planning: are the problems identified and require immediate attention. Implementation: Are the activities that the nurse plans and develops with the patient to achieve the expected and favorable results. Evaluation: The comparison in the health status of the patient and expected results. Case report: Women 31 years of age with Chronic Renal Failure and Diabetes Mellitus Type I single, maintains a weight of 45 kg, glucose 203 mg / dl, gains of 1 to 3 kg each that goes to his hemodialysis session two three days a week, in his teeth missing five teeth. The characteristics of the stool is hard because you have constipation, refers anuria, refers amenorrhoea for 8 months for anemia because in the studies presented hemoglobin in the month of December 9.46, January 11.80, February 8.09. It presents visual problems due to a detached retinas. Sometimes depression, anxiety, hopelessness and negativity, irritability and fault occurs. Self-care theory of Dorothea Elizabeth Orem: Self-care is a regulatory function of man people should conduct themselves to maintain their health, development and

welfare as a regulatory function, you must learn and develop deliberately and continues.

Cinco palabras clave

1. Insuficiencia
2. Renal
3. Crónica
4. Hemodiálisis
5. diabetes

Introducción

Enfermería: es la ciencia y el arte de proporcionar cuidados de precisión, prevención y tratamiento de las respuestas humanas del individuo familia y comunidad a procesos vitales problemas de salud reales o potenciales a si como la colaboración con los demás integrantes del equipo sanitario en la solución de las respuestas fisiopatológicas.(rodriguez sanchez, proceso enfermero, 2001)

El proceso de enfermería, es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente. Consta de cinco etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas, de tal forma

que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente: Valoración, Diagnostico de enfermería, Planificación, Ejecución y Evaluación.

La enfermera debe reunir una serie de competencias profesionales en las áreas del saber, saber hacer y saber ser y convivir para aplicar el proceso con facilidad y lograr cambios que favorezcan la salud del usuario, familia y comunidad. Las competencias del área del saber se refieren al dominio de conocimientos propios de la enfermería y de disciplinas afines y complementaria a la profesión, que son sustento teórico de los cuidados enfermeros y permiten abordar la problemática del usuario desde diferentes puntos de vista (biológico, psicológico, sociológico, antropológico, filosófico, etc.) (rodriguez, proceso enfermero aplicacion actual, 2002)

Cualquier enfermedad en el hombre es el resultado de un proceso dinámico, en donde diferentes elementos ambientales y características propias del hombre entran en interacción y concluyen con la ruptura del equilibrio llamado homeostasis. Toda esa red de interacciones ecológicas y humanas que concluyen finalmente con manifestaciones clínicas, incapacidad o muerte.

La Insuficiencia Renal Crónica en etapa terminal es el deterioro progresivo e irreversible de la función renal con incapacidad corporal para la conservación del equilibrio de líquidos, electrolitos y el metabolismo, lo cual termina en uremia que es la retención de urea y otros desechos nitrogenados en la sangre. Este

trastorno puede ser provocado por enfermedades sistémicas como diabetes mellitus. (brunner, enfermería médico quirúrgica, 1998)

Algunos cuidados de enfermería pueden presentarse mejor en forma de educación y de apoyo, enseñanza o guía del paciente en las medidas de autocuidado las enfermeras deben reflejar lo que planifican, hacen y finalmente evalúan. El modelo de Dorotea Elizabeth Orem facilita esto de forma efectiva abordando el déficit de autocuidado del paciente a través de una amplia valoración.

Justificación

El trabajo que presento se trata de un caso de insuficiencia renal crónica **con la finalidad de obtener el título de licenciada en enfermería** demostrar la importancia que tiene el proceso de enfermería en el ámbito hospitalario para las enfermeras (o) comprender al paciente, familia y entorno de acuerdo con sus respuestas humanas, la Insuficiencia Renal Crónica se caracteriza por una disminución progresiva e irreversible de la tasa de filtración glomerular y es causada por varias enfermedades y en algunos otros casos la misma enfermedad no tiene explicación en la persona enferma ya que se considera de etiología desconocida. (plum, tratado de medicina interna, 1997)

La incidencia de la Insuficiencia Renal Crónica en México se encuentra muy por arriba de la que registran otros países como Estados Unidos con 350 casos

registrados de IRC por cada millón de habitantes, Japón con menos de 300 casos registrados de IRC.

Conforme al reporte de Jalisco el crecimiento de casos nuevos ha sido notorio pues en el 2006 fueron 346 casos por cada millón de personas, en el 2007 fueron 372 casos por cada millón de personas, en el 2008 fueron 400 casos por cada millón de personas, en el 2009 fueron 419 casos por cada millón de personas, en el 2010 fueron 404 por cada millón de habitantes y en el 2011 fue un total de 527 casos por cada millón de habitantes.

De acuerdo al artículo de prevalencia de IRC y el programa de evaluación para la detección oportuna de enfermedad renal de México. La prevalencia en la ciudad de México es de 22% y en Jalisco es de 33%.

Prevalence of chronic kidney disease in the kidney early evaluation program (keep) México and comparison with keep us.
<http://www.nature.com/ki/journal/v77/n116s/full/ki2009540a.html>

Objetivos

General

Aplicar el proceso enfermero y sus cinco etapas en una persona con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) y Diabetes Mellitus I (DMI) con el fin de

establecer un plan de cuidados personalizado para favorecer el autocuidado y optimizar un estilo de vida saludable. Lo anterior referenciado en el marco de la teoría del Déficit del Autocuidado desarrollada por Dorothea E Orem y con el apoyo de la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) a través de las herramientas: NursingDiagnoses: Definitions&Classification, NursingOutcomeClasification (NOC)yNursingInterventionsClasification(NIC).

Específicos

1. Valorar el estado de salud de la persona seleccionada con base en los requisitos universales de la teoría de Dorothea E Orem.
2. Establecer los juicios clínicos pertinentes y determinar los diagnósticos de enfermería correspondientes.
3. Planear y priorizar las acciones conforme a los recursos disponibles y convenientes a través de diversas estrategias factibles.
4. Llevar a cabo las intervenciones planeadas y evaluar el desarrollo del plan de cuidados para evitar desviaciones en el mismo y realizar los ajustes necesarios oportunamente.

Metodología

El presente trabajo de enfermería basado con el referente teórico de Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem. El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos y una conducta que se encuentra presente en situaciones de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular factores que afectan su propio desarrollo y funcionamiento de su vida, salud o bienestar.

Se llevaron a cabo cada una de las etapas del proceso enfermero y se presentan los resultados de la metodología implementada. A quien se le realiza el proceso enfermero es una persona originaria de Puruandiro, Michoacán, diagnosticada con Insuficiencia Renal Crónica con 4 años de evolución y Diabetes mellitus tipo 1 con 13 años de evolución.

Con la cual en el primer contacto que se tuvo se explico el objetivo de estudio y los fines de la visita dentro del hospital y se obtuvo el consentimiento verbal y escrito.

Se llevo a cabo la explicación de la dinámica de trabajo, se valoro la paciente, se determinaron los diagnósticos, los planes de acción, se ejecutaron acciones y se presentan por último los resultados del presente Proceso.

Marco teórico

Proceso de enfermería

Valoración

Consiste en la recolección de datos de un paciente entorno a su salud de las personas, las familias o comunidad de forma organizada y sistemática, por lo tanto se desglosan en:

1. factores condicionantes básicos
2. requisitos de autocuidado universales
3. requisitos de autocuidado de desarrollo
4. desviación de la salud

Por lo cual son necesario para hacer el diagnóstico de enfermería; mediante esta fase podemos identificar los problemas reales o potenciales de individuos o grupos y permite planear logros que se requieren: facilitando la intervención de enfermería y se logra a través de las siguientes etapas:

- recolección de datos
- registro de datos obtenidos
- información general
- motivo de consulta
- resumen de historia clínica médica
- examen físico

Diagnostico de enfermería

Es el enunciado el problema real de alto riesgo, estado de bienestar para el sujeto de atención que requiere intervención para solucionarlo o disminuirlo con un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad basado en el conocimiento y ciencia de la enfermería.

Planeación

consiste en establecer prioridades la enfermera y el paciente o familia determinan en conjunto cuales de los problemas que se identificaron durante la valoración necesitan atención inmediata y cuáles de manera posterior esto no quiere decir que sean de menos importancia pero se deben tratar primero los que presenten amenaza para la vida y posteriormente los menos críticos, se formulan los resultados esperados estos deben quedar siempre por escrito, las intervenciones de enfermería están destinadas a ayudar al paciente que se le brindan los cuidados para lograr las metas esperadas.

Ejecución

Se refiere a todas las actividades que la enfermera planea y desarrolla con el paciente o familiares con la finalidad de lograr los resultados esperados y favorables la enfermera es la encargada de coordinar y evaluar las acciones y resultados.

Evaluación

Como su nombre lo dice consiste en la comparación sistemática y planeada en el estado de salud del paciente y los resultados esperados, evaluar el logro de los objetivos, la revaloración del plan de atención al igual que la satisfacción del paciente.

Teoría general del déficit de auto cuidado de Dorothea Elizabeth Orem.

Elizabeth Orem, de acuerdo a su teoría describe los diferentes factores básicos en la vida de las personas que se mencionan a continuación.

“5.1.1 Factores condicionantes básicos

1. Edad
2. Sexo
3. Estado de salud
4. estado de desarrollo
5. orientación sociocultural
6. factores del sistema familiar (diagnostico y tratamiento)
7. factores del sistema familiar (composición/rol/relación)

8. patrón de vida actividades en las que se ocupa regularmente
9. factores ambientales
10. disponibilidad y adecuación de los recursos”

Elizabeth Orem, de acuerdo a su teoría describe los diferentes requisitos universales en la vida de las personas que se mencionan a continuación.

“5.1.2 Requisitos de autocuidado universales

1. mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
3. mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
4. provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
5. mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
6. mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
7. prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar humano.
8. promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

Requisitos de autocuidado de desarrollo

Etapas del desarrollo específicas

1. vida intrauterina y nacimiento.
2. vida neonatal ya sea un parto a termino o prematuro, o un niño con peso normal o bajo peso.
3. lactancia.
4. etapas de desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven.
5. etapas de desarrollo de la edad adulta.
6. embarazo, ya sea en la adolescencia o en la edad adulta

Condiciones que afectan el desarrollo

1. depravación educacional.
2. problemas de adaptación social.
3. perdida de familiares, amigos o colaboradores.
4. perdida de profesiones o de trabajo.
5. cambio súbito en las condiciones de vida.
6. cambio de posición, ya sea social o económica.
7. mala salud, malas condiciones de vida o incapacidad.
8. enfermedad terminal o muerte esperada.
9. peligros ambientales

Requisitos de autocuidado en el caso de desviación de la salud

1. buscar y asegurar la ayuda médica apropiada en caso de exposición a condiciones ambientales o agentes físicos o biológicos específicos asociados con acontecimientos y estados patológicos humanos, o cuando hay indicios de condiciones genéticas, fisiológicas o psicológicas que se sabe que producen patología humana o están asociadas a esta.
2. Ser consciente de los efectos y resultados de las condiciones y estados patológicos, incluyendo sus efectos sobre el desarrollo, y atender a ellos.
3. Realizar eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas, y de rehabilitación medicamente prescritas, dirigidas a la prevención de tipos específicos de patología, a la propia patología, a la regulación del funcionamiento humano integrado, a la corrección de deformidades o anomalías, o la comprensión de anomalías, o la compensación de incapacidades.
4. Ser consciente de los efectos molestos o negativos de las medidas terapéuticas realizadas o prescritas por el médico, incluyendo su influencia sobre el desarrollo, y atender a dichos efectos o regularlos.
5. Modificación del auto-concepto (y autoimagen) aceptándose uno mismo como un ser con un estado particular de salud y que necesita formas específicas de cuidados de salud.

6. Aprender a vivir con los efectos de condiciones y estado patológicos y los efectos de las medidas diagnósticas y terapéuticas, en un estilo de vida que promueve el desarrollo personal continuado.

Orem define la teoría de déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías las cuales se encuentran relacionadas:

- La teoría de autocuidado: que describe por qué y el cómo las personas cuidan de sí misma
- La teoría de déficit de autocuidado: que describe y explica como la enfermería puede ayudar a la gente
- La teoría de sistemas enfermeros que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca la enfermería.

Autocuidado

El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras o que están madurando inician o llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano y continuar con el desarrollo personal y el bienestar.

Requisitos de autocuidado

Un requisito de autocuidado es un requisito formulado y expreso sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se consideran necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas. Un requisito de autocuidado formulado comprende: (1) el factor que se debe controlar para que se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humano en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personal. Y (2) la naturaleza de su acción requerida. Los requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los resultados (los objetivos del autocuidado).

Requisitos de autocuidado personal

Los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en las diferentes etapas del círculo vital. Se proponen seis requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños:

1. El mantenimiento de un aporte de aire, agua y alimentos suficientes.
2. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.
3. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
4. El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.

5. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
6. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal. La normalidad se define como aquello que es esencialmente humano y es acorde con las características genéticas y constitucionales, y con el talento de las personas.

Requisitos de autocuidado de desarrollo

Los requisitos de autocuidado de desarrollo promueven los procesos de la vida y la madurez, y previenen las condiciones que eliminan la madurez o las que mitigan esos efectos. En la segunda edición de Nursing Concepts of Practice estaban separados de los requisitos de autocuidado universales.

Requisitos de autocuidado en caso de desviación de salud

Estos requisitos de autocuidado existen para aquellas personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades, y para los individuos que están sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico. Las características de la desviación de la salud como condiciones que se expanden

a lo largo del tiempo determinan los tipos de exigencias de cuidado que precisan las personas, ya que conviven con los efectos de estados patológicos y viven mientras duran.

La enfermedad o lesión no sólo afecta a una estructura específica y a los mecanismos psicológicos o fisiológicos, sino también al funcionamiento humano integrado; cuando el funcionamiento integrado se ve profundamente afectado (retraso mental grave, autismo, estado de coma), los poderes desarrollados de aquellas personas se ven gravemente deteriorados de manera temporal o permanente. En estados anormales de salud, los requisitos de autocuidado surgen del estado de la enfermedad y de las medidas usadas en su diagnóstico o tratamiento. Las medidas tomadas para cubrir las necesidades de cuidado cuando falla la salud tienen que ser componentes activos de los sistemas de autocuidado o de cuidados dependientes de la persona. La complejidad del autocuidado o del cuidado dependiente aumenta según las necesidades que deben ser cubiertas en plazos de tiempo determinados.

Necesidades de autocuidado terapéutico

Están constituidas por el conjunto de medidas de cuidado necesarias en ciertos momentos o durante un cierto tiempo para cubrir todas las necesidades conocidas de autocuidado de una persona. Según las condiciones existentes y las circunstancias se utilizarán métodos adecuados para:

1. Controlar o dirigir factores identificados en las necesidades, cuyos valores son reguladores del funcionamiento humano, suficiente: agua, aire, comida.
2. Cubrir el elemento de actividad de la necesidad: mantenimiento, promoción, prevención y provisión.

La necesidad terapéutica de autocuidado en cualquier momento:

1. Describe los factores del paciente o el entorno que hay que mantener estables dentro de una gama de valores o hacer que lleguen a esa gama para el bien de la vida, salud o bienestar del paciente.
2. Tiene un alto grado de eficacia instrumental derivada de la opción de las tecnologías y las técnicas específicas para utilizar, cambiar o de alguna manera controlar al paciente o los factores de su entorno.

Actividades de autocuidado

Se define como la compleja habilidad adquirida por las personas maduras, o que están madurando, que les permite conocer y cubrir sus necesidades continuas con acciones deliberadas, intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano.

Teoría del autocuidado

El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben, deliberadamente llevar a cabo, por sí solas o haber llevado para mantener su



vida, salud, desarrollo y bienestar; el autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrecen la base para entender los requisitos de la acción y la limitación de la acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería.

El autocuidado, como función reguladora del hombre, se distingue de otros tipos de regulación de funciones y desarrollo humano, como la regulación endocrina; el autocuidado se debe aprender y desarrollar de manera deliberada y continua y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus períodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de salud o estados de desarrollo, niveles de energía y factores medioambientales.

La teoría del autocuidado también se amplía con la teoría de cuidado dependiente, en la que se expresan el objetivo, los métodos y los resultados del cuidado de los otros. (alfaro I. , aplicacion del proceso enfermeria, 2003)

Historia natural de la enfermedad, problema o situación de salud que presenta la persona: insuficiencia renal crónica

Periodo prepatogenico	Periodo patogénico			
Agente:	ETAPA	HTA	COMPLICA-	SECUELAS

<p>Bacterianas, glomerulonefritis, enfermedad de grandes vasos, quística, hereditaria, congénita, bulimia, DMI</p>  <p>Huésped: medio Hombre y ambiente Mujer factores Socio-culturales inactividad física</p>	<p>CLINICA CUADRO CLINICO</p> <p>Signos y síntomas Inespecíficos Pérdida del 40% de La función renal, Aumento en la Creatinina del Plasma sanguíneo</p>	<p>Signos y síntomas específicos: la Presión arterial incrementada Hipertensión, Acidosis metabólica Anorexia, pérdida de Peso, náuseas, vómito.</p>	<p>COMPLICACIONES</p> <p>Pericarditis, encefalopatías Edema agudo de pulmón, Calcificación vascular, Hiperparatiroidismo, Dislipidemia, Enfermedad cardiovascular, Osteodistrofia, Desequilibrio electrolítico, anemia</p>	<p>Calidad de vida severamente afectada</p> <p>reemplazo renal, diálisis. Estado crónico, muerte, desprendimiento de retina, hemodiálisis infartos.</p>
	 <p>Fase silenciosa pérdida 30% Masa renal.</p>	<p>Etapa sub clínica</p>		

Prevención primaria	Prevención secundaria	Prevención terciaria
<p>Promoción: programas de control de hipertensión de diabetes mellitus.</p> <p>Protección específica: La concentración sanguínea de azúcar, una dieta baja en proteínas y corregir trastornos alimentarios.</p> <p>Actividad física: Medir el nivel de creatinina, prueba simple para ver proteína en la orina, seguir tratamiento prescrito para diabetes y/o la presión alta, EGO, proteínas en orina, BH, glucosa y ultrasonido renal.</p>	<p>Diagnostico precoz: Historia clínica: antecedentes personales, examen físico.</p> <p>Factores agravantes: Control cuidadoso de la presión arterial, exámenes de laboratorio: pruebas de función renal, electrolitos, acido úrico, BHC, estudios de imagenología, química sanguínea, estudios anatomopatológicos.</p> <p>Tratamiento: Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, eritropoyetina, vitamina D3, manejo de hipertensión, diuréticos, potasio sérico, creatinina sérica, ser checado una vez por semana, bicarbonato de sodio, restricción del fosfato de la dieta, terapia de remplazo renal, diálisis y trasplante.</p>	<p>Limitación de daño: Seguir control de la hipertensión, dieta hipoproteica, continuar tratamiento farmacológico, diálisis,</p> <p>Rehabilitación: Reintegrarlo a su vida social, tratar de manejar su calidad de vida, ayuda psicológica a paciente y familiares.</p>

Como con morbilidad se tiene la diabetes mellitus tipo I este tipo de diabetes comprende la mayoría de los casos que resultan de una destrucción de las células beta del islote, lo que generalmente conduce a un déficit absoluto de insulina y por tanto, se asocia a lo predisposición a desarrollar cetoacidosis. En esta situación los pacientes precisan insulina para sobrevivir pero actualmente el proceso de destrucción de la célula beta se puede detectar en un estadio clínico mucho más

Precoz incluso cuando el individuo es metabólicamente normal.(figueroa, diabetes, 2003)

V. Desarrollo del proceso de enfermería

5.1 Valoración basada en el referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem

5.1.1 Factores condicionantes básicos

Sexo: femenino

Edad: 31 años

Edo. Civil: soltera

Religión: católica

Escolaridad: Lic.Incompleta

Ocupación: comercio

Familia Nuclear: no

Persona que constituye el principal apoyo para el paciente: Hermano

Dependencia Económica: De ella misma

Condiciones del hogar:

Es casa propia, construida de ladrillo, cuenta con servicios de agua potable, luz eléctrica, drenaje, y pavimentación.

En la comunidad se cuenta con alumbrado público, recolección de basura drenaje y alcantarillado.

Requisitos de autocuidado universales

A. Mantenimiento del aporte de aire suficiente.

FC 84x' T/A 130/80 mmHg, FR 20 x' SPO2 95 %

B. Mantenimiento de un aporte de agua suficiente.

500-1000por día

C. Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente.

Peso: 45 kg Talla 1.66 m IMC: 16.36 Niveles de Glucosa: 203 mg/dl

D. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos y excreción.

Pujo y estreñimiento

E. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

Duerme más de 10 horas al despertar se encuentra descansada refiere tener pesadillas y roncar

F.Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social

G. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

Presenta problemas visuales (desprendimiento de retinas)

Deja las puertas abiertas de su casa y no utiliza la estufa

H.Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimiento de las limitaciones y deseo de ser normal.

Convive con su familia la relación que mantienen es buena y su enfermedad le impide socializarse

5.1.3 Requisitos de autocuidado de desarrollo

A. Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los de desarrollo

Etapas de desarrollo:

Rol (es): hija

Salud Sexual: heterosexual

Historia Gineco- obstétrica:

Menarca a los 15 años

Tuvo 1 pareja sexual

Se realizó Papanicolaou en jun-2012

Presenta amenorrea

5.1.2 Requisitos de autocuidado en caso de desviación de la salud.

5.1.1 caso clínico

5.1.1 Factores condicionantes básicos:

Y.Z.G. Es femenina de 31 años de edad, soltera, religión católica, estudió la licenciatura en contabilidad pero no terminó, por ahora se dedica al comercio, su núcleo familiar está formado por sus 3 hermanos, y el principal apoyo durante su enfermedad ha sido el segundo de sus hermanos.

Y.Z.G. vive en Puruandiro Michoacán, habita una casa construida en materiales (ladrillo y cemento) que cuenta con los servicios de agua potable, drenaje y luz eléctrica.

5.1.2 Requisitos de autocuidado universales

Mantenimiento de un aporte suficiente de aire: En la exploración física los valores en cuanto a signos vitales se observa una frecuencia cardíaca de 84 latidos por minuto, una presión arterial de 130/80 mmhg, la frecuencia respiratoria es de 20 respiraciones por minutos y saturación de oxígeno de 95%. Llenado capilar de 2 segundos, niega tabaquismo y toxicomanías.

Mantenimiento de un aporte de agua suficiente: a la exploración se observa mucosa oral hidratada y con buena coloración, consume agua de garrafón ingiere de 500-1000 ml por día.

Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente: Mantiene un peso de 45 Kg, una talla de 166cm y un índice de masa corporal de 16.36 IMC. El estudio de glucosa tomado dio un resultado de 203 mg/dl.

Se observa una ganancia de 1 a 3 kg cada que acude a su sesión de hemodiálisis que son de dos a tres días durante la semana, se observa que en su dentadura le faltan piezas que son 5 muelas y en los dientes de frente tiene fundas. Presenta nauseas por tiempos prolongados en ayuno y anorexia.

Los alimentos de consumo básico de leche, derivados de leche, carnes, verduras, frutas y huevo son diarios, los cereales, pastas y harinas son una vez por semana y el pescado una vez al mes.

Los alimentos los cocina con aceite vegetal, hiposodica,hipoproteica e hipocalorica.

Provisión de cuidados asociados con el proceso de eliminación de desechos y excreción: Las características de las heces evacuadas son duras ya que padece de estreñimiento refiere tener pujo. Refiere anuria, la sudoración de la piel se encuentra aumentada en cara y cuello sin importar la temperatura, refiere presentar amenorrea desde hace 8 meses por anemia ya que en los estudios realizados presenta una hemoglobina en el mes de diciembre de 9.46, enero de 11.80, febrero de 8.09.

Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo: Duerme más de 10 horas diarias y al despertar se encuentra descansada, la mayoría de las veces ronca al dormir y tiene pesadillas, acostumbra tomar siesta, no utiliza ayuda para conciliar el sueño.

Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social: Actualmente convive con su familia y considera tener una relación buena, recurre a su hermana cuando tiene problemas. No presenta problemas auditivos, se observa seguridad, su enfermedad le impide socializarse.

Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano: presenta problemas visuales debido a un desprendimiento de retinas no utiliza bastón ya que manifiesta no saber usarlo en su casa deja puertas bien abiertas para evitar accidentes y no utiliza la estufa. No realiza ningún tipo de ejercicio, consiente, orientada, padre finado por Diabetes y su hermana por IRC. En ocasiones se presenta depresión, ansiedad, desesperanza y negatividad, irritabilidad y culpa. Acude a chequeos generales de salud cada mes y la sesión de hemodiálisis 2 veces por semana.

Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimiento de las limitaciones y deseo de ser normal: no acepta su aspecto físico ya que desea ser más gorda pero si acepta los cambios que ha tenido por su enfermedad, de igual forma considera

que su vida ha sido productiva. Refiere saber sobre el tratamiento para su enfermedad.

5.1.3 Requisitos de autocuidado de desarrollo

Ha recibido educación sexual ya no realiza actividades sexuales, tuvo una pareja sexual, menarca a los 15 años, Papanicolaou realizado en junio-2012.

5.1.4 Requisitos de desviación de la salud:

Se le diagnostico diabetes mellitus tipo I a los 19 años en 2001 con 13 años de evolución, quistes en los riñones a los 23 años en 2005 con 9 años de evolución, fractura de tobillo a los 24 años en el 2006, hemodiálisis a los 28 años en febrero del 2010, nefrectomía a los 28 años en junio del 2010 y como complicación IRC con 4 años de evolución.

1. Los niveles de glucosa en los últimos meses se encuentran elevados.
2. Hábitos higiénicos, refiere baño de regadera diario y cepillado de dientes 3 o 2 veces al día.
3. Refiere respeta la dieta que es hipocalórica, hiposódica e hipoproteica.
4. Presencia de estreñimiento pujo, anuria y amenorrea.
5. La piel se observa normal.
6. En ocasiones se deprime por falta de atención de su hermano.

7. No realiza ningún tipo de ejercicio. Presenta problemas visuales debido a desprendimiento de retinas.

Diagnósticos prioritarios para el paciente ordenados de acuerdo a los requisitos de autocuidado universal de Dorotea Elizabeth Orem

Diagnóstico de enfermería 1

(00026) exceso de volumen de líquidos relacionado con compromiso de los mecanismos reguladores manifestado con disminución de la hemoglobina, aportes superiores a las pérdidas y aumento de peso en un corto periodo de 2 a 3 días.

Diagnóstico de enfermería 2

(00179) riesgo de nivel de glucemia inestable relacionado con aumento de peso y pérdida de peso.

Diagnóstico de enfermería 3

(00132) dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos manifestado por gemidos, máscara facial, observación de evidencias del dolor e informe verbal del dolor.

Diagnóstico de enfermería 4

(00011) estreñimiento relacionado con actividad física insuficiente manifestado con eliminación heces duras, secas y formadas, disminución del volumen de las heces, y dolor al defecar

Diagnóstico de enfermería 5

(00053) aislamiento social relacionado con alteraciones del bienestar manifestado por enfermedad y falta de personas de apoyo significativas

Diagnóstico de enfermería 6

(00048) deterioro de la dentición relacionado con déficit nutrimentales manifestado por falta de piezas dentales

Diagnóstico de enfermería 7

(00004) riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos

Diagnóstico de enfermería 8

(00155) riesgo de caídas relacionado con dificultades visuales

5.2 Diagnóstico de enfermería

Dominio: 2 Nutrición

Clase: 5 Hidratación

Requisito de autocuidado universal:

Requisito de autocuidado en desviación de la salud:

Diagnóstico de enfermería 1

(00026) exceso de volumen de líquidos relacionado con compromiso de los mecanismos reguladores manifestado con disminución de la hemoglobina, aportes superiores a las pérdidas y aumento de peso en un corto periodo de 2 a 3 días.

5.3 Plan de Intervención

Fecha: 16-diciembre-2013

Criterio de Resultado:

Dominio: salud fisiológica (11)

Clase: eliminación (f)

Escala (s): gravemente comprometido hasta no comprometido (a) y grave hasta ninguno (n)

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 10 Aumentar a: 25

Función renal (0504)

	Grave- mente compro metido	Sustancial mente comprom etido	Moderada mente comprom etido	Leveme nte compro metido	No compro metido
Indicadores	1	2	3	4	5
050403 nitrógeno ureico en sangre	1				
050404 creatinina serológica	1				
050418 aumento de peso			3		
050422 malestar				4	
050423 anemia	1				
Total	10				

Agente de autocuidado () Agente de cuidado dependiente () Agente de
autocuidado terapéutico (X) Demanda de autocuidado: Parcial () Total (X)
De apoyo educativo () Sistema de enfermería: Parcial () Totalmente
compensatorio (X) De apoyo educativo ()

Intervención de enfermería (Agencia de Enfermería):

Acciones de enfermería	Fundamento científico
Terapia de hemodiálisis	
<p>1. Extraer una muestra de sangre para realizar un análisis bioquímico (nitrógeno de urea en sangre, creatinina en suero, niveles de Na, K, y PO en suero) antes del tratamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Su objetivo es definir un diagnóstico, controlar un padecimiento o para fines de investigación, estas pueden ser de carácter rutinario, de urgencia o por horario. (rosales barrera, fundamentos de enfermeria, 2004)
<p>2. Registrar signos vitales de referencia: peso, temperatura, pulso, respiración y presión sanguínea</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es la serie de maniobras para cuantificar la cantidad en gramos de masa corporal. Procedimiento que se realiza para medir el grado de calor del organismo humano. El pulso es un indicador de la función cardíaca, el registro exacto de los datos contribuyen a la determinación de un diagnóstico certero y la frecuencia con que se mida el pulso en un paciente grave suele ser útil para determinar su tratamiento Cada célula del organismo necesita oxígeno y nutrientes para mantener la vida y su función

	<p>normal, este procedimiento se realiza para conocer el estado respiratorio del organismo. La presión arterial depende de la fuerza de la actividad cardiaca, elasticidad de las paredes arteriales, resistencia capilar, tensión venosa de retorno y del volumen y viscosidad sanguínea, por tal razón es necesario considerar este signo vital tanto en la salud como de enfermedad. (rosales barrera, fundamentos de enfermeria, 2004)</p>
<p>3. Utilizar técnica estéril para iniciar la hemodiálisis y para la inserción de la aguja y las conexiones de los catéteres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Esta técnica se aplica en quirófanos y zonas especiales de diagnostico ya que los primeros eslabones de la cadena infecciosa, el agente etiológico y el reservorio, se interrumpen con el uso de antisépticos y desinfectantes. (kozier, fundamentos de enfermeria conceptos proceso y paractica, 2005)

<p>4. Administración de heparina</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hace posible una actividad anticoagulante inmediata tras su administración ya que este fármaco evita la formación de nuevos coágulos. (villalva, nuevo manual de enfermeria, 2011)
<p>5. Colaborar con el paciente para aliviar las molestias de los efectos secundarios derivados de la enfermedad y del tratamiento (calambres, fatiga, jaquecas, picores, anemia, desmineralización ósea, cambios de imagen corporal e interrupción de roles)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La imagen corporal es la identificación de problemas de movilidad indica la necesidad de desarrollar un programa de ejercicios estructurados la anemia es la disminución de la producción de eritrocitos debido a la elevación de toxinas urémicas. (carpenito L. , planes de cuidados y documentacion en enfermeria, 1994)

5.4 Ejecución:

Para obtener los resultados esperados se revisó la programación de las sesiones de hemodiálisis, en cada sesión se pesa a la paciente antes de iniciar la sesión para el aumento de kilos de una sesión a otra y así mismo programar la pérdida de kilos. Posteriormente durante la sesión se procedió a la toma de signo vitales y valoración del estado de la paciente; durante el proceso se cuidó de cumplir con los criterios básicos de asepsia para evitar infecciones potenciales.

5.5. Evaluación

Fecha: 26-diciembre-2013 los avances que presento la paciente son relativamente notorios ya que en la primera evaluación la paciente tuvo una puntuación diana de 10 y posteriormente se realizaron las intervenciones de enfermería y cuando se volvió a valorar a la paciente de acuerdo a lo que ella refirió tuvo una puntuación diana de 16.

Criterio de Resultado:

Dominio: salud fisiológica (11)

Clase: eliminación (f)

Escala (s): gravemente comprometido hasta no comprometido (a) y grave hasta ninguno (n)

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 10 Aumentar a: 25

Función renal (0504)

	Grave- mente comprom etido	Sustancial mente compromet ido	Moderada mente compromet ido	Levemen te comprom etido	No comprom etido
Indicadores	1	2	3	4	5
050403 nitrógeno ureico en sangre		2			
050404 creatinina serológica		2			
050418 aumento de peso					5
050422 malestar					5
050423 anemia		2			
Total	16				

5.2 Diagnóstico de enfermería

Dominio: 2 nutrición

Clase: 4 metabolismo

Requisito de autocuidado universal:

Requisito de autocuidado en desviación de la salud:

Diagnóstico de enfermería 2

(00179) riesgo de nivel de glucemia inestable relacionado con aumento de peso y pérdida de peso.

5.3 Plan de Intervención

Fecha: 30-diciembre-2013

Criterio de Resultado:

Dominio: conocimiento y conducta de salud (IV)

Clase: conducta de salud (Q)

Escala (s): nunca demostrado hasta siempre demostrado (m)

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 16 Aumentar a: 25

Auto control de la diabetes (1619)

	Nunca demostrado	Raramente demostrado	Aveces demostrado	Frecuente mente demostrado	Siempre demostrado
Indicadores	1	2	3	4	5
161902 sigue prácticas preventivas de cuidados de los pies			3		
161907 participa en el proceso de toma de decisiones de cuidados de salud					5
161909 realiza el régimen de tratamiento según este prescrito			3		
161941 obtiene asistencia sanitaria si los niveles de glucosa en sangre fluctúan fuera de los parámetros recomendados		2			
161920 sigue la dieta recomendada			3		
Total	16				

Agente de autocuidado () Agente de cuidado dependiente () Agente de autocuidado terapéutico (X) Demanda de autocuidado: Parcial () Total (X)
 De apoyo educativo () Sistema de enfermería: Parcial () Totalmente compensatorio (X) De apoyo educativo ()

Intervención de enfermería (Agencia de Enfermería):

Acciones de enfermería	Fundamento científico
Enseñanza: dieta prescrita	
<p>1. Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente de la dieta prescrita</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar al paciente que la dieta es el único tratamiento de la enfermedad como en diabetes mellitus ya que la dieta forma parte de del tratamiento junto con los fármacos. Es el caso de la diabetes mellitus I tratada con insulina, esta dieta tiene por objetivo prevenir la aparición de síntomas como dolor. (cervera j. c., alimentacion y dietoterapia, 2004)
<p>2. Enseñar al paciente el nombre correcto de la dieta prescrita.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los nombres de sus dietas son hiposodica, hipoproteica e hipocaloriaca la energía o el valor calórico de la dieta se disminuye en las dietas hipocalóricas y se aumentan en las dietas hipercalóricas, puede ser necesario excluir o limitar alguno de ellos en concreto por ejemplo diabetes mellitus las proteínas deben reducirse y en algunas insuficiencia renal. (cervera j. c., alimentacion y dietoterapia, 2004)

<p>3. Explicar el propósito de la dieta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La planificación de una dieta se hace hincapié en evitar los excesos y disminuyendo las grasas, la sal, y la azúcar. (carpenito l. j., diagnosticos de enfermeria aplicaciones a la practica clinica, 2002)
<p>4. Informar al paciente del tiempo durante el tiempo que debe seguir la dieta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Todas las células del organismo necesitan una cantidad suficiente de nutrientes esenciales para vivir y funcionar adecuadamente. El estado nutricional de una persona se determina según lo adecuado que sean para sus necesidades los nutrientes que ingiere, absorbe y utiliza. (nordmark m. , bases científicas de la enfermeria, 2001)
<p>5. Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ya que una dieta bien balanceada comprende alimentos del grupo de la carne, de la leche, de las verduras y frutas, el pan y los cereales. Son importantes para mantener la integridad estructural de las células y la regulación de la permeabilidad celular. (nordmark m. , bases científicas de la enfermeria, 2001)

5.4. Ejecución:

Para alcanzar los resultados esperados se trabajo en conjunto con la paciente en un periodo de seis sesiones se pone en práctica la prevención de los cuidados de los pies, las decisiones de los cuidados de su tratamiento, obtiene asistencia médica cuando los niveles de glucosa se encuentran por arriba de lo normal, se enseña el nombre correcto de la dieta prescrita, su propósito y el tiempo en el que la debe seguir.

5.5. Evaluación

Fecha:16-enero-2014 los avances que presento la paciente son relativamente notorios ya que en la primera evaluación la paciente tuvo una puntuación diana de 16 y posteriormente se realizaron las intervenciones de enfermería y cuando se volvió a valorar a la paciente de acuerdo a lo que ella refirió tuvo una puntuación diana de 21.

Criterio de Resultado:

Dominio: conocimiento y conducta de salud (IV)

Clase: conducta de salud (Q)

Escala (s): nunca demostrado hasta siempre demostrado (m)

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 16 Aumentar a: 25

Auto control de la diabetes (1619)

	Nunca demos- trado	Rarame- nte demostr- ado	Aveces demostr- ado	Frecuent- emente demostr- ado	Siempre demostrado
Indicadores	1	2	3	4	5
161902 sigue prácticas preventivas de cuidados de los pies					5
161907 participa en el proceso de toma de decisiones de cuidados de salud					5
161909 realiza el régimen de tratamiento según este prescrito				4	
161941 obtiene asistencia sanitaria si los niveles de glucosa en sangre fluctúan fuera de los parámetros recomendados				4	
161920 sigue la dieta recomendada			3		
Total	21				

5.2 Diagnóstico de enfermería

Dominio12 confort

Clase: 1 confort físico

Requisito de autocuidado universal:

Requisito de autocuidado en desviación de la salud:

Diagnóstico de enfermería 3

(00132) dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos manifestado por conducta expresiva inquietud, gemidos, irritabilidad, suspiros, mascara facial, observación de evidencias del dolor e informe verbal del dolor

5.3 Plan de Intervención

Fecha: 20-enero-2014

Criterio de Resultado:

Dominio: sintomatología (v)

Clase: conducta de salud (Q)

Escala (s): grave hasta ninguno (n) y desviación grave del rango normal hasta sin desviación del rango normal (b)

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 9 Aumentar a: 25

Nivel del dolor (2102)

	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ningu no
Indicadores	1	2	3	4	5
210201 dolor referido	1				
210204 duraciones de los episodios de dolor		2			
210217 gemidos y gritos		2			
210206 expresiones faciales del dolor		2			
210224 muecas de dolor		2			
Total	9				

Agente de autocuidado (X) Agente de cuidado dependiente () Agente de autocuidado terapéutico (X)

Demanda de autocuidado: Parcial (X) Total () De apoyo educativo

(X) Sistema de enfermería: Parcial (X) Totalmente compensatorio ()

De apoyo educativo (X)

Intervención de enfermería (Agencia de Enfermería):

Acciones de enfermería	Fundamento científico
Manejo del dolor	
<p>1. Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La valoración fisiológica, psicológica y cultural contribuye en la elaboración de un diagnóstico, la identificación oportuna de las fases en torno al dolor permite establecer un plan terapéutico para evitar, disminuir o controlar el dolor. (rosales barrera, fundamentos de enfermería, 2004)
<p>2. Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener una relación enfermera-paciente es una relación que brinda apoyo, atención y ayuda, estimula conductas para disminuir, controlar o aliviar el dolor. (rosales barrera, fundamentos de enfermería, 2004)
<p>3. Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los analgésicos no narcóticos intervienen en la biosíntesis de las prostaglandinas, responsables de procesos

	<p>inflamatorios. (rosales barrera, fundamentos de enfermería, 2004)</p>
<p>4. Explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor</p>	<ul style="list-style-type: none"> Las actitudes, creencias y opiniones que cada individuo tiene respecto al dolor, influyen en su comportamiento. (rosales barrera, fundamentos de enfermería, 2004)
<p>5. Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológica, no farmacológica e interpersonal) que faciliten el alivio del dolor</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ofrecer una terapia de apoyo para la reducción, organización y variabilidad de estímulos, permiten al paciente restringir o alejar su atención lejos de la sensación dolorosa. (rosales barrera, fundamentos de enfermería, 2004)

5.4 Ejecución

Para el logro de los resultados esperados se trabajo en conjunto con la paciente estableciendo una relación terapéutica basada en la confianza, se realizan las intervenciones en tres sesiones de acuerdo a la valoración y observación que incluya la localización, aparición e intensidad del dolor y asegurándome que recibiera los cuidados analgésicos correspondientes prescritos estas intervenciones se pudieron realizar en pocas sesiones ya que su dolor fue causa por colocación y cambio de catéter.

5.5. Evaluación

Fecha: 27-enero-2014 los avances que presento la paciente son relativamente notorios ya que en la primera evaluación la paciente tuvo una puntuación diana de 9 y posteriormente se realizaron las intervenciones de enfermería y cuando se volvió a valorar a la paciente de acuerdo a lo que ella refirió tuvo una puntuación diana de 24.

Criterio de Resultado:

Dominio: sintomatología (v)

Clase: conducta de salud (Q)

Escala (s): grave hasta ninguno (n) y desviación grave del rango normal hasta sin desviación del rango normal (b)

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 9 Aumentar a: 25

Nivel del dolor (2102)

	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ningun o
Indicadores	1	2	3	4	5
210201 dolor referido				4	
210204 duraciones de los episodios de dolor					5
210217 gemidos y gritos					5
210206 expresiones faciales del dolor					5
210224 muecas de dolor					5
Total	24				

5.2 Diagnóstico de enfermería

Dominio: 3 eliminación/intercambio

Clase: 2 función gastrointestinal

Requisito de autocuidado universal:

Requisito de autocuidado en desviación de la salud:

Diagnóstico de enfermería 4

(00011) estreñimiento relacionado con actividad física insuficiente manifestado con eliminación heces duras, secas y formadas, disminución del volumen de las heces, y dolor al defecar

5.3 Plan de Intervención

Fecha: 30-enero-2014

Criterio de Resultado:

Dominio: salud fisiológica (11)

Clase: eliminación (f)

Escala (s):

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 5 Aumentar a: 25

Eliminación intestinal (0501)

	Grave- mente compro metido	Sustanci almente comprom etido	Moderad amente compro metido	Leveme nte compro metido	No compro metido
Indicadores	1	2	3	4	5
050101 patrones de eliminación	1				
050102 control de movimientos	1				
050104 cantidad de las heces	1				
050110 estreñimiento	1				
050112 facilidad de la eliminación de las heces	1				
Total	5				

Agente de autocuidado () Agente de cuidado dependiente (X) Agente de autocuidado terapéutico () Demanda de autocuidado: Parcial () Total ()
De apoyo educativo (X) Sistema de enfermería: Parcial () Totalmente compensatorio () De apoyo educativo (X)

Intervención de enfermería (Agencia de Enfermería):

Acciones de enfermería	Fundamento científico
Manejo del estreñimiento	
<p>1. Vigilar la aparición de los signos y síntomas de estreñimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los ruidos intestinales normales se producen de forma irregular, con una frecuencia de 5 a 35 por minuto. Un colon lleno de heces se aprecia durante la palpación, como una masa redondeada firme. (potter, enfermeria clinica: tecnicas y procedimientos, 1999)
<p>2. Instruir al paciente/familia acerca de la dieta rica en fibra</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Son necesarios suficiente fibra, celulosa en la dieta para proporcionar volumen fecal.(kozier, fundamentos de enfermeria conceptos proceso y paractica, 2005)
<p>3. Sugerir el uso de laxantes/ablandadores de heces</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los laxantes son fármacos que estimulan la actividad intestinal y ayudan a la eliminación fecal. (kozier, fundamentos de enfermeria conceptos proceso y paractica, 2005)

<p>4. Pesar regularmente al paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para que el organismo funcione eficazmente es necesario que se eliminen los residuos alimenticios y los gases que se encuentran en el conducto gastrointestinal; que se elimine la orina y que las sustancias toxicas que se forman en el organismo se destoxifiquen o se eliminen. (nordmark m. , bases científicas de la enfermeria, 2001)
<p>5. Enseñar al pacienteo a la familiaros procesos digestivos normales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La eliminación de los productos de desechos de la digestión es esencial para la salud. A los productos de desechos excretados se les denomina heces. Las principales funciones del colon son: la absorción del agua y nutrientes, la protección mucosa de la pared intestinal y la eliminación fecal. (kozier, fundamentos de enfermeria conceptos proceso y paractica, 2005)

5.4 Ejecución

Para conseguir los resultados esperados se trabaja en conjunto con la paciente debido a que las intervenciones se realizan en cinco sesiones ya que son principalmente de enseñanza de parte de enfermería y aprendizaje de parte de la paciente que aprenda a identificar los signos y síntomas del estreñimiento, los procesos digestivos normales y que aprenda a llevar una dieta rica en fibra y posteriormente seguir valorando cuanto a aprendido la persona.

5.5. Evaluación

Fecha: 13- febrero-2014 los avances que presento la paciente son relativamente notorios ya que en la primera evaluación la paciente tuvo una puntuación diana de 5 y posteriormente se realizaron las intervenciones de enfermería y cuando se volvió a valorar a la paciente de acuerdo a lo que ella refirió tuvo una puntuación diana de 22.

Criterio de Resultado:

Dominio: salud fisiológica (11)

Clase: eliminación (f)

Escala (s): gravemente comprometido hasta no comprometido

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 5 Aumentar a: 25

Eliminación intestinal (0501)

	Grave- mente compro metido	Sustanci almente comprom etido	Moderad amente compro metido	Leveme nte compro metido	No compro metido
Indicadores	1	2	3	4	5
050101 patrones de eliminación					5
050102 control de movimientos			3		
050104 cantidad de las heces				4	
050110 estreñimiento					5
050112 facilidad de la eliminación de las heces					5
Total	22				

5,2 Diagnóstico de enfermería

Dominio: 12 confort

Clase: 3 confort social

Requisito de autocuidado universal:

Requisito de autocuidado en desviación de la salud:

Diagnóstico de enfermería 5

(00053) aislamiento social relacionado con alteraciones del bienestar manifestado por enfermedad y falta de personas de apoyo significativas.

5.3 Plan de Intervención

Fecha: 17-febrero-2014

Criterio de Resultado:

Dominio: salud familiar (VI)

Clase: bienestar familiar (X)

Escala (s): nunca demostrado hasta siempre demostrado (m)

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 8 Aumentar a: 25

Clima social de la familia (2601)

	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
Indicadores	1	2	3	4	5
260101 participa en actividades conjuntas	1				
260121 mantiene relaciones con la familia extensa		2			
260122 mantiene relaciones con los amigos		2			
260105 participa en actividades recreativas	1				
260114 comparte sentimientos y problemas con los miembros de la familia		2			
Total	8				

Agente de autocuidado () Agente de cuidado dependiente () Agente de autocuidado terapéutico () Demanda de autocuidado: Parcial () Total ()
 De apoyo educativo () Sistema de enfermería: Parcial () Totalmente compensatorio () De apoyo educativo ()

Intervención de enfermería (Agencia de Enfermería):

Acciones de enfermería	Fundamento científico
Asesoramiento	
<p>1. Establecer una relación terapéutica en la confianza y el respeto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es la fase en que la enfermera y el paciente comienzan a conocerse y a confiar entre sí sin embargo la enfermera tiene la ventaja de contar con alguna información del paciente antes de conocerlo, la enfermera es quien debe fijar el entorno de la entrevista y tomar la dirección para establecer las normas de la relación de trabajo. (dugas, tratado de enfermeria practica, 2000)
<p>2. Favorecer la expresión de sentimientos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La relación enfermera paciente, la enfermera cumple una función importante la motivación al apaciente además de sus responsabilidades de llevar a cabo las medidas especificas de la atención de enfermería. (dugas, tratado de enfermeria practica, 2000)

<p>3. Pedir al paciente/ ser querido que identifique lo que puede o no puede hacer sobre lo que le sucede.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los familiares y amigos que suelen estar tan preocupados por su salud como el propio paciente también pueden proporcionar apoyo para motivarlo a que trate de alcanzar las metas establecidas. (dugas, tratado de enfermeria practica, 2000)
<p>4. Ayudar al paciente a que realice una lista de prioridades de todas las alternativas posibles del problema.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular al paciente a suministrar una responsabilidad creciente en su cuidado personal a medida que pueda hacerlo y le ayuda a que continúe esforzándose por alcanzar las metas establecidas. (dugas, tratado de enfermeria practica, 2000)
<p>5. Favorecer el desarrollo de nuevas habilidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Una revisión de los adelantos diarios y una apreciación honesta de los logros en las diversas labores y habilidades que son su responsabilidad ayuda a tener motivado al paciente. (dugas, tratado de enfermeria practica, 2000)

5.4 Ejecución

Para los resultados se trabajo en conjunto con la paciente estableciendo una relación terapéutica basada en la confianza, se realizan las intervenciones en ocho sesiones motivando a la paciente a que realice una lista de prioridades de interés personal en la que ella considere poder participar, que busque la forma de mantener una relación más estrecha con sus familiares y hermanos para su apoyo emocional, de igual manera mantener una relación de confianza y compañerismo con amigos cercanos y motivando a la paciente a que realice y desarrolle nuevas habilidades y destrezas así como la confianza en si misma.

5.5. Evaluación

Fecha: 13-marzo-2014 los avances que presento la paciente son relativamente notorios ya que en la primera evaluación la paciente tuvo una puntuación diana de 8 y posteriormente se realizaron las intervenciones de enfermería y cuando se volvió a valorar a la paciente de acuerdo a lo que ella refirió tuvo una puntuación diana de 23.

5. 3 Plan de Intervención

Criterio de Resultado:

Dominio: salud familiar (VI)

Clase: bienestar familiar (X)

Escala (s): nunca demostrado hasta siempre demostrado (m)

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 8 Aumentar a: 25

Clima social de la familia (2601)

	Nunca demos- trado	Rarame- nte demostr- ado	Aveces demostr- ado	Frecuent- emente demostr- ado	Siempre demostrado
Indicadores	1	2	3	4	5
260101 participa en actividades conjuntas				4	
260121 mantiene relaciones con la familia extensa				4	
260122 mantiene relaciones con los amigos					5
260105 participa en actividades recreativas					5
260114 comparte sentimientos y problemas con los miembros de la familia					5
Total	23				

5.2 Diagnóstico de enfermería

Dominio: 11 seguridad/protección

Clase: 2 lesión física

Requisito de autocuidado universal:

Requisito de autocuidado en desviación de la salud:

Diagnóstico de enfermería 6

(00048) deterioro de la dentición relacionado con déficit nutrimentales manifestado por enfermedad y falta de piezas dentales.

5.3 Plan de Intervención

Fecha: 17-marzo-2014

Criterio de Resultado:

Dominio: salud fisiológica (II)

Clase: nutrición (k)

Escala (s): desviación grave de rango normal hasta Sin desviación del rango normal (b)

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 18 Aumentar a: 25

Estado nutricional (1004)

	Desviación grave del rango normal	Desviación sustancial del rango normal	Desviación moderada del rango normal	Desviación leve del rango normal	Sin desviación del rango normal
Indicadores	1	2	3	4	5
100401 ingestión de nutrientes				4	
100402 ingestión alimentaria			3		
100408 ingestiones de líquidos			3		
100405 relación peso/talla				4	
100411 hidratación				4	
Total	18				

Agente de autocuidado () Agente de cuidado dependiente () Agente de autocuidado terapéutico () Demanda de autocuidado: Parcial () Total ()
 De apoyo educativo () Sistema de enfermería: Parcial () Totalmente compensatorio () De apoyo educativo ()

Intervención de enfermería (Agencia de Enfermería):

Acciones de enfermería	Fundamento científico
Asesoramiento nutricional	
<p>1. Determinar la ingesta y hábitos alimentarios del paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se debe establecer una relación de confianza que permita conocer todos los aspectos realizados con la alimentación y a partir de ahí poder ayudar al paciente a encontrar solución compatible con su forma de vida y conocer el nivel calórico global es decir la energía que el paciente ingiere diariamente. (Cervera J. C., Alimentación y dietoterapia, 2004)
<p>2. Discutir las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los nutrientes son una fuente de energía, constituyen los tejidos y regulan los procesos metabólicos. (Carpenito I. J., Diagnóstico de enfermería aplicaciones a la práctica clínica, 2002)
<p>3. Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza un interrogatorio para obtener una información objetiva de la historia dietética del

	<p>paciente que a menudo tiene una apreciación equivocada de la alimentación. (cervera j. c., alimentacion y dietoterapia, 2004)</p>
<p>4. Ayudar al paciente a registrar lo que suele comer en un periodo de 24 horas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ya que en ocasiones la cantidad de alimentos y el volumen de líquidos que toman los pacientes son muy importantes desde el punto de vista terapéutico ya que la mayoría de las personas tienen prejuicios contra algunos alimentos no obstante pueden ingerir otros alimentos con gran deleite. (dugas, tratado de enfermeria practica, 2000)
<p>5. Discutir significado de la comida para el paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Averiguar los gustos particulares del individuo para encontrar los alimentos que le agraden o le desagraden a fin de estimularlo a que ingiera la cantidad suficiente de nutrientes. (dugas, tratado de enfermeria practica, 2000)

5.4 Ejecución

Para los resultados se trabajo con la paciente ya que las intervenciones son de enseñanza de enfermería y aprendizaje de la paciente, las intervenciones se realizan en cuatro sesiones explicándole a la paciente la importancia de que ingiera los nutrientes suficientes, la idea que ella tiene de acuerdo a las dietas que necesita, investigar los gustos por las comidas y aversiones debido a que la paciente en ocasiones no respeta su dieta y la ingesta de líquidos, se trabajo como lograr una ingesta alimentaria y de líquidos correcta.

5.5. Evaluación

Fecha: 27-marzo-2014 los avances que presento la paciente son relativamente notorios ya que en la primera evaluación la paciente tuvo una puntuación diana de 18 y posteriormente se realizaron las intervenciones de enfermería y cuando se volvió a valorar a la paciente de acuerdo a lo que ella refirió tuvo una puntuación diana de 19.

5.3 Plan de Intervención

Criterio de Resultado:

Dominio: salud fisiológica (II)

Clase: nutrición (k) Escala (s): desviación grave de rango normal hasta Sin desviación del rango normal (b)

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 18 Aumentar a: 25

Estado nutricional (1004)

	Desviación grave del rango normal	Desviación sustancial del rango normal	Desviación moderada del rango normal	Desviación leve del rango normal	Sin desviación del rango normal
Indicadores	1	2	3	4	5
100401 ingestión de nutrientes				4	
100402 ingestión alimentaria				4	
100408 ingestiones de líquidos			3		
100405 relación peso/talla				4	
100411 hidratación				4	
Total	19				

5.2 Diagnóstico de enfermería

Dominio: 11 seguridad/protección

Clase: 1 infección

Requisito de autocuidado universal:

Requisito de autocuidado en desviación de la salud:

Diagnóstico de enfermería 7

(00004) riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos

5.3 Plan de Intervención

Fecha: 31-marzo-2014

Criterio de Resultado:

Dominio: conocimiento y conducta de salud (IV)

Clase: control del riesgo y seguridad (T)

Escala (s): nunca demostrado hasta siempre demostrado (m)

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 13 Aumentar a: 25

Control del riesgo (1902)

	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuente mente demostrado	Siempre demostrado
Indicadores	1	2	3	4	5
190201 reconoce factores de riesgo		2			
190203 supervisa los factores de riesgo de la conducta personal		2			
190204 desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas		2			
190208 modifica el estilo de vida para reducir riesgo				4	
190229 evita exponerse a las amenazas para la salud			3		
Total	13				

Agente de autocuidado (X) Agente de cuidado dependiente () Agente de autocuidado terapéutico (X) Demanda de autocuidado: Parcial (X) De apoyo educativo (X) Sistema de enfermería: Parcial (X) Totalmente compensatorio () De apoyo educativo (X)

Intervención de enfermería (Agencia de Enfermería):

Acciones de enfermería	Fundamento científico
Cuidado de las heridas	
<p>1. Despegar los apósitos y el esparadrapo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La humedad y solventes facilitan la remoción del material de curación adherido a las heridas. (rosales barrera, fundamentos de enfermería, 2004)
<p>2. Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La detección oportuna y correcta de las manifestaciones clínicas permite la remisión del paciente a profesionales de salud indicados, la toma de decisiones requiere conocimientos, experiencia y práctica. (rosales barrera, fundamentos de enfermería, 2004)
<p>3. Medir el lecho de la herida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando se examina una herida por ejemplo al cambiar un apósito se observa cuidadosamente varias de sus características y la secreción que proviene de ella se revisa la aproximación de los bordes de

	<p>la herida también se busca signos de inflamación e infección como enrojecimiento, tumefacción, dolor, calor. (dugas, tratado de enfermeria practica, 2000)</p>
<p>4. Limpiar con solución salina normal o un limpiador no toxico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A mayor número de microorganismos se requiere mayor concentración del agente destructor. (rosales barrera, fundamentos de enfermeria, 2004)
<p>5. Cuidar el sitio de incisión, según sea necesario</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La protección de heridas con material estéril evita su contaminación, los apósitos secos inhiben la multiplicación y el paso de gérmenes. (rosales barrera, fundamentos de enfermeria, 2004)

5.4 Ejecución

Para el logro de los resultados esperados se trabajan las intervenciones junto con la paciente para enseñarle a que reconozca los factores de riesgo y la importancia de que el parche que cubre el catéter se encuentre bien adherido a su piel mientras se encuentre en su ya que si se llegara a despegar podría existir el riesgo de una infección las intervenciones se realizan en cinco sesiones como enseñanza a la paciente pero se deben realizar siempre que la paciente entre a la sesión de hemodiálisis debido a que el catéter se encuentra en la arteria.

5.5. Evaluación

Fecha: 14-abril-2014 los avances que presento la paciente son relativamente notorios ya que en la primera evaluación la paciente tuvo una puntuación diana de 13 y posteriormente se realizaron las intervenciones de enfermería y cuando se volvió a valorar a la paciente de acuerdo a lo que ella refirió tuvo una puntuación diana de 22.

Criterio de Resultado:

Dominio: conocimiento y conducta de salud (IV)

Clase: control del riesgo y seguridad (T)

Escala (s): nunca demostrado hasta siempre demostrado (m)

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 13 Aumentar a: 25

Control del riesgo (1902)

	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuente mente demostrado	Siempre demostrado
Indicadores	1	2	3	4	5
190201 reconoce factores de riesgo				4	
190203 supervisa los factores de riesgo de la conducta personal				4	
190204 desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas				4	
190208 modifica el estilo de vida para reducir riesgo					5
190229 evita exponerse a las amenazas para la salud					5
Total	22				

5.2 Diagnóstico de enfermería

Dominio: 11 seguridad/protección

Clase: 2 lesión física

Requisito de autocuidado universal:

Requisito de autocuidado en desviación de la salud:

Diagnóstico de enfermería 8

(00155) riesgo de caídas relacionado con dificultades visuales

5.3 Plan de Intervención

Fecha: 17-abril-2014

Criterio de Resultado:

Dominio: conocimiento y conducta de salud (IV)

Clase: conocimientos sobre salud (S)

Escala (s): ningún conocimiento hasta conocimiento extenso (U)

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 13 Aumentar a: 25

Conocimiento: prevención de caídas (1828)

	Ningún conoci miento	Conoci miento escaso	Conocimi ento moderad o	Conoci miento sustanci al	Conocimi ento extenso
Indicadores	1	2	3	4	5
182801 uso correcto de dispositivos de ayuda		2			
182802 uso correcto de los mecanismos de seguridad			3		
182803 calzado adecuado		2			
182807 uso correcto de la iluminación ambiental			3		
182813 condiciones crónicas que aumentan el riesgo de caídas			3		
Total	13				

Agente de autocuidado () Agente de cuidado dependiente () Agente de autocuidado terapéutico () Demanda de autocuidado: Parcial () Total ()
 De apoyo educativo () Sistema de enfermería: Parcial () Totalmente compensatorio () De apoyo educativo ()

Intervención de enfermería (Agencia de Enfermería):

Acciones de enfermería	Fundamento científico
Prevencción de caídas	
<p>1. Identificar déficit cognoscitivo o físico del paciente que pueden aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiencia visual: las personas con mala visión tienen problemas para ver los objetos. Pueden tropezarse con el equipamiento, muebles o cuerdas. (sorrentino s. a., fundamentos de enfermeria practica, 2004)
<p>2. Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deben de existir pasamanos en escaleras, pasillos y baño ya que proporcionan apoyo para sentarse o levantarse del baño. (sorrentino s. a., fundamentos de enfermeia practica, 2004)
<p>3. Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón o barra de apoyo para caminar) para conseguir una de ambulación estable.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los bastones se utilizan cuando existe debilidad de un lado del cuerpo ayudan a mantener el equilibrio y dan soporte de igual manera cuando hay problemas visuales para que la paciente se valla guiando al caminar y

	<p>evitar tropiezos y caídas. (sorrentino s. a., fundamentos de enfermeia practica, 2004)</p>
<p>4. Animar al paciente a utilizar un bastón o un andador.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La seguridad es importante para todos principalmente para el paciente ya que los aspectos de protección son uno de los mas importantes. (dugas, tratado de enfermeria practica, 2000)
<p>5. Ayudar al paciente a utilizar un bastón o un andador.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se avanza el bastón de 15 a 20 centímetros, después se avanza la pierna contraria al bastón hacia adelante, y posteriormente se avanza hacia adelante la otra pierna. (sorrentino s. a., fundamentos de enfermeia practica, 2004)

5.4 Ejecución

Para alcanzar unos resultados satisfactorios e trabajan las intervenciones junto con la paciente para enseñarle a que reconozca los factores de riesgo y la importancia de que el parche que cubre el cater se encuentre bien adherido a su piel mientras se encuentre en su ya que si se llegara a despegar podría existir el riesgo de una infección las intervenciones se realizan en once sesiones como enseñanza a la paciente pero se deben realizar siempre que la paciente entre a la sesión de hemodiálisis debido a que el catéter se encuentra en la arteria.

5.5. Evaluación

Fecha: 22-mayo-2014 los avances que presento la paciente son relativamente notorios ya que en la primera evaluación la paciente tuvo una puntuación diana de 13 y posteriormente se realizaron las intervenciones de enfermería y cuando se volvió a valorar a la paciente de acuerdo a lo que ella refirió tuvo una puntuación diana de 23.

Criterio de Resultado:

Dominio: conocimiento y conducta de salud (IV)

Clase: conocimientos sobre salud (S)

Escala (s): ningún conocimiento hasta conocimiento extenso (U)

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 13 Aumentar a: 25

Conocimiento: prevención de caídas (1828)

	Ningún conoci miento	Conoci miento escaso	Conoci miento modera do	Conoci miento sustanci al	Conocimi ento extenso
Indicadores	1	2	3	4	5
182801 uso correcto de dispositivos de ayuda					5
182802 uso correcto de los mecanismos de seguridad					5
182803 calzado adecuado				4	
182807 uso correcto de la iluminación ambiental					5
182813 condiciones crónicas que aumentan el riesgo de caídas				4	
Total	23				

VI. Conclusiones

DX 1 exceso de volumen de líquidos en un principio se obtuvo una puntuación diana de 10 una vez realizadas las intervenciones de enfermería se obtuvo una puntuación diana de 16.

DX 2 riesgo de nivel de glucemia inestable en un principio se obtuvo una puntuación diana de 16 una vez realizadas las intervenciones de enfermería se obtuvo una puntuación diana de 21.

DX 3 dolor agudo en un principio se obtuvo una puntuación diana de 9 una vez realizadas las intervenciones de enfermería se obtuvo una puntuación diana de 24.

DX 4 estreñimiento en un principio se obtuvo una puntuación diana de 5 una vez realizadas las intervenciones de enfermería se obtuvo una puntuación diana de 22.

DX 5 aislamiento social en un se principio obtuvo una puntuación diana de 8 una vez realizadas las intervenciones de enfermería se obtuvo una puntuación diana de 23.

DX 6 deterioro de la dentición en un principio se obtuvo una puntuación diana de 18 una vez realizadas las intervenciones de enfermería se obtuvo una puntuación diana de 19.

DX 7 riesgo de infección en un principio se obtuvo una puntuación diana de 13 una vez realizadas las intervenciones de enfermería se obtuvo una puntuación diana de 22

DX 8 riesgo caídas en un principio se obtuvo una puntuación diana de 13 una vez realizadas las intervenciones de enfermería se obtuvo una puntuación diana de 23.

Las intervenciones de enfermería mejoraron la puntuación diana en los ocho diagnósticos.

VII. Referencias bibliográficas

1. Rodríguez Sánchez, proceso enfermero, 2001
2. Rodríguez, proceso enfermero aplicación actual, 2002
3. Brunner, enfermería medico quirúrgica, 1998
4. Plum, tratado de medicina interna, 1997
5. <http://www.nature.com/ki/journal/v77/n116s/full/ki2009540a.html>
6. (villalva, diccionario de medicina oceanomosby, 2011)
7. Figueroa, diabetes, 2003
8. rosales barrera, fundamentos de enfermería, 2004

9. Kozier, fundamentos de enfermería conceptos proceso y práctica, 2005
10. Villalva, nuevo manual de enfermería, 2011
11. Carpenito L. , planes de cuidados y documentación en enfermería, 1994
12. Cervera j. c., alimentación y dietoterapia, 2004
13. Carpenito I. j., diagnósticos de enfermería aplicaciones a la practica clínica, 2002
14. Nordmark m. , bases científicas de la enfermería, 2001
15. Potter, enfermería clínica: técnicas y procedimientos, 1999
16. Dugas, tratado de enfermería practica, 2000
17. Sorrentino s. a., fundamentos de enfermería practica, 2004
18. Alfaro I. , aplicación del proceso enfermería, 2003
19. (herdman, diagnosticos enfermeros: definiciones y clasificacion , 2009-2011)
20. (bulechek, clasificacion de intervenciones de enfermeria (NIC), 2009)
21. (moorhead, clasificacion de resultados de enfermeria (NOC), 2009)
22. (cavanagh, modelo de oremaplicacion practica, 1993)

23. (ostiguin, teoria general del deficit de autocuidado guiabásica ilustrada, 2001)

VIII. bibliografía

1. (potter, fundamentos enfermeriapractica, 2002)
2. (cervera, alimentacion y dietoterapianutricionaplicacion en la salud y la enfermedad, 1993)
3. (kozier, fundamentos de enfermeria procedimientos suplementarios, 1993)
4. (elinor, principios fundamentales de enfermeria, 1986)
5. (reeves, enfermeria medico quirurgica, 2001)
6. (charrier, el plan de cuidados estandarizados un soporte del diagnostico enfermero elaboracion y puesta en practica, 2005)
7. (hernandez j. , fundamentos de la enfermeriateoria y metodo, 1999)
8. (king, tecnicas de enfermeria manual ilustrado, 1989)

IX. Glosario de términos

9.1. Terminología médica

Anemia: trastorno que se caracteriza por la disminución de la hemoglobina sanguínea hasta concentraciones inferiores a los límites normales.

Acidosis metabólica: estado de acidosis en el que aumentan los ácidos de los fluidos corporales o se pierde bicarbonato.

Anorexia: falta o pérdida del apetito, lo que ocasiona abstinencia de comer.

Autismo: trastorno mental caracterizado por una inhibición extrema y una concentración anormal en la fantasía, acompañada de ilusiones, alucinaciones, e incapacidad para comunicarse verbalmente o por cualquier otro medio con el ambiente externo.

Acido úrico: producto del metabolismo proteico presente en la sangre y excretado por la orina.

Bulimia: trastorno de la conducta alimentaria caracterizada por una sensación de hambre insaciable y la presentación de episodios más o menos frecuentes de hiperfagia en los que se consumen grandes cantidades de alimentos, con preocupación persistente por la comida, compulsión a comer y por lo general con intentos de contrarrestar la repercusión de los atracones mediante vómitos provocados.

Creatinina: sustancia resultante del metabolismo de la creatina. Se encuentra en la sangre, la orina y en los tejidos musculares.

Cetoacidosis: acidosis que se acompaña de una acumulación de cetonas en el organismo resultado de un metabolismo defectuoso de los glúcidos o carbohidratos.

Células beta del islote: células productoras de la insulina localizadas en los islotes de Langerhans del páncreas.

Calambre: contracción espasmódica y casi siempre dolorosa de uno o mas músculos.

Desprendimiento de retinas: separación de la retina y de la coroides en el polo posterior del ojo.

Desequilibrio electrolítico: desequilibrio anormal de líquidos y electrolitos en los tejidos corporales.

Diálisis: proceso de separación de sustancias coloides y cristalinas en solución aprovechando la diferencia en su tasa de difusión a través de una membrana semipermeable.

Etiología: estudio de todos los factores que pueden intervenir en el desarrollo de una enfermedad, incluyendo la susceptibilidad del paciente, la naturaleza del agente patológico y la forma en que este invade el organismo afectado.

Electrolitos: elemento o sustancia que cuando se funde o se disuelve en agua u otro disolvente, se disocia en iones y es capaz de conducir la corriente eléctrica.

Encefalopatías: cualquier trastorno de la estructura o función de los tejidos cerebrales. Este término se refiere particularmente a las enfermedades crónicas, destructivas o degenerativas.

Edema agudo de pulmón: acumulación de líquido extravascular en el tejido pulmonar y los alveolos, provocado con mayor frecuencia por la insuficiencia cardiaca congestiva, a si como por la intoxicación por barbitúricos y opiáceos, infecciones difusas, pancreatitis hemorrágica, insuficiencia renal.

Eritropoyetina: hormona glucoproteica que actúa sobre la medula ósea y estimula la producción de hematíes. El precursor de la hormona, denominado factor eritropoyetico renal, es liberado a la circulación por el riñón y, ya en el torrente sanguíneo, se une a una alfa globulina producida por el riñón para dar lugar a la hormona activa

Fisiopatologías: estudio de las manifestaciones biológicas y físicas en las enfermedades en lo referente a su correlación con las anomalías estructurales y los trastornos fisiológicos adyacentes. La fisiopatología no trata directamente de la terapéutica de las enfermedades si no que explica los procesos que determinan los signos y síntomas.

Glomerulonefritis: enfermedad no infecciosa del glomérulo renal que se caracteriza por proteinuria, hematuria, disminución de la producción de orina y edema.

Heparina: mucopolisacarido natural que actúa en el organismo como factor antitrombina evitando la coagulación intravascular.

Hiperparatiroidismo: trastorno endocrino caracterizado por hiperactividad de cualquiera de las cuatro glándulas paratiroides; la secreción excesiva de hormona paratiroidea da lugar a aumento de la resorción osea; de la reabsorción renal y de la absorción intestinal de calcio.

Hiperpotasemia: véase también como hipercaliemia, evaluación de la cantidad de potasio sanguíneo por encima de lo normal suele aparecer en la insuficiencia renal aguda.

Hemodiálisis: procedimiento dirigido a eliminar las impurezas o productos de desechos de la sangre que se utiliza en el tratamiento de la insuficiencia renal y de diversas intoxicaciones.

Insuficiencia Renal Crónica: incapacidad de los riñones para excretar los productos de desecho del organismo, concentrar la orina y conservar los electrolitos.

Infarto: área delimitada de necrosis en un tejido, vaso, órgano o región como resultado de la anoxia histica que sigue a la interrupción del aporte sanguíneo a la zona o, con menor frecuencia, por estasis debido a la obstrucción del drenaje venoso.

Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina: fármaco que actúa inhibiendo la enzima que convierte la angiotensina I en angiotensina II y degrada las bradicininas, con una acción hipotensora, y se utiliza para el tratamiento de la hipertensión y la insuficiencia cardiaca

Jaquca: cefalea vascular intensa, pulsatil, normalmente hemicraneal, que se acompaña de nauseas o vomito y habitualmente va precedida de una sensación extraña llamada aura

Metabolismo: conjunto de procesos químicos que tienen lugar en los órganos vivos y conducen el crecimiento, la generación de la energí, la eliminación de los desechos y otras funciones fisiológicas, como las relacionadas con la distribución de nutrientes por la sangre después de la digestión.

Nitrógeno ureico en sangre: cantidad de sustancias nitrogenadas presentes en la sangre en forma de urea.

Pericarditis: inflamación del pericardio por traumatismo, neoplasia maligna, infección, uremia, infarto de miocardio, colagenosis o por causas idiopáticas.

X. Anexos

10.1 Guía de valoración

(Dorothea Elizabeth Orem)

I. Factores condicionantes básicos

a) Descriptivos de la persona

Fecha: 12-DIC-2013 Nombre: Y.Z.G. Sexo: Fem (X) mas () Edad: 30a

Religión: católica Edo civil: soltera Escolaridad: licenciatura contabilidad Incompleta

Lugar de residencia: Puruandiro

Domicilio actual (calle número, colonia): _____ -

Características de la vivienda:

Renta: _____ Propia: X Otros: _____

Material de construcción:

Adobe: _____ Ladrillo: X

Cuenta con los servicios básicos de vivienda:

Agua: X Potable: X Luz: X Eléctrica: Drenaje: X

Pavimentación: X

Condiciones ambientales de la comunidad:

Servicios básicos:

Alumbrado público: X Recolección de basura: X

Drenaje y alcantarillado: X

Rol que ocupa en la familia:

Padre () Madre () Hijo (X) Esposa/o ()

Cuantos hijos tiene: 0 () 1 () 2 () más de 3 ()

Como es su relación con la familia:

Buenas: (X) Regular: () Mala: ()

Nivel de educación:

Analfabeta: () Primaria: () Secundaria () Bachillerato: () Licenciatura: (X)

Otros: _____

Ocupación: COMERCIO Horario: _____

Antecedentes laborales: _____

Ingreso económico familiar:

Menos de 1 S.m. () 1-2 S.m. () más de 3 S.m. (X)

Dependencia económica: Si () No (X)

De quien: Padres () Esposa/o () Otros: _____

b) Patrón de vida.

¿Qué actividades recreativas realiza en sus tiempos libres?

Sociales () Culturales () Deportivas () Religiosas ()

Otras: dormir

¿Qué hace usted para cuidar su salud?

Trata de seguir indicaciones medicas

c) Estado del sistema de salud

¿Cómo percibe su estado de salud?

Bueno () Regular (X) Deficiente ()

¿A qué servicios de salud acude usted regularmente?

IMSS () ISSSTE () SALUBRIDAD (X) PARTICULAR ()

Diagnostico medico: DIABETES MELLITU TIPO I E INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

Estado de salud: Grave: () Delicado () Estable: (X)

Valorar la existencia de recursos disponibles para la atención a clientes:

Hace 2 horas De su casa al médico.

d) Estado del desarrollo

¿Tiene la capacidad de tomar decisiones respecto a su tratamiento médico?

Si (X)

No ()

¿Cuáles son los factores que afectan la toma de decisiones?

¿Quién autoriza su tratamiento médico?

REQUISITOS DE AUTO CUIDADO UNIVERSALES

a) Mantenimiento del aporte suficiente de aire.

Frecuencia respiratoria: 20x' llenado capilar: 2 segundos

Cianosis: Si () No (X) Especifique: _____

Tabaquismo: Si () No: (X) Especifique: _____

¿Cocina con leña?

Si () No (X) Cuanto tiempo: _____

Alergias: Si () No (X) Especifique: _____

Tipo de respiración:

Normal (X) Disnea: () Bradipnea: () Taquipnea: () Polipnea: ()

Otros: _____

Nariz:

Desviación del tabique: () Pólipos: () Secreciones: (X) Dolor: ()

Edema: () Otros: _____

Tórax:

Tonel: () En quilla () En embudo: ()

Otros: _____

Ruidos respiratorios: no

Estertores: () Sibilancias: () Murmullo vesicular: ()

Padece alguna enfermedad pulmonar:

Si () No: (X) Especifique: _____

Cardiovascular:

T/A: 130/80 mmhg FC: 84x' Soplos: () Arritmias: ()

Otras alteraciones: _____

Al realizar algún esfuerzo físico, presenta disnea:

Si: () No: (X)

Apoyo ventilatorio:

b) Mantenimiento de aporte de agua suficiente:

Valorar datos de deshidratación.

Mucosa oral: Seca: () Hidratada: (X)

Piel: Seca: () Escamosa: () Normal: ()

Turgencia: Normal: () Escamosa: ()

Qué cantidad de agua ingiere usted al día:

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Enfermería

300-500 ml () 500-1000 ml (X) 1500-2000 ml () > a 2000 ml ()

De donde proviene el agua que consume:

Llave pública () Pipa: () Entubada: () Garrafón: (X)

Otros: _____

Utiliza algún método para planificar el agua:

Si () No () Especifique: _____

Ingiere algún otro tipo de líquido durante el día:

Si (X) No () Especifique Cantidad: leche

Aporte de líquidos parenterales:

Especifique _____

c) Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos

Peso: 45 kg Talla: 1.66 m IMC: 16.36 Cintura: _____

Ha observado variaciones del peso:

Si (X) No ()

Perdida: () Ganancia: (X)

1-3 kg (X) de 2 a 3 días 4-6 kg () 7-9 kg () > 10 kg ()

Dentadura:

Completa: () Faltan piezas (X) Prótesis Fija: () Prótesis Extraíble: ()

Especifique: 5muelas y fundas en los dientes de enfrente

Estado de las mucosas: normal

Presenta algún problema en la mucosa oral:

Si () No (X)

Especifique:

Lengua en tónica () Estomatitis () Xerostomía () Tumor oral ()
 Leucoplaquia () Edema () Lesión oral () Drenaje purulento ()
 Gingivorragia () Ulceraciones () Otros: _____

Alteraciones en cara y cuello: Ninguno

Abdomen: normal

Peristaltismo: Ausencia: () Disminuido: () Aumentado: () Normal: ()
 Distensión abdominal: () Otros: _____

Presenta algún problema en la alimentación:

Si (X) No ()

Cual: Acidez () Nauseas (X) Vomito (X) Hematemesis () Disfagia ()
 Pirosis () Regurgitación () Polidipsia () Polifagia () Bulimia ()
 Anorexia () Reflujo () Sialorrea () Saciedad () Eructos ()
 Otros: _____

Necesita algún tipo de ayuda para alimentarse:

Si () No (X) Especifique:

Tipo de nutrición:

Sonda nasogástrica: () Sonda Nasoyeyunal: () Gastroclisis: ()

Nutrición Parenteral ()

Que tan frecuente come usted:

1=cada día 2=una vez a la semana 3=una vez al mes 4=nunca

Alimento/frecuencia	1	2	3	4
Leche	X			
Deriv. De leche	X			
Carnes	X			
Cereales		X		
Verduras	X			
Frutas	X			

Huevos	X			
Pescado			X	
Pastas y harinas		X		

¿Con que guisa sus alimentos?

Aceite (X) Manteca: ()

¿Cómo es su dieta habitual?

Sin restricciones () Diabética (X) Hiposodica (X) Hipoproteica (X)
 Hiperproteica () Otros: _____

d) Provisión de los cuidados asociados a los procesos de eliminación y los excrementos.

Grupo de evacuación intestinal:

Presencia de:

Estoma intestinal: Colostomía () Ileostomía () Hemorroides ()

Pólipo rectal () Rectorragia () Otros: _____

Alteraciones al evacuar.

Tenesmo: () Pujo (X) Cólico () Otros: _____

Apoyo para la eliminación intestinal: No

Espontanea: () Estreñimiento: (X) Diarrea: () Otros: _____

Características de las heces fecales:

Café: () Acolia: () Melena: () Otros: _____

Consistencia de las heces fecales:

Pastosa () Semipastosa () Liquida () Semilíquida () Dura (X)

Grupo de eliminación vesical:

Presencia de:

Incontinencia () Retención urinaria () Tenesmo () Disuria ()

Alteraciones uretero-vesicales: _____

Alteraciones en la micción:

Polaquiuria: () Oliguria: () Anuria: (X)

Apoyo para la evacuación vesical:

Movilización: () Cateterismo vesical () Higiene () Otros:

Características de la micción:

Ámbar () Coluria () Hematuria () Turbia () Otros:

Grupo transpiración:

Cambios en los patrones normales de sudoración

Disminuida: () Ausente () Aumentada (X)

Condición o circunstancia:

Temperatura corporal: Dolor: () Alt. Emocionales ()

Temperatura ambiental: siempre Otros: _____

Grupo menstruación:

Menarca: 15 años Días del ciclo menstrual: amenorrea

Tipo, cantidad y características del flujo: _____

Presenta algún problema durante su menstruación:

Si () No () Ocasional () Especifique, dolor de mamas e inflamación de las mismas.

e) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

REPOSO

¿Cuántas horas duerme habitualmente?

<6 Hr () 6-8 Hr (X) 8-10 Hr () >10 Hr (X)

¿Cómo se encuentra al despertar?

Cansado () Descansado (X) Fatigado () Otros:

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?

Si () No (X)

¿Ha sufrido algún cambio en su patrón de sueño?

Si () No (X)

¿Desde cuándo?

1 semana () 15 días () 1 mes () >1 mes ()

Presencia de:

Bostezo: () Insomnio: () Hipersomnio: () Pesadillas: (X) Alucinaciones:
()

Ojeras: () Ronquidos: (X) Enuresis: () Sonambulismo: () Terrores
nocturnos: ()

Factores que interrumpen su descanso y sueño _____

¿Acostumbras a tomar siestas?

Si (X) No ()

¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño?

Si () No (X) Especifique: _____

ACTIVIDAD:

Sistema Musculo Esquelético

Presencia en articulaciones de:

Dolor: () Rigidez: () Inflamación: () Limitaciones: (X) Contracturas: ()

Especifique:

Tratamiento:

¿Alguna actividad física le produce dolor?

Si () No (X) Especifique:

¿Realiza algún tipo de ejercicio?

Si () No (X) Cual: _____

Frecuencia/duración: _____

f) Mantenimiento del equilibrio entre soledad y la interacción

Sistema auditivo:

Presenta problemas de audición:

Si () No (X) Especifique: _____

Utiliza apoyo para escuchar:

Si () No (X)

Presencia de:

Mareo () Vértigo () Acufenos () Malformaciones () Tumoraciones ()
Lesiones ()

Sistema ocular:

Presenta problemas visuales:

Si (X) No () Especifique: desprendimiento de retinas

Utiliza lentes: no Armazón: () Contacto: () Tiempo: _____

Presencia de alteraciones oculares:

Si () No () Especifique: _____.

¿Con quienes convive diariamente?

Familia (X) Amigos () Compañeros de Trabajo ()

¿Cómo considera sus relaciones con las personas con las que convive?

Buena (X) Regular () Mala ()

¿A quién recurre para platicar de sus problemas?

Familia () Amigos () Nadie () Otros: hermana

Observar:

Seguridad (X) Timidez () Introversión () Apatía () Extraversión ()

Otros:

Razones que le impiden socializar:

Lejanía () Enfermedad (X) Rechazo () Miedo ()

Dificultad para la comunicación () Otros: _____

g) Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar.

Sistema Neurológico:

Estado de conciencia:

Consiente (X) Inconsciente () Sopor () Estupor () Confusión ()

Coma () Glasgow: _____

Problemas con:

Concentración () Razonamiento () Especificar: _____

¿Utiliza algún dispositivo de ayuda para realizar la de ambulación?

Bastón (X) pero no lo utiliza Silla de ruedas () Andador () Otros:

Antecedentes heredofamiliares patológicos:

Si (X) No () Especifique: papa DM, hermana IRC

Toxicomanías:

Si () No (X) Especifique: _____

¿Implementa medidas de seguridad en su persona y familia?

Si (X) No () Especifique dejar las puertas de su casa abiertas, y no utiliza la estufa

Funcionamiento humano y grupos sociales

¿Se acepta en su estado físico?

Si (X) No () Especifique: comer, salir a comprar ropa, zapatos y cosas personales

¿Acepta los cambios corporales a partir de su enfermedad?

Si (x) No () Especifique: _____

¿Necesita ayuda para realizar las actividades para satisfacer las necesidades básicas?

Si (X) No () Especifique: _____

¿Considera que su vida es o ha sido productiva?

Si (X) No () Especifique: _____

¿Habitualmente presenta alteraciones emocionales?

Si (X) No ()

Depresión (X) Ansiedad (X) Vergüenza () Temor ()

Desesperanza y negatividad (X)

¿Cuál es su reacción ante una situación estresante?

Negación () Inadaptación () Irritabilidad (X) Culpa (X) Agresión ()

Cólera ()

II. Requisitos de auto cuidado de desarrollo

- a) Crear y mantener las condiciones que apoyan los procesos vitales y promueven los procesos de desarrollo.

1. Etapas del ciclo vital

Recuerda usted algún problema o aspecto relevante referente su salud en alguna de las siguientes etapas de vida.

Niñez Si () No () Especifique: _____

Edad escolar Si (X) No () Especifique: fractura de clavícula

Adolescente Si (X) No () Especifique: bulimia

Adulto joven Si (X) No () Especifique: parálisis de estómago y DM

Edad fértil Si (X) No () Especifique: quistes en los riñones

Adulto maduro Si (X) No () Especifique: IRC

2. Salud sexual

Sistema reproductor:

Has recibido educación sexual

Si (X) No () Especifique: _____

¿Cuál es su orientación sexual? heterosexual

¿Con que Frecuencia tiene actividad sexual?

No tiene

¿Está satisfecho con su vida sexual?

Si () No () Porque: _____

Número de parejas sexuales: una pareja

Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales:

Si () No () Especifique/tratamiento: _____

Utiliza algún método de planificación familiar:

Si () No () Especifique/tiempo: _____

Número de hijos: _____

Tiene problemas de infertilidad:

Si () No () Especifique: _____

Presenta alguna enfermedad de transmisión sexual:

Si () No () Especifique: _____

Tratamiento: _____

Cirugías realizadas en aparato reproductor:

Si () No () Especifique: _____

Hombre:

¿Acude a examen de Próstata/testicular?

Si () No () Especifique: _____

¿Presenta problemas de erección?

Si () No () Tratamiento: _____

¿Presenta problemas de eyaculación precoz?

Si () No () Tratamiento: _____

Mujer:

Menarca: 15 años Días del ciclo menstrual: amenorrea

Tipo, cantidad y características del flujo: _____

Presenta algún problema durante la menstruación:

Si () No () Ocasional () Especifique:

Embarazos: _____ Partos: _____ Cesáreas: _____ Abortos: _____

Partos prematuros: _____ Fechas de último Papanicolaou: junio-2012

Presencia de flujo/hemorragia tras vaginal: no Características: _____

¿Existen alteraciones de crecimiento físico?

Si () No (X) Especifique: _____

III. Requisitos de desviación de la salud

¿Con que frecuencia se realiza usted chequeos generales de salud?

Cada mes (X) 4-6 meses () 6-12 meses () >12 meses () No se realiza ()

Especifique: DM e IRC

¿Sabe usted de que está enfermo?

Si (X) No ()

¿Qué conoce acerca de su enfermedad?

Se inyecta insulina, conoce su dieta, líquidos, sal, los riesgos de hemodiálisis

¿Cuándo hay campañas de salud orientadas a la detección oportuna de enfermedades, usted acude?

Si () No (X)

¿En caso de déficit o incapacidad física, cuál es su sentimiento respecto a su situación?

Depresión

¿Actualmente realiza actividades de ejercicio o rehabilitación?

Si () No (X) Especifique: _____

¿Identifica algún obstáculo que le impida continuar o llevar a cabo los cuidados para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación? SI

Ambientales () Familiares () Personales (X)

Especifique: económico y que en ocasiones no hay quien la acompañe al hospital _____

10.2 Clasificación de los datos sobre los requisitos universales en objetivos y subjetivos.

Requisitos universales	
Datos objetivos	Datos subjetivos
1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	
<ul style="list-style-type: none"> • FR: 20x' • Spo2: 98% 	
2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua	
<ul style="list-style-type: none"> • Mucosa oral hidratada • Piel normal 	<ul style="list-style-type: none"> • Refiere tomar de 500-1000ml de agua durante el día
3.- Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.	
<ul style="list-style-type: none"> • Presenta perdida de piezas dentales le faltan 5 muelas y en los dientes de enfrente tiene fundas • Dieta hpoproteica, hiposodica, hipoproteica • Aumento de peso de 1 a 3 kg por cada 2 o 3 días 	<ul style="list-style-type: none"> • Refiere presentar nauseas y anorexia • Toma leche y derivados 3 veces por semana • Carne 1 vez por semana • Cereales 1 vez por semana • Frutas, verduras y huevo diario • Pescado 1 vez al mes • Pastas y harinas 1 vez por semana
4.- Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación urinaria y fecal.	
<ul style="list-style-type: none"> • Presenta anuria • Su sudoración esta aumentada en cara y cuello 	<ul style="list-style-type: none"> • Refiere estreñimiento y pujo • Refiere amenorrea desde hace 8 meses
5.- Valoración del mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y reposo.	
<ul style="list-style-type: none"> • Escucha bien • Dolor en el cuello por procedimiento invasivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Refiere dormir más de 10 horas y al despertar se encuentra descansada, presenta ronquidos y pesadillas • Acostumbra tomar siesta

6.-Mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.	
<ul style="list-style-type: none"> • Su enfermedad le impide socializarse 	<ul style="list-style-type: none"> • Refiere convivir a diario con su familia y su relación es buena cuando tiene problemas recurre con su hermana • Refiere presentar alteraciones emocionales como depresión, ansiedad, desesperanza y negatividad • Refiere presentar irritabilidad y culpa ante una situación estresante
7.- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	
<ul style="list-style-type: none"> • Se encuentra consciente • Presenta alteraciones visuales (desprendimiento de retinas) 	<ul style="list-style-type: none"> • No utiliza bastón ya que refiere no saber utilizarlo • Refiere no tener toxicomanías ni fumar • Refiere dejar puertas abiertas en su casa y no usar la estufa
8.- Promoción y funcionamiento del desarrollo humano, potencial humano, limitaciones conocidas y el deseo de ser normal.	
	<ul style="list-style-type: none"> • Refiere no aceptarse físicamente ya que desea ser más gorda • Refiere necesitar ayuda para comprar cosas personales



Universidad Michoacana De San Nicolás De Hidalgo

FACULTAD DE ENFERMERIA

Of.No.2152/Sec. Acad./2012

LE. MERCEDES CASTAÑEDA RAMÍREZ

JEFE DE ENFERMERAS

DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"

PRESENTE

AT'N. LE. ELVIA TENA CORONEL

COORDINADORA DE ENSEÑANZA DE ENFERMERIA

PRESENTE

Por este medio me permito solicitar a usted de manera atenta, se brinden las facilidades para que la egresada de la Licenciatura en enfermería MA. AMAYRANI MARTINEZ NAVA, quien realiza un Proceso de Enfermería, pueda aplicarlo a un paciente con "Insuficiencia Renal Crónica", en el turno vespertino durante el periodo del 11 de Diciembre del 2012 al 17 de Enero del 2013. Con la finalidad de obtener su título de Licenciada en Enfermería.

Conocedora de su interés por la formación integral de los profesionales de la Enfermería, agradezco de antemano su invaluable apoyo y me es grato hacer propicia la ocasión para enviarte un atento y cordial saludo.

ATENTAMENTE

Morelia, Michoacán, a 13 de Diciembre de 2012

**M.E. RUTH E. PÉREZ GUERRERO
SECRETARIA ACADÉMICA DE LA FACULTAD**



*Recibo
13-12-12
Elvía Tena*

C.C.P. Martha Julia Arriola Gonzales/Jefa del departamento de Homodivisión
C.C.P Archivo de la Facultad



HOSPITAL GENERAL
 "Dr Miguel Silva"
 LABORATORIO DE ANALISIS CLINICO



COO. ADMISION: 11022078
 PACIENTE :

PROCEDENCIA MED : HEMODIALISIS
 Sexo : FEMENINO

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	VALOR DE REFERENCIA
CITOMETRIA HEMATICA			
LEUCOCITOS	5.39	x10e3/uL	5 - 10
ERITROCITOS	2.33	x10 6/uL	* 3.5 - 4.5
HEMOGLOBINA	8.09	g/dL	* 11.5 - 14.5
HEMATOCRITO	22.74	%	* 35 - 45
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	97.69	fL	80 - 100
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	34.76	pg	* 27 - 32
CONC. HEMOGLOBINA COR. MEDIA	35.58	g/dL	* 32 - 35
ANCHO DE DISTRIBUCION DE ERITROS	7.81	%	* 10 - 20
PLAQUETAS	137.3	x10e3/uL	* 150 - 450
VOLUMEN PLAQUETAR MEDIO	8.58	fL	6 - 10
METODO: IMPEDANCIA			

Liberó: Q.F.B. BLANCA GARCIA RODRIGUEZ

HOSPITAL GENERAL
 - "Dr Miguel Silva"
 LABORATORIO DE ANALISIS CLINICO

COD. ADMISION : 11050099	PROCEDENCIA MED : HEMODIALISIS
PACIENTE :	Sexo : FEMENINO Edad : 30 Años

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	VALOR DE REFERENCIA
BILIRRUBINAS			
BILIRRUBINA TOTAL	0.40	mg/dl	0 - 1 mg/dl
BILIRRUBINA DIRECTA	0.10	mg/dl	0 - 0.3 mg/dl
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.30	mg/dl	0 - 1 mg/dl
METODO: ESPECTROFOTOMETRIA			
<i>Liberó: Q.F.B. LANDY ALEJANDRA ROSAS OCHOA</i>			
ELECTROLITOS SERICOS 6			
SDIO	135	mmol/l	* 136 - 148
POTASIO	4.20	mmol/l	3.5 - 5.5
CLORO	99	mmol/l	98 - 110
CALCIO	8.50	mg/dl	8.5 - 11
FOSFORO	3.2	mg/dl	2.5 - 4.5
MAGNESIO	2.75	mg/dl	1.5 - 2.5
<i>Liberó: Q.F.B. LANDY ALEJANDRA ROSAS OCHOA</i>			
PERFIL DE LIPIDOS			
COLESTEROL	116.00	mg/dl	* 130 - 250
TRIGLICERIDOS	193	mg/dl	* 50 - 160
HDL COLESTEROL	51.70	mg/dl	27 - 66
LDL COLESTEROL	35.8	mg/dl	0 - 190
VLDL COLESTEROL	38.60	mg/dl	
<i>Liberó: Q.F.B. LANDY ALEJANDRA ROSAS OCHOA</i>			
QUIMICA SANGUINEA 6 ELEMENTOS			
GLUCOSA	203	mg/dl	* 70 - 110
CREATININA	9.50	mg/dl	* 0.6 - 1.5
NITROGENO UREICO	53	mg/dl	* 6 - 25
UREA	113.42	mg/dl	* 12 - 53
ACIDO URICO	5.40	mg/dl	2.5 - 7
COLESTEROL	116	mg/dl	* 130 - 250
TRIGLICERIDOS	193	mg/dl	* 50 - 160
<i>Liberó: Q.F.B. LANDY ALEJANDRA ROSAS OCHOA</i>			
TRANSAMINASA GLUTAMICO O	13	U/L	0 - 33 U/L
METODO: ESPECTROFOTOMETRIA			
<i>Liberó: Q.F.B. LANDY ALEJANDRA ROSAS OCHOA</i>			

XII. Apéndices

XII. APENDICES
 UNIVERSIDAD MICHUACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
 FACULTAD DE ENFERMERIA
 CONSENTIMIENTO INFORMADO



Consentimiento informado para participantes en el Proceso de Enfermería con el referente Teórico de D. Orem.

Yo G. G. doy mi consentimiento para participar en la metodología de intervención de enfermería, que tiene como finalidad conocer e identificar las respuestas humanas, fundamentada en la teoría de Dorotea Orem y estructurar un trabajo académico, con fines de titulación, para obtener el grado de licenciado en Enfermería a través del cual se me brindarán cuidados integrales que beneficiarán mi estado de salud.

He sido informado(a) con claridad de los objetivos de la metodología de intervención, así como de la importancia de mi participación en la misma, la cual no implica ningún tipo de riesgo a mi persona. Estoy convencido que mis datos serán totalmente confidenciales y que contribuirán en un futuro al cuidado integral de otras personas que cursan con una situación similar a la mía, fortaleciendo la profesión de Enfermería a través del conocimiento de mis necesidades. Se me ha informado que no existe riesgo alguno sobre mi salud y que mi participación será voluntaria en todo momento, sin obligación y consiente, sin recibir ninguna remuneración económica. Enterado (a) que el responsable de dicho proceso de enfermería es el (la) PLE Ma. Ameyuli Martínez Nová, doy mi consentimiento para colaborar en el trabajo académico solicitado.

[Firma] _____

Acepto participar

 PLE

[Firma]

Testigo

Morelia, Mich. a 17 de Enero 2013