



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE
SEÑIL CON PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ POR
INFECCIÓN BACTERIANA, A TRAVÉS DEL MODELO
DE VIRGINIA HENDERSON**

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

PRESENTA

RUTH ISABEL LÓPEZ GONZÁLEZ

DIRECTORA DEL TRABAJO

Araceli Jiménez Mendoza
M.C.E. ARACELI JIMÉNEZ MENDOZA



**Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social**

MÉXICO, D.F. AÑO 2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



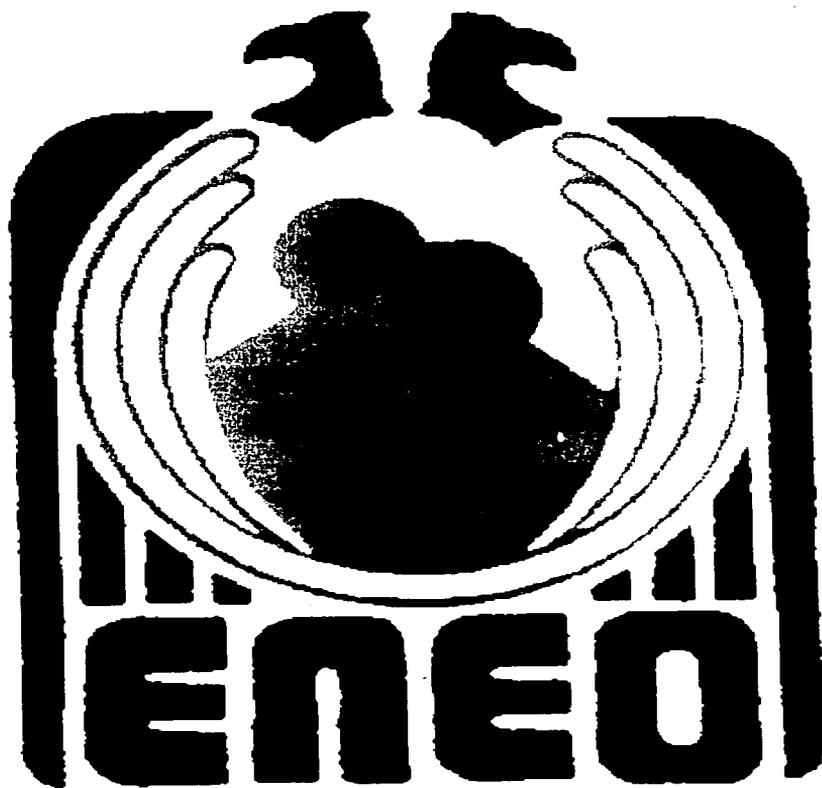
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA
Y OBSTETRICIA**



AGRADECIMIENTOS.

A la escuela nacional de enfermería y obstetricia agradezco la formación profesional que me ha brindado.

A mis profesoras mi más profundo agradecimiento por su ayuda y múltiples consejos que han contribuido a mi desarrollo profesional.

A mis compañeras enfermeras agradezco sus valiosos comentarios e información que fueron de gran utilidad así como las sugerencias que me han ayudado para escalar cada vez mejores expectativas.

A mi asesora M. C. E. Araceli Jiménez Mendoza por su orientación, consejo y apoyo brindado para la elaboración de la presente.

DEDICATORIAS

Dedico con todo cariño a mis padres, hermanos y a mis maestros que me han dado la motivación para seguir adelante.

Con profundo amor y agradecimiento dedico la presente a mi esposo e hijas por su comprensión, cariño, entusiasmo y apoyo incondicional, me han dado la motivación para lograr una más de mis tan anheladas metas. Con enorme cariño para: Alfonso, Fany, Jenny y Elizabeth.

INDICE

CAPITULO	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	2
OBJETIVOS.....	3
METODOLOGÍA DEL TRABAJO.....	4
1.- MARCO TEORICO.....	6
1.1 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.....	6
1.1.1 CONCEPTO DEL PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA (MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON).....	8
1.1.1.1 CUIDADOS.....	8
1.1.1.2 PERSONA.....	8
1.1.1.3 SALUD.....	8
1.1.1.4 ENTORNO.....	9
1.1.1.5 INDEPENDENCIA.....	9
1.1.1.6 DEPENDENCIA.....	10
1.1.1.7 CAUSAS QUE DIFICULTAN LA SATISFACCIÓN DE NECESIDADES... 10	10
1.1.1.7.1 FALTA DE FUERZA.....	10
1.1.1.7.2 FALTA DE CONOCIMIENTO.....	11
1.1.1.7.3 FALTA DE VOLUNTAD.....	11
1.1.1.8 DIMENSIONES QUE INFLUYEN EN LA SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES.....	11
1.1.1.8.1 BIOLÓGICAS.....	11
1.1.1.8.2 PSICOLÓGICAS.....	12
1.1.1.8.3 SOCIALES Y CULTURALES.....	12
1.2 USOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	12
1.3 BENEFICIOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN A ENFERMERÍA.....	12
1.4 PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA.....	14
1.4.1 NECESIDADES DE OXIGENACIÓN.....	15
1.4.2 NECESIDADES DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.....	18
1.4.3 NECESIDADES DE ELIMINACIÓN.....	19
1.4.4 NECESIDADES DE MOVERSE Y MANTENERSE EN BUENA POSTURA.....	21
1.4.5 NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.....	22
1.4.6 NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN.....	24
1.5 ETAPAS DE LA EDAD SENIL.....	25
1.5.1 CAMBIOS BIOLÓGICOS.....	26
1.5.2 CAMBIOS PSICOLÓGICOS.....	26
1.5.3 SITUACIONES DE CRISIS.....	27
1.5.4 LA PERTENENCIA SOCIAL.....	28
1.5.5 LA PAREJA MAYOR.....	29
1.5.6 LA VIUDEZ.....	30
1.5.7 LAS ENFERMEDADES MÁS HABITUALES.....	31

1.5.8	LOS TRANSTORNOS PSÍQUICOS.....	32
1.6	PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ.....	33
1.6.1	PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ POR INFECCIÓN BACTERIANA.....	34
1.6.2	MECANISMO RESPIRATORIO.....	36
1.6.3	FRECUENCIA Y PATRON RESPIRATORIO.....	39
2.-	APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN A ENFERMERÍA.....	42
2.1	PRESENTACIÓN DEL CASO.....	42
2.1.1	INFORMACIÓN GENERAL.....	43
2.1.2	CARACTERÍSTICAS PERSONALES.....	43
2.1.3	HABITOS.....	44
2.1.4	ANTECEDENTES PERSONALES Y FACULTADES RELACIONADAS CON LA SALUD.....	45
2.1.5	ESTADO FÍSICO.....	45
2.1.6	DATOS BIOLÓGICOS.....	46
2.1.7	RESULTADO DE PRUEBAS DISPONIBLES.....	46
2.2	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.....	46
2.2.1	COMPONENTES DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.....	47
2.2.2	COMO FORMULAR UN DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.....	47
2.2.3	PROPOSITOS DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.....	48
2.2.4	CARACTERÍSTICAS DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.....	48
2.3	PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	49
2.3.1	PLAN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA.....	50
2.4	ATENCIÓN DE LAS NECESIDADES EN EL PACIENTE SENIL CON PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ POR INFECCIÓN BACTERIANA.....	51
2.4.1	PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y EVALUACIÓN A UNA PERSONA SENIL CON PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ POR INFECCIÓN BACTERIANA PARA SATISFACER LAS NECESIDADES REALES.....	52
2.4.2	EJECUCIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	58
2.4.3	EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	59
2.4.4	PLAN DE ALTA.....	60
3.-	CONCLUSIONES.....	62
4.-	SUGERENCIAS.....	63
5.-	GLOSARIO.....	64
6.-	BIBLIOGRAFÍA.....	67
7.-	ANEXOS.....	70
	ANEXO I.- HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA.....	70
	ANEXO II.- CONCLUSIÓN DIAGNOSTICA DE ENFERMERÍA.....	76

INTRODUCCIÓN

Desde los inicios de la profesión de enfermería se han elaborado diferentes conceptos, uno de ellos los define como los cuidados prestados a un individuo sano o enfermo para conservar o recuperar la salud.

Actualmente hay diferentes enfoques en los modelos de enfermería; la aplicación del modelo de Virginia Henderson se considera un modelo humanista que se puede poner en práctica en medio de un trabajo real, con la finalidad de que el paciente reciba un cuidado individual e integral, aplicando las necesidades básicas que se requieren y así poder valorar y evaluar resultados.

Dentro de la atención prestada es importante aplicar el proceso de atención de enfermería, con el fin de brindar una buena o excelente atención.

El proceso de atención a enfermería se elaboró para mejorar las necesidades propias del paciente, en el que se aplican acciones de enfermería de acuerdo al diagnóstico, basados en el modelo de Virginia Henderson considerando los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales del individuo.

Este proceso va enfocado a un paciente senil de 73 años de edad, con alteraciones del patrón respiratorio ineficaz por infección bacteriana basándose en el modelo de Virginia Henderson.

JUSTIFICACIÓN

Hoy en día el profesional de enfermería deberá estar capacitado para ayudar al individuo sano o enfermo, en el desarrollo de aquellas actividades que contribuyan a su salud, recuperación, auto cuidado o la muerte tranquila, estableciendo una jerarquización de sus necesidades físicas, psicológicas, sociales, y espirituales, tomando en cuenta el proceso de atención de enfermería, aplicando algunos de los modelos de enfermería, para este se tomo en cuenta el de Virginia Henderson para brindar una atención humanista personalizada respaldada en las necesidades básicas que nos permite el modelo aplicado así con base en las necesidades, la atención de enfermería será de mejor calidad y de una estancia más agradable y corta dentro de un hospital.

El presente proceso se desarrollará con una paciente senil, a fin de dar una atención integral a sus necesidades, ya que es importante que aprenda a cuidarse por sí sola.

Aplicando el proceso de atención de enfermería, nos permite identificar las principales necesidades del individuo.

OBJETIVO GENERAL

Aplicar los conocimientos adquiridos enfocados al proceso de atención de enfermería a un paciente senil con patrón respiratorio ineficaz a través de la práctica profesional basados en las necesidades del individuo guiados en el modelo de Virginia Henderson.

OBJETIVO ESPECIFICO

Desarrollar la actividad para estructurar el proceso atención enfermería basados en el modelo de Virginia Henderson a un paciente senil con patrón respiratorio ineficaz, con la finalidad de proporcionar una mejor calidad de vida.

METODOLOGÍA DEL TRABAJO

Se aplicara el proceso de atención de enfermería a un paciente de 73 años de edad con patrón respiratorio ineficaz en el Hospital General de Zona número 71 de segundo nivel en Chalco Estado de México, tomando en cuenta el tiempo de estancia intra hospitalaria, utilizando el modelo de Virginia Henderson.

La valoración para la aplicación del proceso de atención de enfermería se dará de acuerdo con el historial clínico así como las basados en los resultados que arrojan los estudios de laboratorio, rayos X, los reportes de enfermería y las observaciones que se tengan acerca de los pacientes.

La elaboración de los diagnósticos y necesidades se basará en el análisis de la historia clínica de enfermería, la observación, la entrevista, expediente clínico, para aterrizar en el diagnóstico, donde ya antes se hizo mención.

En la etapa de planeación se inicia jerarquizando las necesidades de acuerdo a su diagnóstico del paciente, planteando los problemas detectados sin olvidar los objetivos deseados, se desarrollará seguido de la información y los reportes de actividades, previa ejecución del proceso de atención de enfermería, se analiza el plan de cuidados analizando la eficiencia y la evolución del paciente.

Para la ejecución, se pondrán en práctica los conocimientos profesionales de enfermería que se han establecidos en la planeación llevándose un registro de la evolución que se observara en el estado de salud del paciente diariamente.

La evaluación de los resultados se dará al verificar los objetivos deseados en cuanto al modelo realizado teniéndose un proceso eficaz basándose en los reportes diarios del expediente y tratamientos así como las observaciones emitidas por enfermería acerca del estado general del paciente.

1.- MARCO TEÓRICO

1.1 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson creó un modelo que se sustenta en las necesidades básicas del ser humano, de fácil aplicación en la intervención de enfermería.

El modelo de Virginia Henderson se utiliza como referencia en las etapas del proceso de enfermería en las que se manifiesta la función de asistir al individuo sano o enfermo, así como realizar las actividades que contribuyen a la salud, a la recuperación, con la finalidad de ayudar a recobrar la independencia en forma rápida y oportuna o bien a una muerte serena y tranquila.

Las necesidades básicas se determinan de acuerdo a los factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales, inherentes a cada persona desde el punto de vista integral y así poder valorar el estado del individuo.

Henderson afirma que la enfermera es, y debe ser una profesional independiente, capaz de hacer juicios independientes. Considera a la enfermera como la mayor autoridad en las actividades básicas de enfermería.⁽¹⁾

⁽¹⁾ García González Ma. De Jesús, *El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson*, Ed. Progreso, México, 1997, p. 13

Virginia Henderson Identifica 14 necesidades básicas en el paciente para su asistencia, las cuales se enlistan a continuación:

- 1.- Necesidad d oxigenación**
- 2.- Necesidad de nutrición e hidratación**
- 3.- Necesidad de eliminación**
- 4.- Necesidad de moverse y mantener una buena postura**
- 5.- Necesidad de descanso y sueño**
- 6.- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas**
- 7.- Necesidad de termorregulación**
- 8.- Necesidad de higiene y protección de piel**
- 9.- Necesidad de evitar peligros**
- 10.- Necesidad de comunicarse**
- 11.- Necesidad de vivir según sus creencias y valores**
- 12.- Necesidad de trabajar y realizarse**
- 13.- Necesidad de jugar / participar en actividades recreativas**
- 14.- Necesidad de aprendizaje**

El criterio clínico de la enfermera debe llegar a reconocer las necesidades insatisfechas y las fuentes de dificultad relacionados para poner en práctica los modos de intervención que son sustituir, añadir, reforzar y aumentar la fuerza , voluntad y conocimiento de la persona para mantener su integridad.

1.1.1 CONCEPTO DEL PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA (MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON)

1.1.1.1 CUIDADOS

Asistencia A La persona sana o enferma en las actividades que no puede hacer por si misma por falta de fuerza, de voluntad o de conocimientos con el fin de conservar o restablecer su independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales.

1.1.1.2 PERSONA

Virginia Henderson considera al paciente como un individuo que debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional. Porque la mente y el cuerpo de la persona son inseparables. La persona es capaz de aprender toda su vida. El paciente y su familia conforman una unidad.⁽¹⁾

1.1.1.3 SALUD

Se considera un estado de independencia o satisfacción adecuada de las necesidades. Enfermedad por lo tanto, es un estado de dependencia motivada por la insatisfacción o satisfacción inadecuada de las necesidades (1)

(1) Idem.

La salud es una cualidad de la vida y es básica para el correcto funcionamiento del organismo humano, salud es la habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes del cuidado de enfermería, así que se dice que la calidad de la salud es más que la vida en sí misma, esa reserva de energía física y mental que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida.⁽²⁾

1.1.1.4 ENTORNO

Define Webster's New Collegiate Dictionary, 1961 el entorno como el conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.⁽³⁾

1.1.1.5 INDEPENDENCIA

Independencia es la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas de acuerdo con su salud, etapa de desarrollo y situación. Los criterios de independencia son considerados de acuerdo a las características específicas de cada persona, los cuales varían según sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.

⁽²⁾ IBIDEM pag 13 y 14

⁽³⁾ IBIDEM pag 105

1.1.1.6 DEPENDENCIA

Dependencia es la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las catorce necesidades básicas por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

Los criterios de dependencia son de acuerdo con los componentes específicos de la persona

1.1.1.7 CAUSAS QUE DIFICULTAN LA SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES.

La causa de las dificultades para la satisfacción de las necesidades son los obstáculos o limitaciones personales o del interno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades

1.1.1.7.1 FALTA DE FUERZA

Incapacidad física y de habilidades mecánicas para llevar a cabo las acciones pertinentes a la situación, lo cual está determinado por el emocional, las funciones psíquicas, intelectuales, etc.

1.1.1.7.2 FALTA DE CONOCIMIENTO

Es lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

1.1.1.7.3 FALTA DE VOLUNTAD

Es la incapacidad o limitación de la persona a comprometerse en una decisión adecuada a la situación y la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer sus catorce necesidades.

1.1.1.8 DIMENSIONES QUE INFLUYEN EN LA SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES.

Cada una de las catorce necesidades están relacionadas en las distintas dimensiones de la persona, dichas dimensiones pueden modificar la manifestación y la situación de cada una de las necesidades.

1.1.1.8.1 DIMENSIONES BIOLÓGICAS.

Hacen referencia a las condiciones genéticas de la persona y el funcionamiento de sus aparatos, sistemas u órganos de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y estado general de salud.

1.1.1.8.2 PSICOLÓGICAS

Las dimensiones psicológicas se refieren a los sentimientos, pensamientos, emociones, inteligencia, memoria, psiconutricidad, nivel de conciencia y habilidades individuales de relación.

1.1.1.8.3 SOCIOCULTURALES

Se refiere al entorno físico de la persona (entorno próximo y entorno más lejano) y los aspectos socioculturales de este entorno que están influenciados a la persona.

1.2 USOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de atención de enfermería es un método, organizado para proporcionar cuidados de enfermería individualizadas con bases científicas a una persona, familia o comunidad.

Permite la participación de la persona y familia en las actividades programadas para la satisfacción de las necesidades a la resolución de los problemas detectados.

1.3 BENEFICIOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Se dirige hacia un objetivo específico.

Ahorra tiempo en su logro por que parte de un planteamiento bien organizado.

Responde a un cambio continuo, por que es flexible en todas sus etapas.

Considera todos los aspectos humanos del hombre, por que está centrado en las respuestas humanas.

Permite una relación reciproca enfermera – persona – familiar.

Se adapta al ejercicio de la enfermeria en cualquier área o lugar promoviendo la flexibilidad y el pensamiento independiente, así mismo ayuda a la enfermera a tener satisfacción de obtener resultados.

Estimula la creatividad e innovación, potencia la profesionalización, favorece el desarrollo de habilidades interpersonales, cognitivas técnicas.

Ayuda al individuo y a las personas significativas a darse cuenta de que su aportación es importante y a fijar los puntos fuertes.

Favorece una mejor comunicación y maximiza las oportunidades y recursos.

Evita las omisiones y repeticiones innecesarias acelerando la solución de problemas.

Es eficaz en la promoción de la calidad y eficiencia de los cuidados de salud

Acelera el diagnóstico y tratamiento de las problemáticas de salud reales y potenciales reduciendo la incidencia y la duración de las estancias hospitalarias.

Crea un plan con un corte efectivo tanto en término de sufrimiento humano como de gastos económicos.

1.4 PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA.

La participación de enfermería en la atención de una persona senil con patrón respiratorio ineficaz por infección bacteriana inicia con las necesidades que ponen en peligro su vida y estas son las necesidades reales.

La neumonía se define como inflamación de los pulmones que producen microorganismos, que podrían ser bacterias, hongos o virus.

La neumonía bacteriana puede confinarse aun solo lóbulo (neumonía lobar), aunque en la edad avanzada a menudo es más moteada y diseminada (bronconeumonía) con pocos signos clínicos focales y poco sombreado obvio en la radiografía del tórax.

El padecimiento es común en ancianos, en particular aquellos con trastornos neurológicos como la enfermedad de el Parkinson o accidente cerebro vascular, aquellos con dificultad para la deglución y con deformidad torácica, sujetos con enfermedad reumática, alcoholismo e insuficiencia cardiaca y el anciano con enfermedad pulmonar

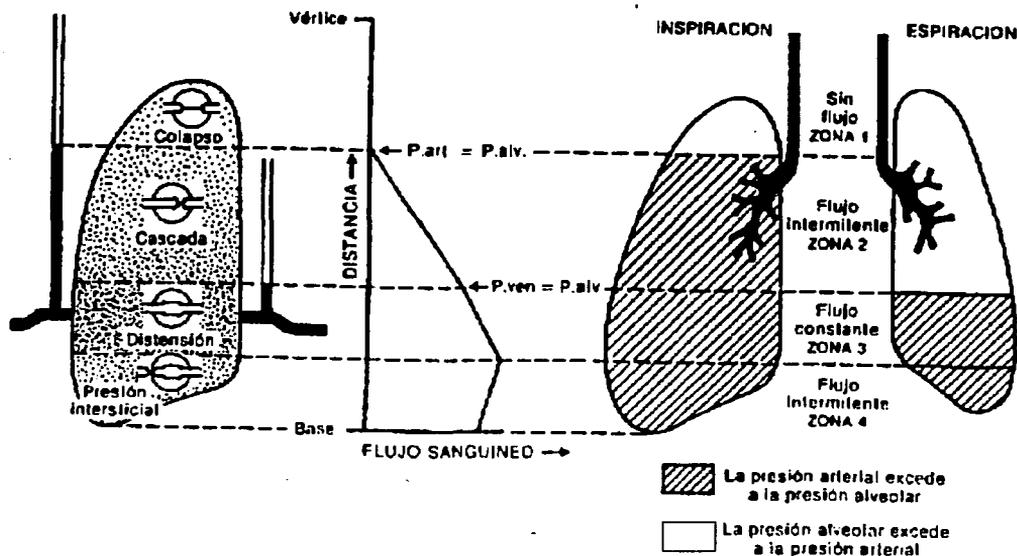
previa. Los signos clásicos como fiebre, tos, dolor pleurítico y falta de aliento, son menos comunes , y en su lugar una persona de edad avanzada puede presentarse con una caída o confusión. El otro factor que dificulta el diagnóstico es la ocurrencia común de crepitaciones en la edad avanzada en particular en los encamados o con obstrucción crónica del flujo de aire preexistente.

1.4.1 NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

La respiración es la función por medio de la cual el organismo absorbe (inspiración), del exterior oxígeno necesario para el sostenimiento de la vida y elimina (expiración), del interior de los gases de la misma.⁽⁴⁾

Ventilación pulmonar es el paso del aire atmosférico a los alvéolos pulmonares, el intercambio de gases en los mismos y el regreso posterior del aire en la atmósfera. Durante este proceso el aire pasa a través de los conductos nasales, faringe, laringe, traquea, bronquios y bronquiolos hasta los alvéolos y luego regresa por el mismo trayecto. En su paso a los pulmones, el aire se humedece, se calienta y se libera de microorganismos y materiales extraños por acción del moco secretado que contiene la mucosa que recubre las vías respiratorias.

⁽⁴⁾ IBIDEM pág 55



Distribución de la perfusión en el pulmón.

La frecuencia normal en el adulto (eupnea) es de 16 a 20 respiraciones por minuto.

Los factores que pueden producir variaciones en las frecuencias respiratorias son: ejercicio, reposo, fiebre, hidratación, postura, edad, sexo, estatura, emociones y hábitos.

La inflamación de los órganos implicados en la ventilación pulmonar, pueden producir hipoventilación y / o disminución de la capacidad de difusión de la membrana respiratoria. La inflamación puede ser ocasionada por, traumatismos, agentes químicos como: bacterias, humos gases, alérgenos y por microorganismos como: virus bacterias y hongos.

Suele decirse que el patrón respiratorio ineficaz en el anciano se manifiesta de forma atípica, o sin los signos y síntomas que acompañan a menudo a las infecciones de las vías respiratorias interiores, sin embargo en algunos estudios se ha descrito que la forma de presentación más frecuente es la típica y de carácter agudo. De todos modos existen diferencias en cuanto a la presentación, relacionados con la edad.

La necesidad de oxigenación en el paciente senil está dada por la inflamación aguda de los pulmones causada a su vez por la infección bacteriana que hace que los alvéolos y los bronquiolos pulmones se taponen con exudados fibrosos.

Disnea: El respirar es habitualmente un hecho inconsciente. Cuando por alguna enfermedad respiratoria, cardiovascular o neuromuscular éste hecho se torna consciente y displacentero, el individuo lo referirá con distintos términos: falta de aire, fatiga, respiración intranquila. Esto es, precisamente, lo que la enfermera reconocerá como disnea.

TRATAMIENTO

Administración de oxígeno por puntos nasales, ambiente húmedo.

Puntos nasales es un método de administración de oxígeno a bajas concentraciones a un flujo de 2 a 5 litros por minuto. El paciente que usa los puntos nasales tiene libertad de moverse en la cama o permanecer sentado en una silla.

El ambiente húmedo y sesiones de inaloterapia son con el fin de fluidificar las secreciones y facilitar su drenaje al exterior.

1.4.2 NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Todas las actividades del organismo requieren cierta cantidad de energía la cual proporciona por los alimentos, el agua y las sales inorgánicas que son necesarias para sostener la composición normal de los tejidos. El agua constituye más de las dos terceras partes de los alimentos ingeridos diariamente.

La causa más importante de mala nutrición en paciente senil es la escasa ingesta de alimentos . Habitualmente la causa primera es la anorexia causada por factores económicos, culturales y psicológicos que pueden desempeñar un papel fundamental en algunos pacientes. La anorexia puede deberse a la depresión, el estrés, problemas dentales, falta de motivación, etc.

Los requerimientos nutricionales y de hidratación para los pacientes de edad avanzada son similares a los de los adultos, excepto que es necesario reducir la ingestión calórica, además debe ser variada.

Las necesidades energéticas disminuyen con la edad, se reduce el índice metabólico y la actividad de tal forma que se reducen las necesidades calóricas, debido a la demanda del propio organismo.

Suelen observarse carencias dietéticas de hierro, vitaminas A, C y calcio, es por esto que en este tipo de pacientes al encontrarse hospitalizados presentan características de fragilidad capilar, agrietamiento de la piel alrededor de la boca, disminución de la sensibilidad visual así como una desmineralización ósea.

Debido a la carencia de recursos, a los factores que afectan las costumbres dietéticas de las personas de edad avanzada, es necesario que cuente con ayuda para esto existen varios organismos altruistas de beneficencia pública o bien privadas con el fin de poderles ayudar con su alimentación, desde la entrega de alimentos a domicilio, alimentos sobre ruedas, programas de visitas amistosas, asesoramiento dietético, cuidados necesarios para personas de edad avanzada, y hasta dispositivos de auto ayuda para comer.

1.4.3 NECESIDADES DE ELIMINACIÓN.

El organismo debe desechar los residuos acumulados durante el catabolismo de los alimentos, así como los gases y otros elementos no utilizables, formados durante el proceso de la digestión.

El acto de evacuar el intestino se le llama defecación y a los desechos eliminados se les denominan heces fecales.

Cada persona tiene un patrón único de eliminación fecal. Los ancianos tienen cambios que pueden afectar la evacuación intestinal; como la atonía de los músculos del colon y abdominales, lo que disminuye la presión que se ejerce durante la evacuación intestinal.

Las heces fecales tienen características normales tales como la coloración, consistencia, configuración, olor, que constituyen características normales, cuando se manifiestan anormales están acompañados de pus, moco, parásitos, grasa en exceso, así como bacterias patógenas, éstos elementos solo son detectados por el laboratorio.

Eliminación por aparato urinario.

Las vías urinarias están formadas por dos riñones, dos uréteres, la vejiga y la uretra.

Los riñones tiene la función de eliminar los productos de desecho del metabolismo corporal y la concentración de los líquidos corporales.

Los uréteres, son dos tubos musculares largos delgados que transportan la orina de los riñones a la vejiga.

La vejiga por su parte es un órgano muscular hueco, su capacidad promedio es de 300 a 500 mililitros, pero puede almacenar hasta 3000 mililitros.

El volumen de orina excretado en 24 horas es variable pero se considera que no debe ser menor a 500 mililitros ni mayor a 3000 mililitros.

La orina en condiciones normales es transparente, color paja o ámbar, olor tenue aromático, el pH es ligeramente ácido.

Eliminación de secreciones formadas por alteración del patrón respiratorio ineficaz.

La inflamación aguda de los pulmones en general causada por microorganismos hace que los alvéolos y los bronquiolos pulmonares se taponen provocando la eliminación de un esputo de color herrumbroso conforme avanza la enfermedad el esputo se forma más espeso, purulento y denso y entonces se tiene la necesidad de drenar por medio de la aspiración de secreciones cada vez que se requiera con la finalidad de mantener libres las vías respiratorias altas y exista intercambio gaseoso.

1.4.4 NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Una buena postura mejora la salud y le da una buena presencia al cuerpo, la práctica de los mecanismos corporales correctos es esencial para que las enfermeras prevengan la fatiga, las torceduras y lesiones durante su práctica profesional.

Fatiga:

El grado de fatiga, psicológica o física, generalmente influye en la postura corporal. El adulto fatigado suele adoptar una posición más flexionada mientras está sentado o de pie.

Los hombros están bajos y la curvatura torácica se acentúa por que el cuello queda flexionado.

Los valores personales de la postura corporal influyen de manera importante, la apariencia personal también es importante, tendrá cuidado en mantener una buena postura.

En la gran mayoría de los adultos senil, es típico la flexión de la cabeza, del cuello que se encuentra ligeramente hacia enfrente, durante la deambulacion la marcha se hace más lenta y se arrastran un poco los pies y la capacidad de equilibrio se reduce.

Para el paciente senil con patrón respiratorio ineficaz es muy importante el movimiento así como la postura ya que al estar hospitalizado será necesario colocarlo en posición semifowler, ésta posición evitará la formación y acumulación de secreciones ayudando al desalojo del esputo formado, permitiendo que se mejore el paso de oxígeno inspirado y expirado.

La satisfacción de la necesidad de moverse y mantenerse en una buena postura básicamente va encaminada a la prevención de las úlceras de decúbito, infecciones pulmonares y un incremento en las deformaciones óseas.

1.4.5 NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

El descanso físico comprende la ausencia de dolor y un ambiente de armonía que favorece la relajación.

La relajación favorece al estado que guarda el organismo en el que hay ausencia de tensión o activación manifestándose en tres niveles de respuesta que son fisiológica, conductual y cognitivo.

Sin embargo después del sueño prolongado las personas suelen recuperar un estado óptimo de serenidad.

El descanso favorece el funcionamiento óptimo del organismo ya que la fatiga puede desencadenar un estado de perturbaciones graves.

Sueño

Los problemas del sueño en la tercera edad pueden producirse por exceso o defecto, debido a un trastorno primario, una alteración ambiental o un estado patológico.

Para satisfacer la necesidad de descanso y sueño es conveniente tener presente que el fenómeno del sueño depende en gran parte del bloqueo de los impulsos sensitivos del exterior y del interior del organismo o a la falta de ellas, lo que explica por que una persona se duerme más fácilmente en un sitio oscuro sin ruido.

El patrón general del dormir, que varía de un individuo a otro y de una noche a otra en el mismo individuo, el sueño tiene dos fases, el sueño R. E. M. (Rapid Eye Movement), movimientos oculares rápidos, el tono muscular en todo el cuerpo disminuye hasta casi desaparecer. la frecuencia cardiaca puede estar hasta veinte latidos debajo de lo normal, éste sueño profundo suele presentarse de tres a cuatro veces cada noche con intervalos de 80 a 120 minutos, cada sueño dura de 5 minutos a más de una hora, éste sueño tiene especial importancia para mantener un estado mental sano.

El sueño N. R. E. M. (sueño de movimientos oculares lentos) es más prolongado y es el que proporciona el descanso y restablecimiento del organismo.

1.4.6 NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

La temperatura corporal es el grado de calor que mantiene el organismo en un momento dado. La temperatura corporal es el equilibrio entre el calor producido por el organismo como resultado de la oxidación de los alimentos, el calor que recibe del medio ambiente y el calor que pierde en la transpiración, la respiración y la excreción principalmente.

La temperatura corporal en los ancianos es de 36°C así que la temperatura estándar varía de acuerdo a la edad de las personas y también varía de acuerdo a varios factores como dependiendo que hora del día sea, las emociones que tenga el ser humano, el ejercicio que desarrolle, la ingestión de líquidos fríos o calientes ya sea que aumente la temperatura o la disminuya, el ambiente que nos rodea en cuanto al clima, la ropa que se porte o bien debido a las enfermedades.

La hipertermia es la elevación anormal de la temperatura corporal. Se piensa que la temperatura se eleva por la acción de sustancias tóxicas que afectan a la regulación de la temperatura.

La fiebre puede ser causada por los padecimientos infecciosos.

La hipotermia es la disminución de la temperatura corporal, por debajo de lo normal, ésta puede ser causada por una exposición prolongada al medio ambiente con un clima frío o bien por la depresión del sistema nervioso central o por efectos de medicamentos y también si se ingirió alcohol.

1.5 ETAPAS DE LA EDAD SENIL

La vejez es el éxodo de una persona que, por razón de su crecimiento en edad, sufre la decadencia biológica de su organismo y en un receso de su participación social. También se puede definir como una situación existencial de crisis, resultado de un conflicto íntimo experimentado por el individuo entre su aspiración natural al crecimiento y la decadencia biológica y social consecuente con el avance de los años.

La vejez puede tener unas limitaciones, pero también tiene unos potenciales únicos y distintivos : serenidad de juicio, madurez vital, experiencia, perspectiva de la vida histórica personal y social, etc. El proceso de envejecimiento está condicionado por cambios a tres niveles: cambios somáticos, cambios sociológicos y cambios psicológicos.

Cambios somáticos: se caracteriza por una serie de transformaciones progresivas e irreversibles, en función de la edad. Modificaciones de los tejidos, de los huesos, las glándulas, la postura corporal, el color de los cabellos, el estado de salud, etc.

Cambios sociológicos : se caracteriza por ciertos cambios de estatus y de roles a partir de una disminución del rendimiento de entre estos, destaca la jubilación como paso a la inactividad corporal.

Cambios psicológicos: se observa la necesidad y los esfuerzos de adaptación del individuo que envejece.

1.5.1 CAMBIOS BIOLÓGICOS

El ser humano evoluciona en su interior de una forma diferente a la evolución de su aspecto biológico y por lo tanto la etapa y el proceso de envejecimiento no deben verse como una etapa final sino como una etapa de maduración y de evolución del ser humano.

Problemas de irrigación sanguínea : la caja torácica se vuelve más rígida, con la que a su vez disminuye la capacidad respiratoria. Disminuye el ritmo cardiaco, aumenta la presión arterial y disminuye el suministro sanguíneo debido a la disminución del volumen de contracción del corazón.

La sexualidad : La atrofia de las glándulas sexuales no significa que desaparezca la actividad sexual normal, como se ha creído erróneamente.

Los sentidos: en el plano funcional de los procesos sensoriales, el ojo y el oído son los órganos que antes envejecen por lo que se refiere a la limitación de sus funciones.

1.5.2 CAMBIOS PSICOLÓGICOS

El periodo involutivo se caracteriza psicológicamente por los esfuerzos que debe realizar el individuo para adaptarse a los cambios biológicos y limitaciones físicas y a las nuevas condiciones de vida que supone el envejecimiento.

Adaptación psicológica : las diversas aptitudes cognitivas del individuo se ven afectados en distinta medida en el proceso del envejecimiento. El descenso de la capacidad intelectual en los ancianos no se produce en función de la cronológica sino que va ligado a enfermedades y circunstancias psicosociales desfavorables.

La memoria : es fundamental para el aprendizaje, ya que lo que no se puede recordar no existe. La memoria inmediata o de hechos recientes disminuye notoriamente, ello conduce a repetir las mismas preguntas y conversaciones.

1.5.3 SITUACIONES DE CRISIS

Desde el fin de la madurez, el individuo, sufre una confrontación entre sus realizaciones existenciales y sus proyectos ideales. Esta confrontación está precipitada por la aparición de algunos momentos críticos.

- El desplazamiento social - la jubilación : una de las crisis, consiste en la pérdida del papel social y familiar que representa la jubilación. Ello supone a menudo, junto a la pérdida de índole económica, la privación de status social y prestigio. Cada persona tiene diferentes vivencias de la jubilación. Para algunos supone una liberación y la posibilidad de disponer de tiempo para realizar sus sueños, pero para otros supone el comienzo de su final.

- El sentimiento de inutilidad : a medida que el anciano va perdiendo facultades, cada vez depende más de los demás. Los grados de deterioro que va percibiendo la persona a medida que pasan los años son progresivos. Ese deterioro le conduce inexorablemente a

la pérdida de autonomía personal y a la dependencia de los demás, es la realidad que mayores repercusiones psicológicas tiene.

- La soledad : es la crisis que se produce por la pérdida de personas queridas. Esta soledad puede ser mortal cuando los ancianos viven con sus hijos y sienten que son un estorbo, o real, cuando los ancianos no tienen con quien compartir su vida.

1.5.4 LA PERTENENCIA SOCIAL

El sentimiento de pertenencia social corresponde a la necesidad del ser humano de tener raíces, un punto de referencia y de continuidad. No es simplemente una necesidad circunstancial en una etapa particular de la vida, sino que es una necesidad fundamental de la personalidad.

- Vida social : desde el punto de vista sociológico se ha visto como se considera al anciano un ser no productivo al que se le puede desplazar de los mecanismos económicos y marginado de la sociedad.

- Asumir la ancianidad : existe un grupo de ancianos que han asumido con mayor celeridad su ancianidad. Una persona con buena salud podrá desarrollar con mayor facilidad su vida, pero una persona que no goce de buena salud y aya posibilidades económicas sean escasas, no podrá disfrutar de las ventajas de la 3° edad.

1.5.5 LA PAREJA MAYOR

La pareja anciana tiende al mismo tiempo a la ejecución de dos conductos que son en si ortogénicas : por un lado, el aislamiento en si misma, y, por otro, la necesidad de dependencia física, emocional y, a veces económica de los demás.

- Evolución sanitaria de la pareja: las personas, no envejecen al mismo ritmo ni somática ni psicológicamente. Es frecuente en esta etapa de la senectud la pareja se encuentre con diferencias entre sus componentes teóricamente no previstas.

- Evolución de los hijos : la vida familiar se reparte entre el cónyuge y los hijos, y son estos los que son la fuerza de quienes interrumpen en la vida condicionan en gran parte el tipo de relación de la pareja, en sus actividades, preocupaciones, conversaciones y planteamientos globales.

- Matrimonio sin hijos : la vida de un matrimonio de 40 años, sin hijos, se parece a la de una de 50 años con hijos emancipados. Si una pareja sin hijos llega a la ancianidad en un estado de integridad afectiva y con una buena compenetración, la unión de esta pareja será probablemente más sólida que si tuvieran hijos, pues estos suponen cierto obstáculo en la relación interpersonal, aunque son un estímulo vital.

-La pareja en la enfermedad : normalmente, en la pareja anciana hay una distribución de valores en cuanto a la salud. Habitualmente, el marido ocupa el valor del enfermo, y la mujer, el papel de quien lo cuida. Debido a su mayor longevidad y al hecho de que, habitualmente, es mas joven, aunque no es excepcional que ocurra lo contrario.

1.5.6 LA VIUDEZ

Una de las duras realidades que se presentan en la 3° edad es la pérdida del ser con el que se ha compartido una larga etapa de la vida. La repercusión por la pérdida del cónyuge dependerá, en gran medida, del grado de dependencia que se valla estableciendo.

- La soledad del viudo : desde el punto de vista psicológico, la soledad es mas un sentimiento que un concepto objetivo. El sentimiento de soledad es personal e íntimo pero incluye la respuesta de más personas y circunstancias que rodean al individuo que se siente solo. La viudez es la ruptura del eje fundamental de la familia, que es la pareja.

- Condiciones de la vida del viudo : la soledad del viudo se ve agravada por la dependencia económica. Si el anciano que queda viudo padece alguna enfermedad, puede tener mas dificultades para superar este estado. Las enfermedades invalidantes agravan la soledad del viudo, pues tras el fallecimiento del cónyuge se encuentra con que no puede desarrollar los mecanismos de relación que puede poner en marcha el viudo sano. Otro problema es la burocracia, el anciano se encuentra en un entramado de gestiones, no siempre comprensibles, como es el arreglo de los papeles para cobrar las pensiones, etc.

- Actitud de los hijos : es importante que los hijos comprendan en que soledad queda su padre o su madre y de aliviarla. Estas situaciones tienen distintos aspectos personales. Seria interesante que los hijos organicen la atención de quien ha quedado solo en función de las necesidades de este y no de la propia comodidad. En ocasiones, los hijos toleran mal el sufrimiento de los padres y pretenden evitarlo a toda costa, pero hay que comprender que hay un tipo de sufrimiento completamente inevitable.

1.5.7 LAS ENFERMEDADES MAS HABITUALES

A partir de cierta edad, es frecuente la presencia de achaques pequeños problemas de funcionamiento del organismo y alteraciones anatómicas que asocian molestias, así como de enfermedades de mayor entidad.

- Enfermedades crónicas : las enfermedades crónicas graves obligan al anciano a limitar de forma importante su ritmo de vida y a seguir un tratamiento continuados.

- Trastornos del sueño: los problemas del sueño a esta edad pueden producirse por exceso o por defecto, debido a un trastorno primario, una alteración ambiental o algún estado patológico.

- Trastornos de alimentación : la dentadura en malas condiciones puede suponer una dificultad para ingerir alimentos y para masticarlos. A partir de los 60 años, se presentan también alteraciones de la capacidad de absorción del sistema gastrointestinal y más frecuente la presencia de gastritis de tipo atrófico. También el abandono alimentario esta muy relacionado con las situaciones de mindedad o de soledad.

- Enfermedades del sistema óseo : la descalcificación u osteoporosis, perdida de la densidad o masa ósea, conduce a problemas como dolores óseos, deformidad de la caja torácica, deformidad de los huesos en las extremidades, riesgo elevado de fracturas, etc.

- Enfermedades vasculares y del corazón : debido al envejecimiento celular de las arterias del organismo y a los cambios de la masa muscular de corazón, las enfermedades cardiovasculares contribuyen una de las primeras causas de muerte en la edad avanzada.

- Las residencias : para algunos ancianos las residencias pueden ser una muy buena solución, para remediar su soledad, su falta de medios económicos, etc. A menudo, la atención de una persona anciana puede hacerse fatigosa, como sucede con la atención de un niño, y ello puede provocar desánimo e incluso cierto rechazo. Un lugar asistencial es necesario y útil, pero no debemos alejar al anciano del medio en el que ha desarrollado sus últimos años de vida. Su hogar y vecindario deben acompañarle en esta etapa de su vida y el apoyo de los hijos resulta imprescindible para conseguir este objetivo.

1.5.8 LOS TRASTORNOS PSÍQUICOS

Los trastornos que aparecen en la 3ª edad tienen características propias, distintas a las de otras etapas de la vida. En lo que podría denominarse un envejecimiento normal, el individuo se va adaptando sin problemas a su nueva situación, pero, si no es así y, además, se presentan circunstancias muy adversas, el anciano descompensado entra en un estado de senilidad con algunos trastornos.

- Depresión senil : forma parte de la psicosis basadas en lesiones orgánicas, son reacciones sentimentales tristes. El estado de tristeza o depresión constituyen una estimulación afectiva que realiza con frecuencia el cuadro clínico de una cerebropatía orgánica senil.

- Neurosis : este cuadro psiquiátrico no es muy distinto al que se produce en otras etapas de la vida aunque en ocasiones tiene algunas características especiales que lo diferencian. La depresión se acompaña, frecuentemente de un componente ansioso,

somatización e hipocondría, una postura de pesimismo y la resignación ante las escasas perspectivas de futuro.

- Psicosis y otras alteraciones : como en el caso de la neurosis, estos cuadros provienen ya de etapas anteriores o son muy similares a los descritos en la vida adulta.

- Demencias : es una afectación de deterioro cerebral, con decadencia progresiva y global de las funciones intelectuales.

- Enfermedad de Pick : se trata de una atrofia frontales y temporal circunscrita a los lóbulos frontales y temporales, y se considera de origen hereditario degenerativo.

- Enfermedad de Alzheimer : es mas frecuente que la anterior y se da mas entre las mujeres. Se manifiesta por un envejecimiento patológico y acelerado de las neuronas cerebrales.

- Demencia senil : durante el decline de la vida se produce de modo natural, un gradual deterioro de las funciones del cuerpo y de la mente. Consiste en una atrofia generalizada, habitualmente más densa en el lóbulo frontal, no se conocen las causas de esta enfermedad.

1.6 PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ

El patrón respiratorio ineficaz es un diagnóstico de enfermería aprobado por la NANDA.

Su formulación se realiza a partir de la información recabada en la valoración del paciente de la cual se extrajo una explicación de su problema y la causa que lo originó, este

diagnóstico está hecho para facilitar el trabajo de enfermería y poder cumplir con los objetivos que se enmarquen para el paciente dirigiendo la actividad profesional de enfermería así como las funciones de colaboración de todo el equipo de salud.

Se trata de un diagnóstico claramente comprensible y muy útil en la hospitalización general. Guía muchas de las actividades de cuidados respiratorios que la enfermera realiza por ejemplo: Aspiración de secreciones, drenajes posturales, fisioterapia respiratoria o limpieza de traqueostomía.

Es común en enfermos respiratorios (neumología) personas mayores, encamadas, enfermos intubados en unidades de cuidados críticos, en pediatría (niños acatarrados que presentan abundantes secreciones) y también en recuperación post quirúrgica.

1.6.1 PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ POR INFECCIÓN BACTERIANA

El patrón respiratorio ineficaz se encuentra alterado por la infección bacteriana provocando inflamación de pulmones que producen microorganismos, que podrían ser bacterias, hongos o virus.

El patrón respiratorio ineficaz por infección bacteriana puede confinarse aun solo lóbulo (neumonía lobar) aunque en la edad avanzada a menudo es más diseminada con pocos signos clínicos focales y poco sombreado obvio en la radiografía de tórax.

Evolución radiológica de una neumonía.



INICIAL



INTERMEDIA



FINAL

Con el aumento de la edad las paredes alveolares se vuelven más gruesas, hay disminución en el número de capilares, incremento de tamaño de los alvéolos y aumento en las glándulas mucosas y calcificación del cartilago.

Además aumenta la citosis y la rigidez de la pared torácica que intervienen con la respiración.

El efecto de estos cambios conduce a una reducción en la concentración elástica, en la capacidad vital forzada y en el volumen espiratorio en un segundo, y un incremento en el volumen residual. Clínicamente estos cambios producen falta de aliento con el ejercicio.

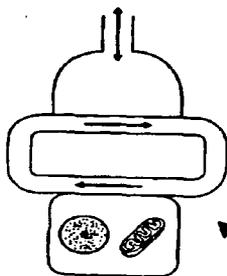
El padecimiento es común en los ancianos en particular aquellos con trastornos neurológicos, con dificultad par deglución, sujetos con enfermedad reumática, alcoholismo e insuficiencia cardiaca y en el anciano con enfermedad pulmonar previa, los signos clásicos como fiebre, tos, dolor, pleurítico y falta de aliento, son menos comunes y en su lugar una persona de edad avanzada puede presentarse con una caída o confusión.

El patrón respiratorio ineficaz por infección bacteriana ocurre en aquellos casos en que los mecanismos de defensa respiratoria fallan en la contención bacteriana.

1.6.2 MECANISMO RESPIRATORIO.

El mecanismo respiratorio tiene como finalidad proveer un flujo ininterrumpido de oxígeno desde el medio ambiente a las células.

Para llevar a cabo esta función se combinan entre sí el pulmón la sangre y las mitocondrias.



Componentes del sistema respiratorio.

El pulmón es el intercambiador externo de gas, la sangre cumple funciones de transporte y las mitocondrias son las intercambiadoras internas de gas.

La función del pulmón en el mecanismo respiratorio consiste en retirar el oxígeno del aire para llevar a la sangre venosa y eliminar el anhídrido carbónico (dióxido de carbono) hacia el exterior. Además de esta participación en el mecanismo de la respiración el pulmón cumple varias funciones no respiratorias: filtración y depósito de sangre; funciones defensivas, metabólicas, endocrinas y de transformación de sustancias bioquímicas, e intercambio de líquidos y solutos en el parénquima.

La función respiratoria del pulmón puede ser dividida en siete componentes estrechamente interdependientes. Ellos son:

1.- Ventilación: mecanismo a través del cual el aire inspirado llega a los alvéolos y el aire alveolar llega a la atmósfera.

2.- **Difusión:** mecanismo por el cual los gases atraviesan las paredes alveolares.

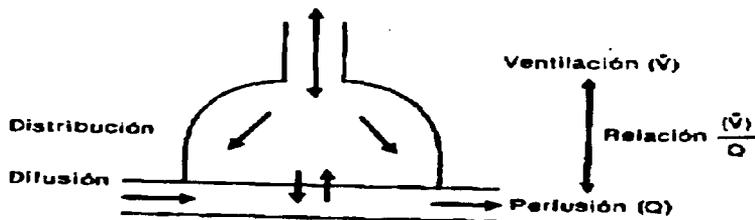
3.- **Perfusión:** mecanismo a través del cual la sangre retira el oxígeno del pulmón y libera en él el anhídrido carbónico.

4.- **Relación ventilación – perfusión:** mecanismo de equilibrio de la ventilación y el flujo sanguíneo entre las diversas regiones del pulmón por el cual el intercambio gaseoso se hace en forma adecuada.

5.- **Transporte gaseoso:** mecanismo de transporte del oxígeno y del anhídrido carbónico en la sangre hacia y desde los tejidos.

6.- **Mecánica de la respiración:** mecanismo íntimo que mueve el pulmón y la pared torácica con especial referencia a los músculos; propiedades elásticas y resistencias que se deben vencer.

7.- **Control de la ventilación:** mecanismos que regulan el intercambio gaseoso.



División esquemática de las funciones del pulmón.

La ventilación está controlada por tres niveles ubicados en la corteza cerebral, el tronco encefálico y la médula.

1.6.3 FRECUENCIA Y PATRÓN RESPIRATORIO

La frecuencia respiratoria normal del adulto oscila entre 15 y 17 respiraciones por minuto. Existen variaciones con la edad, a punto tal que al nacer la frecuencia es de 44 por minuto.

Las modificaciones de la frecuencia y la profundidad tienen significados clínicos importantes. La apreciación de la frecuencia respiratoria debe hacerse de modo que no sea advertida por el paciente, por que esto la puede alterar

El aumento de la frecuencia por encima de 20 por minuto se denomina taquipnea, mientras que por su disminución por debajo de 10 respiraciones por minuto se llama bradipnea. Si la taquipnea se acompaña de aumento de la amplitud respiratoria se conoce con el nombre de polipnea, mientras que si la amplitud está disminuida se habla de taquipnea superficial.

Son causas de taquipnea el ejercicio, la ansiedad, la fiebre, la insuficiencia cardiaca, la anemia, la obesidad, el hipertiroidismo, el dolor torácico, etcétera.

Son causas de bradipnea los trastornos cerebrales con presión intercraneal aumentada, la uremia, el exceso de alcohol o de depresores del sistema nervioso central, etcétera.

Además de las variaciones de la frecuencia, el ritmo respiratorio puede estar alterado, configurándose las respiraciones de Cheyne – Stokes, de Biot y de Kussmaul.

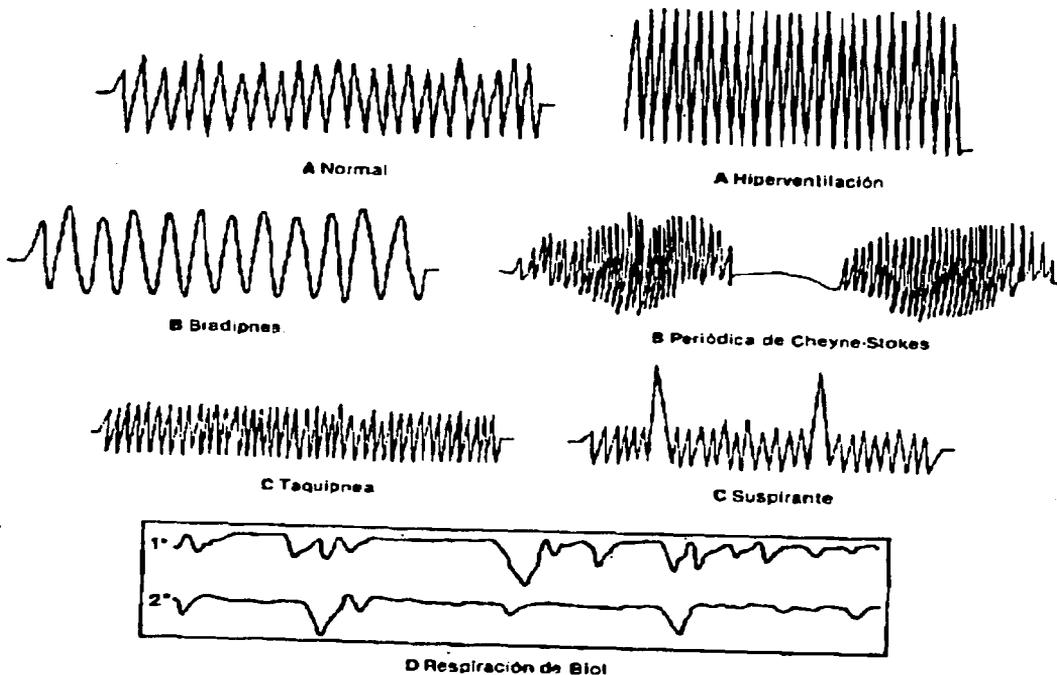
Respiración de Cheyne – Stokes. Consiste en periodos de apnea de hasta de 15 segundos de duración, seguidos de respiraciones que aumentan de amplitud progresivamente hasta alcanzar un máximo, para luego disminuir hasta una nueva apnea.

Esta es la forma más común de respiración periódica y puede presentarse normalmente en niños o ancianos o bien en trastornos de la circulación o de la presión cerebral, en la insuficiencia cardiaca, en las afecciones parenquimatosas del encéfalo y del tronco encefálico, en las intoxicaciones por narcóticos y psicofármacos, en los síndromes de apnea y sueño y en la altura.

Respiración de Biot. También es una respiración irregular. En la descripción original, los movimientos no eran periódicos sino a veces lentos y superficiales y otras veces rápidos y profundos pero sin ninguna relación constante de sucesión y seguidos de suspiros más o menos prolongados. Fue comunicada en la meningitis y considerada, por su irregularidad, como una fibrilación auricular de la respiración.

Sin embargo, y pese a esta descripción casi textual de Biot, actualmente se conoce con este nombre a una respiración irregular con periodos de apnea alternados con respiraciones de igual profundidad, que comienzan y terminan abruptamente.

Respiración de Kussmaul. Consiste en inspiraciones profundas y ruidosas seguidas de una pausa y de una respiración rápida separada por un intervalo del ciclo siguiente. Suele observarse en la acidosis diabética.¹



¹R. J. Espencer y J. A. Mazzee. Medicina, Semiología y patología clínica. Neumología III. Pág. 10

2.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA.

La aplicación del proceso de atención de enfermería se llevó a cabo del 9 de enero al 2 de febrero del presente año se continuará con la evolución del proceso en la consulta externa, las intervenciones de enfermería se llevan a cabo durante las dos últimas semanas de la hospitalización del presente año con una participación incondicional de los familiares para después continuar en la casa habitación de la hospitalizada.

2.1 PRESENTACIÓN DEL CASO.

Nombre: Guillermina Morales Avelar.

Edad: 73 años

Fecha de nacimiento: 12 de octubre de 1928

Peso: 46 kilogramos

Talla: 1.41 metros

Lugar de nacimiento: Yahuiche Oaxaca.

Nació en Yahuiche Oaxaca, en una región rural del Estado de Oaxaca, el diagnóstico de ingreso: bronquitis aguda, probable neumonía; lugar de procedencia: San Rafael Estado de México; domicilio actual: Benito Juárez número 4 colonia ejidal, San Juan Atzacualoya Estado de México.

Ingresa por primera vez al H. G. Z. Número 71 de Chalco el día 28 de noviembre del 2001 y el primero de diciembre del 2001 se vuelve a presentar con un problema respiratorio

agudo y diagnóstico de laringitis con tos productiva, se inicia con estudios de laboratorio, placas radiográficas y sesiones de nebulización y se da de alta 8 de diciembre del 2001.

Su padecimiento actual inicia el día 9 de enero del 2002 con hipertermia de 39.5 ° C con tos productiva, abundantes secreciones, escalofríos, pulso variable, dolor pleurítico, se oscultan ruidos bronquiales en ambos pulmones, disnea, hipersensibilidad y opacidad en pulmón derecho al mejorar en su evolución se decide enviar a su domicilio el día 2 de febrero del año en curso, para complementar su recuperación en su domicilio.

2.1.1 INFORMACIÓN GENERAL.

La información general fue proporcionada por la hija.(Minerva de la Rosa Morales).

Nombre: Guillermina Morales Avelar

Edad: 73 años

Sexo: femenino

Estado civil: casada

Número de hijos: seis

Nombre del conyugue: Francisco de la Rosa García

Lugar de residencia: Estado de México

2.1.2 CARACTERÍSTICAS PERSONALES

Idioma: Español

Raza: Mestiza

Religión: Católica

Nivel socioeconómico: medio – bajo

Nivel de educación: tercer grado de primaria

Ocupación: el hogar

2.1.3 HABITOS

Estilo de vida: sedentaria, aunque camina habitualmente.

Tipo de alimentación: 3 veces al día a base de pollo, verduras, cereales, pastas, atoles y leguminosas.

Hábitos de defecación: generalmente 2 veces al día, por la mañana y por la tarde.

Actividad física: camina diariamente, para trasladarse pasa muchas horas sentada y de pie ocasionalmente.

Hábitos de descanso y sueño: se acuesta habitualmente entre las nueve y las diez de la noche , se levanta a las seis de la mañana, y descansa al medio día.

Hábitos personales: higiene dental dos veces al día de la dentadura (prótesis completa), baño cada tercer día, cambio de ropa diaria, se recorta las uñas continuamente.

2.1.4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES RELACIONADOS CON LA SALUD.

Antecedentes hereditarios: padre: cirrosis por alcoholismo; de la madre se desconocen antecedentes.

Enfermedades pasadas y actuales: angina de pecho, bronquitis, cardiomegalia, problema por el que se presenta, refiere tos seca con flema abundante, fiebre de 39° C a 40°C, dolor en pulmón derecho, cefalea, disnea y anorexia.

2.1.5 ESTADO FÍSICO

Constantes vitales:

- Pulso: 87 x'
- Temperatura corporal: 39,5° C
- Presión arterial: 90/ 60
- Frecuencia respiratoria: 30x'
- Peso: 46 kilogramos
- Talla: 1.41 metros.

Patrón respiratorio ineficaz, tos productiva, secreciones abundantes.dolor pleurítico, ruidos bronquiales

Alimentación: poco apetito, rechaza la mayoría de los alimentos.

Sueño: movimientos inquietos, despierta ante cualquier ruido o por tos

2.1.6 DATOS BIOLÓGICOS

- Grupo sanguíneo: Rh A+
- Alergias a penicilinas y ampicilinas.
- Uso de prótesis dental (placa completa).

2.1.7 RESULTADOS DE PRUEBAS DISPONIBLES

-Examen de gabinete Rx Ap y lateral de tórax: opacidad del pulmón derecho, cardiomegalia, edema en el pulmón derecho.

-Exámenes de laboratorio: Frotis de Gram, cultivos, hemocultivos.

2.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

El diagnóstico de enfermería describe el estado de la persona (su respuesta ante la salud o la enfermedad), la enfermera es capaz y tiene la responsabilidad legal de suministrarle tratamiento.

Una vez reunidos los datos necesarios se examinan las áreas que han sido identificadas como funciones independientes, incluyendo las que pueden ser ordenadas por separado sin colaboración de los medios y otros profesionales de la salud para determinar las

necesidades, problemas y preocupaciones o respuestas humanas que se pueden resolver mediante las intervenciones de enfermería.

2.2.1 COMPONENTES DE UN DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.

Problema

+

factor relacionado

+

signos y síntomas presentes.

Actualmente los diagnósticos de enfermería están teniendo un reconocimiento gracias al esfuerzo que se ha dado a nivel internacional, hasta la actualidad sin duda va a tener gran trascendencia para el ejercicio profesional.

2.2.2 COMO FORMULAR UN DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

- A) Escribir el diagnóstico en términos de respuesta en vez de necesidad.
- B) Escribir el diagnóstico en términos legalmente aconsejables.
- C) Emplee “relacionado con” para ligar ambas partes de la emisión del diagnóstico.
- D) Escribir el diagnóstico sin emitir juicios.
- E) Evitar las inversiones de partes.

- F) Evitar incluir signos y síntomas de enfermedades en las primeras partes del diagnóstico.
- G) Asegurarse de que las dos partes del diagnóstico no significan lo mismo.
- H) Expresar el problema y los factores relacionados en términos que puedan combinarse.
- I) No se incluirá el diagnóstico médico en el diagnóstico de enfermería.
- J) El diagnóstico se emitirá en forma clara y concisa.

2.2.3 PROPOSITOS DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Describir la situación o problemas de salud particular a los patrones de interacción alterada de la persona que requiere ayuda para mantener o alcanzar su nivel de salud.

Señalar la problemática de salud de una persona, familia o comunidad de acuerdo a los aspectos físicos, psicológicos y socio culturales.

Centrar la atención de enfermería en las respuestas humanas individualmente.

2.2.4 CARACTERÍSTICAS DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

Indica el problema del paciente.

Hace referencia a un estado de salud o aun problema probable para la salud.

Es una conclusión que resulta de identificar a un patrón o conjunto de síntomas o signos.

Se basa en datos objetivos y subjetivos que pueden integrarse

En el se indica el juicio de la enfermera.

Se refiere a afecciones que las enfermeras están capacitadas para resolver.

Se refiere a afectaciones físicas, psicológicas, socio culturales y espirituales.

Son cortas y concisas.

Se refiere a afecciones que pueden ser tratadas en forma independiente por la enfermera.

El paciente lo conoce y está de acuerdo con él cuando es posible.

2.3 PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

Una vez determinado el problema se procede con el desarrollo de un plan de acción para conseguir las necesidades o problemas, o sea es establecer un plan de acción que hay que realizar y las precauciones que se deben tomar, para lograr todo esto se requiere de diseñar las estrategias o intervenciones de enfermería, tomar decisiones de carácter independiente para prevenir o eliminar aquellos problemas de salud de la persona que se ha identificado durante el diagnóstico.

Se aplica la capacidad de observación y análisis para prevenir complicaciones.

Se debe tener gran dominio de lo que son las relaciones humanas con la finalidad de establecer una buena comunicación así como una eficiente coordinación con el equipo multidisciplinario del sector con la persona y familia.

Para la planeación de los cuidados de enfermería se debe elaborar el objetivo, cuidados así como la documentación.

Sus objetivos deben ser claros, precisos, concisos, alcanzables, adecuados a la realidad y a los recursos con que se cuenten.

En los cuidados de enfermería deben ser claves y estar adecuados a las prioridades y poderse aplicar las 24 horas del día.

La documentación deben ser los registros basados en hechos reales comprobables.

2.3.1 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

Es el instrumento que dirige en forma ordenada y continua los cuidados de enfermería específicamente cumpliendo las metas establecidas, en particular aplicadas a una persona.

Estableciendo prioridades de las necesidades a realizar para lograr los resultados programados.

El plan de cuidados de enfermería debe ser por escrito, accesible, práctico, real, así como estar basado en principios científicos que permitan una dinámica y tan flexible de adaptar a cualquier persona.

2.4 ATENCIÓN DE LAS NECESIDADES EN EL PACIENTE SENIL CON PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ POR INFECCIÓN BACTERIANA

-Necesidades reales.

Son las observadas y sustentadas con datos objetivos y son la causa de su ingreso actual en el H. G. Z. Número 71 de Chalco para recibir tratamiento especializado así como las acciones del plan de enfermería son en su mayoría dependientes de las indicaciones médicas.

Necesidades de oxigenación

Necesidades de nutrición e hidratación

Necesidad de eliminación

Necesidad de moverse y mantenerse en buena posición

Necesidad de descanso y sueño

Necesidad de termorregulación.

2.4.1 PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y EVALUACIÓN A UNA PERSONA SENIL CON PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ POR INFECCIÓN BACTERIANA PARA SATISFACER LAS NECESIDADES REALES.

NECESIDADES REALES	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	OBSERVACIONES
OXIGENACIÓN	Patrón respiratorio ineficaz, manifestando tos productiva, abundantes secreciones, laringitis, dolor pleurítico.	<p>Conservar las vías aéreas permeables.</p> <p>Fluidificar las secreciones de las vías aéreas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Puño percusión tórax durante 15 minutos cada 4 horas. • Espiración de secreciones en forma gentil y suave. • Movilización en cama cada 2 horas para favorecer el drenaje de secreciones. • Verificar que se le den las sesiones de inhalo terapia con salbutamol cada 8 horas (indicado por el médico). • Mantener un buen funcionamiento del nebulizador con 40 % de f+ o₂ como este indicado por el médico. 	<p>Presenta patrón respiratorio ineficaz se trata la tos seca con agua y nebulizaciones.</p> <p>El reposo en cama modifica el periodo de tos y el lugar del dolor.</p>

4.1 PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y EVALUACIÓN A UNA PERSONA SENIL CON PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ POR INFECCIÓN BACTERIANA PARA SATISFACER LAS NECESIDADES REALES.

NECESIDADES REALES	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	OBSERVACIONES
<p>NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN</p>	<p>Alteración de la nutrición manifestada por fatiga, astenia, fuerza muscular disminuida, baja ingesta de alimentos, dificultad para la masticación.</p>	<p>Mejorar la condición nutricional del paciente balanceando su alimentación de acuerdo a los requerimientos calóricos para su edad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar un adecuado aporte de calorías, carbohidratos, bajos en proteínas, potasio y agua. • Verificar que los alimentos se encuentren a temperatura y sabor adecuado. • Enseñar al paciente un régimen de cuidados bucales adecuados que incluyan enjuagues bucales con sabor agradable, utilizando un cepillo de dientes blando. • Proporcionarle un ambiente emotivo. 	<p>El paciente poco a poco incrementa su nivel nutricional.</p> <p>Prefiere alimentos blandos y dulces.</p>

2.4.1 PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y EVALUACIÓN A UNA PERSONA SENIL CON PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ POR INFECCIÓN BACTERIANA PARA SATISFACER LAS NECESIDADES REALES.

NECESIDADES REALES	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	OBSERVACIONES
<p>ELIMINACIÓN</p>	<p>Alteración de la eliminación de la materia fecal causada por estrés.</p> <p>Retención de secreciones impide el intercambio de gases y retrasa la resolución del proceso.</p>	<p>Eliminar las heces fecales del intestino 2 veces al día</p> <p>Eliminación de secreciones causada por tos excesiva y disnea.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar que evacue por lo menos 2 veces al día. • En caso de no evacuar proporcionar más líquido y vigilar su dieta o en un caso especial aplicar laxantes indicados por el área médica. • Realizar puño percusión cada 4 horas durante el día. • Se le administra mayor cantidad de líquidos para adelgazar las secreciones. • Realizar aspiración para mantener la vía aérea permeable. • Cambiar de posición a posición semi flower. 	<p>Manifiesta mejora en su aparato digestivo.</p> <p>Mejora la función respiratoria.</p> <p>Disminución de tos y esputo.</p>

2.4.1 PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y EVALUACIÓN A UNA PERSONA SENIL CON PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ POR INFECCIÓN BACTERIANA PARA SATISFACER LAS NECESIDADES REALES.

NECESIDADES REALES	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	OBSERVACIONES
<p>MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSICIÓN.</p>	<p>Deterioro de la movilidad física relacionada con la tos y secreciones excesivas.</p> <p>Intolerancia a la actividad relacionada con la fatiga.</p>	<p>Evitar la inmovilización para que no se formen mayor cantidad de secreciones.</p> <p>Aumentar la resistencia física.</p> <p>Fomentar un buen nivel de movilización.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cambio de posición cada 3 horas y dar masajes suaves. • Evitar movimientos bruscos e inadecuados. • Mantener una postura semi flower. • Practicar un programa de ejercicios según las capacidades del paciente. • Mantener la ropa de la cama sin arrugas y limpia. 	<p>La capacidad respiratoria se logró mejorar.</p> <p>El manejo de secreciones disminuyeron.</p> <p>Al cabo de 2 semanas pudo deambular con apoyo por el servicio y posteriormente por sí sola.</p>

2.4.1 PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y EVALUACIÓN A UNA PERSONA SENIL CON PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ POR INFECCIÓN BACTERIANA PARA SATISFACER LAS NECESIDADES REALES.

NECESIDADES REALES	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	OBSERVACIONES
DESCANSO Y SUEÑO.	Alteración del patrón de sueño relacionado con la tos, dolor y las rutinas hospitalarias.	Que duerma por lo menos 4 horas continuas por lo menos dos veces al día.	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar ruidos y estímulos luminosos durante el sueño. • Verificar que se encuentra en una postura cómoda para el descanso. • Vigilar sus signos vitales • Proporcionar un ambiente agradable en temperatura y ropa suave. 	Aumenta paulatinamente su tiempo de sueño existiendo sobresaltos ocasionados por la tos y las secreciones.

2.4.1 PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y EVALUACIÓN A UNA PERSONA SENIL CON PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ POR INFECCIÓN BACTERIANA PARA SATISFACER LAS NECESIDADES REALES.

NECESIDADES REALES	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	OBSERVACIONES
<p>TERMORREGULACIÓN</p>	<p>Manifestación de hipotermia.</p> <p>Variación del pulso por la misma hipotermia presentándose dolor pleurítico derivado de la infección bacteriana teniendo como consecuencia entonces tos.</p>	<p>Regulación de la hipotermia.</p> <p>Eliminación del dolor.</p> <p>Disminución de la tos.</p> <p>Disminución de las secreciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de antipiréticos. • Toma de signos vitales hasta estabilizar. • Aplicación de medios físicos. 	<p>Disminución de la hipotermia además del dolor satisfactoriamente.</p>

2.4.2 EJECUCIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

La instrumentación o ejecución consiste en llevar a cabo las actividades necesarias para alcanzar los objetivos definidos en la etapa de planeación de acuerdo con el modo conceptual de Virginia Henderson, los objetivos deben ir siempre dirigidos a la independencia de la persona y la satisfacción de sus necesidades, de acuerdo a su grado de dependencia que puede ser variable por lo que primeramente se debe valorar a la persona y a sí mismo conserve su autonomía lo más posible de tal manera que se supla gradualmente la intervención de la enfermera.

Se debe comunicar el plan a todos los que intervienen en el cuidado del individuo.

Valorar el estado de salud actual de la persona para verificar que lo planeado sigue funcionando o en su caso hacer las modificaciones y adecuaciones necesarias.

Realizar las intervenciones de enfermería y sus actividades presentes.

Coordina las actividades del individuo y las de sus familiares y otras personas importantes con relación al paciente.

Delegar acciones específicas a todos los participantes del equipo de salud, persona o familiar, según sea el caso de acuerdo a las capacidades y limitaciones que se tengan.

Supervisar las diferentes actividades planeadas, comunicar y registrar los anuncios de las personas de acuerdo a las acciones de enfermería.

2.4.3 EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

La evaluación es un proceso que determina los logros obtenidos y el cumplimiento de los objetivos propuestos así como los resultados de la aplicación del plan de enfermería y los cuidados al paciente.

Las intervenciones de enfermería se realizaron de acuerdo al modelo de Virginia Henderson con la participación del equipo de salud, los familiares y la paciente, las necesidades reales y potenciales se detectaron en el área de hospitalización, las cuales fueron atendidas satisfactoriamente,

Los elementos esenciales que deben ser considerados en la evaluación del plan de cuidados de enfermería son el esfuerzo, efectividad y la eficiencia.

Esfuerzo: magnitud del recurso empleado con lo logrado.

Efectividad: grado de solución satisfactoria de los problemas o necesidades.

Eficiencia: Calidad de las acciones en relación de gastos comparado con los resultados.

2.4.4 PLAN DE ALTA.

El plan de alta fue estructurado conjuntamente con todo el equipo de salud que atiende al adulto de la tercera edad; cada profesional se encarga de brindar la atención correspondiente a su área de influencia, se unificaron criterios para darle la información a la familia para evitar confusiones y poder obtener los resultados programados por el médico tratante que emitió alta a su domicilio el día 2 de febrero del 2002 a las 11:30 horas. Continuar con su tratamiento en casa fuera del hospital:

- Ambroxol, jarabe, 1 cucharada cada 8 horas por 7 días.
- Trimetropima con sulfametoxazol, tabletas, 2 cada 12 horas por 8 días.
- Siproflexacina, tabletas 500 miligramos, 1 cada 12 horas por 8 días.

Cita abierta a urgencias en caso necesario.

Trabajo social orienta al paciente y a los familiares en cuanto a los tramites administrativos para tener la vigencia de derechos y hospitalización.

Dietología participó en la recomendación de una dieta balanceada y variada para cada día de la semana.

Enfermería: dentro del proceso de atención de enfermería este se llevó en forma oportuna y programada, se logró el apoyo y colaboración del equipo de salud así como la participación de la familia para su evolución, las complicaciones surgidas fueron atendidas en la U. C. I. Durante la hospitalización en donde por sus características del servicio se restringieron las acciones de enfermería programadas, retomándose el plan una vez que el paciente senil regresó al servicio de medicina interna hasta que fue dado de alta el día 2 de febrero, los objetivos fueron logrados, el seguimiento en su domicilio se dio en especial por la hija Minerva de la Rosa Morales, el modelo de Virginia Henderson se pudo aplicar sin dificultades.

3.- CONCLUSIONES

Se debe hacer conciencia en el personal de enfermería, en la atención diaria de los individuos sanos o enfermos, ya que en la actualidad se observa una gran inquietud y competitividad en las áreas operativas institucionales, donde se ha notado más la participación de enfermería gracias a la aplicación de varias teorías y modelos que han surgido en las últimas décadas que sin duda alguna son una herramienta para destacar el trabajo diario de los profesionales de enfermería.

También podemos decir que el proceso de atención enfermería es un instrumento útil que sirve para sistematizar, jerarquizar, dar prioridad, y sobre todo brindar una atención de enfermería de calidad, sin perder nunca de vista la calidez a los pacientes que se encuentran a nuestro cuidado, ya sea un individuo sano o enfermo, para poderlo llevar a un estado de salud óptimo.

Así que teniendo conocimiento específico y científico se le dará seguridad al paciente senil a ser atendido por un personal de gran capacidad y de enfermeras profesionales.

4.- SUGERENCIAS.

En enfermería es de suma importancia contar con un instrumento que sirva de guía o de referencia para la adecuada aplicación de los cuidados de enfermería hacia los individuos sanos o enfermos, es por esto que todo el sector salud debería adoptar el modelo de Virginia Henderson como una guía genérica que permita hacer de enfermería una profesión a la altura de las demás profesiones.

GLOSARIO

Anorexia: perdida o disminución del apetito, impotencia, estado provocado por la falta de alimento.

Atención: estado de vigilancia; la actividad mental se concentra sobre un objeto determinado. Si el objeto de atención es el propio individuo aparece la noción de conciencia y cuidado.

Catabolismo: conjunto de reacciones en las que se degradan los componentes orgánicos en el curso del metabolismo. Su función es liberar distintas formas de energía y eliminar los productos no útiles. Conjunto de conocimientos fundados en el estudio relativo a un objeto determinado.

Ciencia: conocimiento intelectual, guiados por principios lógicos acerca de los fenómenos y sus leyes, estructura y relaciones, se caracteriza por ser verificable, metódico, sistemático y capaz de elaborar predicciones valida en el campo de su competencia, el cual determina en virtud de la naturaleza misma de los fenómenos a investigar.

Elabora metodologías específicas acordes con cada campo de estudio.

Cognitivas: lo que es capaz de conocer.

Cuidado: vigilancia, atención, observación que denota enfado o amenaza, peligroso; enfermar de cuidado, ser grave.

Diagnóstico: determinación de las enfermedades por los síntomas de los mismos, calificación que el medio da sobre una enfermedad.

Enfermedad: alteración de la salud, afección, achaque, mal, padecimiento, dolencia, indisposición, anormalidad en el funcionamiento.

En medicina se llama enfermedad a una afección bien definida ya sea por su causa cuando esta es conocida o también cuando la causa es desconocida por manifestaciones semejantes que determinan una identidad clínica.

Espujo: lo que se arroja en cada expectoración; lo que se escupe.

Eupnea: respiración normal

Hábitos: costumbre, disposición adquirida por actos repetidos, manera de vivir.

Hipo ventilación: baja ventilación de oxigenación en el ser humano.

Individuo: persona considerada aisladamente con relación a una colectividad. Hombre indeterminado de quien no se sabe o no se quiere decir su nombre.

Infeción: alteración producida en el organismo por la presencia de ciertos parásitos.

Mantenimiento: alimento, sustento, acción de mantener o sustentar.

Paciente: enfermo

Proceso: proceso de atención enfermería.

Senil: propio de la vejez.

Técnicas: que pertenece a una ciencia o arte, habilidad para usar de esos procedimientos, conjunto de procedimientos.

BIBLIOGRAFÍA

***Anderson Kenneth N.**
Diccionario médico.

Ed Original Mosby's medical

4ª edición. Ed. Océano grupo España pp. 554

***Brunner Sholtis Lilian**

Manual dela enfermera

Grupo editorial maditerráneo

4ªedición, Ed. Interamericana

méxico 1991 pp. 288

***Espencer R. J. Y Mazzee J. A.**

Semiología, patología clínica neumología III.

Ed. El atenco 1993 pp. 704

***Fernández Ferrín Carmen**

El modelo de Henderson y el proceso de atención enfermería

Ed. Masson-Salvat

Barcelona 1995

***García González María de Jesús**

El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson.

Ed. Progreso 1997 México pp. 320

***Guyton C. Arthur Dr**

Fisiología humana.

4ª edición. Ed. Interamericana 1974 pp. 446

***Marriner.**

El proceso de atención enfermería.

Ed. El manual moderno. 1991 pp. 300

***Miller y Leavell**

Manual de anatomía y fisiología.

2ª edición. Ed. La prensa médica mexicana S. A
de Mex. D. F. 1980 pp. 704

***Nordmark Madelyn**

Bases científicas de la enfermería

Ed. Manual Moderno

***Richard D. Gross**

Psicología la ciencia de la mente y la conducta

De manual moderno

México 1994

***Riopelle L. et, at**

Cuidados de enfermería

Ed. Mc Graw Hill Interamericana

España 1993 pp. 352

***Rosales Barrera Susana**

Fundamentos de enfermería.

Ed. Manual moderno.

México 1991 pp. 463

***Ruiz Pérez Contera.**

El paciente anciano.

Ed. Mc Graw Hill Interamericana

1994 pp. 598

***Soy Andrade Ma Teresa**

Cuidados intensivos

Ed. Interamericana

España 1994

***Ugalde Mercedes**

Diagnóstico de enfermería taxonomía NANDA.

Ed. Interamericana 1991

pp. 332

***Wolf**

Curso de enfermería

Ed. Harla. 7ª edición

México 1988. pp. 981

DIRECCIONES ELECTRÓNICAS.

***www.huva.es/enfermeria/ciudadanos/eq_3_1.html.**

***www.la_facu.com/apuntes/sociologia/tere_edad/default.htm.**

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

ANEXO 1
HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA.

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: Guillermina Morales Avelar. Servicio: Medicina interna.
Núm de cama: 48 Fecha de Ingreso: 9 de enero del 2002.
Edad: 73 años. Sexo: femenino. Estado civil: casada.
Escolaridad: tercer grado de primaria.
Religión: catolica. Lugar de nacimiento: Yahuiche Oaxaca.
Diagnóstico de ingreso: patrón respiratorio ineficaz por infección bacteriana.
Lugar de procedencia: San Rafael Estado de México.
Domicilio actual: Benito Juárez número 4 Col Ejidal San Juan.
Atzacualoya Estado de México.

2.- ANTECEDENTES SOCIALES Y CULTURALES:

Ocupación actual: Hogar.
Horas por semana: -----
¿Le gusta su trabajo? -----
Su trabajo y / o estudio es:
Regular: Estudia Con muchedumbre: -----
Satisfactorio: si Caliente: -----
Monótono: no Frio: por la zona
Peligroso: ----- Húmedo: solo por lluvias
Fatigante: poco. Sentado: si
En interiores: si Exteriores: Parado: ocasional
Oloroso: ----- Caminando: para trasladarse
Ruidoso: no
Seguro de vida: no
Miembros que componen la familia:
Diez personas

Persona que más le apoya.

Hijas ----- Rosario de la Rosa Minerva de la Rosa

Comprensión del estado actual de salud y de los eventos que lo produjeron.

----- Cambios de clima (frío, lluvias, aire totalmente frío)

----- Convivió en cocina de humo (por varios años)

Cuidados médicos previos y reacciones hacia ellos.

----- Tratamiento farmacéutico ----- ejercicios respiratorios

----- Reacciones regulares

Esperanzas del paciente y de la familia puestas en la atención médica.

----- Esperar buena recuperación con el tratamiento, con el

apoyo material y moral de familiares

Recursos o falta de recursos económicos del paciente

----- Recurso económico medio

3.- AMBIENTE FÍSICO:

Habitación:

Características físicas (iluminación, ventilación, etc.).

----- si iluminación ----- 3 ventanas ----- 2 puertas

----- aire fresco sin contaminante

Propia: si familiar: _____ Rentada: _____ Otros: _____

Tipo de construcción:

----- adobe, tabicón y lámina de asbesto

número de habitantes:

----- ocho habitantes

Cuarto con baño separado: si

Baño compartido con otros inquilinos: no

Animales domésticos: tres canes

Servicios sanitarios:

Agua intradomiciliaria: si Hidrante: _____

Público: _____

Control de basura: _____ si

Eliminación de desechos.- Drenaje: si Fosa séptica: _____

Letrina: _____ Otros: _____
Iluminación: sí _____ sí _____ no: _____
Pavimentación, sí: _____ sí _____ no: _____
Vías de comunicación:
Teléfono sí: _____ no _____ no: _____
Medios de transporte:
Carro propio: _____ no _____ Metro: _____
Camión: _____ sí _____ Colectivos: _____ sí _____ Otros: _____
Recursos para la salud:
Médico particular: _____ no _____
Seguro social: _____ sí _____
I. S. S. S. T. E. _____ Sí _____ Otros: _____ salubridad _____

4.- ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA:

Higiene bucal: _____ sí ---- dos veces al día _____
Patrón habitual de cepillo de los dientes (cuando y con que frecuencia).
Dentadura postiza:
Sí: _____ placa completa _____ no _____
Baño: _____ cada tercer día _____
Patrón habitual de baño (tipo y frecuencia).
Cambio de ropa: _____ diaria _____
Cuidado de las uñas: _____ recortadas _____
Hábitos de defecación:
Frecuencia habitual: _____ 2 veces al día _____
Consistencia habitual: _____ sí _____
Anormalidades:
Estreñimiento: _____ ocasional _____
Diarrea: _____ ocasional _____
Incontinencia: _____ controla _____ esfinteres _____
Urgencia: _____ salida de orina por la tos (constante) _____
Presencia de drenaje:
Catéteres: _____

Colostomía: _____
Ileostomía: _____
Heridas para drenaje: _____
Hábitos de alimentación: _____ sí _____
Patrón habitual de alimentación: _____ 3 veces al día _____
Comidas preferidas: _____ pollo, huevo, verduras, cereales _____
Comidas que le desagradan: _____ carnes rojas, pastas _____
Alergias: _____ a penicilinas y ampicilinas _____
Ejercicio: _____
Hábitos de actividad o sedentarismo: _____ caminar _____
Fuente habitual de ejercicio: _____ caminar _____
Limitación para el ejercicio: _____ por cansancio _____
Hábitos de descanso, relajación y sueño: _____
Hora habitual para levantarse de la cama: _____ 6 Hrs. A. M. _____
Hora habitual para acostarse: _____ de 9 - 10 Hrs. P. M. _____
Periodo de siestas o descansos: _____ al medio día _____
Aficiones favoritas: _____ lectura de cátedra (la escritura) _____
Modificaciones: _____

5.- PROBLEMA ACTUAL O PADECIMIENTO.

Problema o padecimiento por el que se presenta:

_____ Refiere presentar tos seca y con flema abundante, fiebre _____
_____ De 39° ---- 40° dolor en pulmón derecho, en ocasiones, cefalea _____
_____ Disnea y anorexia _____

Antecedentes personales patológicos:

_____ ---- angina de pecho ---- bronquitis _____
_____ ---- cardio megalia _____

Antecedentes familiares patológicos.

_____ ---- papá: cirrosis (alcoholismo) _____
_____ ---- madre: ignora _____

Comprensión y comentario acerca del problema o padecimiento:

Paciente sexo fem. conciente, cooperadora al interrogatorio

Aparentemente relajada, irritada, preocupada

Con tos con flema de característica amarilla verdosa espesa

Participación del paciente y la familia en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación:

La participación de los familiares hacia la paciente es muy

Satisfactoria, ambas cooperan con el interrogatorio

EXAMEN FÍSICO:

Inspección:

Aspecto físico: cráneo normal ---- cara con desviación de la comisura

Labial hacia la derecha --- tórax con aumento de V. Derecha

Resto se oculta con ruidos pulmonares --- MS SUP con reflejo normal.

Abdomen blando --- peristalsis --- MS INF. Piel seca con edema

Palpación: al palpar dolor en el pulmón del lado derecho

----- dolor muscular a nivel lumbar

----- dolor a nivel pélvico

Percusión: percusión dolorosa en pulmones

Auscultación: se oscultan ruidos bronquiales en ambos pulmones

----- Hipersensibilidad

----- Opacidad en pulmón derecho

Antropometría: peso: 46 kilogramos. Talla: 1.41 metros

----- T. A: 90 - 60 F. C: 84x' F. R: 30x'

----- Temperatura: 39° C.

CIFRAS

FECHA	TIPO	NORMALES	DEL PACIENTE	OBSERVACIONES
28-04-97	Exudado faringeo	--neg.	sí	Neg.

EXÁMEN DE GABINETE.

TIPO	OBSERVACIONES
RX. AP. Y lateral del tórax	--Opacidad del pulmón derecho
	--Cardio megalia
	--Edema pulmón derecho

PROBLEMAS DETECTADOS:

- Bronquitis
- neumonía
- Infección

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

- Patrón respiratorio ineficaz por infección bacteriana
- Laringotraqueitis
- Probable neumonía apical derecha

RUTH ISABEL LÓPEZ GONZÁLEZ.
ELABORÓ

ANEXO II CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA.

Necesidad	Grado de dependencia	Diagnóstico de enfermería
1 Oxigenación	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
2 Nutrición e hidratación	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
3 Eliminación	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
4 Moverse y mantener Buena postura	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
5 Descanso y sueño	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
6 Usar prendas de vestir adecuadas	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
7 Termorregularización	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
8 Higiene y protección de la piel	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____

9 Evitar peligros	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
10 Comunicarse	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
11 vivir según sus creencias y valores	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
12 Trabajar y realizarse	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
13 Jugar y participar en actividades recreativas	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
14 Aprendizaje.	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____

***(I) Independiente.**

(PD) Parcialmente dependiente.

(D) Dependiente.