



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



---

---

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

**APLICADO A UN PACIENTE CON  
TUBERCULOSIS PULMONAR**

**Que para obtener el Título de  
Licenciada en  
Enfermería y Obstetricia**

**Presenta:**

**MINERVA DOMÍNGUEZ ORTIZ**  
No. de Cuenta 40611417-0

**Asesor académico:  
LIC. MA. MAGDALENA MATA CORTÉS.**

**México, D. F.**

**Octubre 2009**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## INDICE

Página

Introducción	
Objetivo general	
Objetivos específicos	
I MARCO TEÓRICO.....	4
1.1 Definición de enfermería.....	4
1.2 Cuidado enfermero .....	4
1.3 Proceso atención enfermería.....	9
1.3.1 Antecedentes PAE.....	9
1.3.2 Definición.....	10
1.3.3 Organización.....	10
1.3.4 Ventajas.....	11
1.4 Etapas del Proceso de Atención de Enfermería.....	12
1.4.1 Valoración.....	12
1.4.2 Diagnostico.....	15
1.4.3 Planificación.....	19
1.4.3.1 Clasificación de Resultados Esperados (NOC)..	25
1.4.4 Ejecución.....	26
1.4.4.1 Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).....	27
1.4.5 Evaluación.....	27
1.5 Generalidades del modelo de Virginia Henderson.....	30
1.5.1 Definición.....	30
1.5.2 Necesidades.....	30
1.5.3 Metaparadigma.....	32
1.5.4 Elementos filosóficos.....	34
1.5.5 Postulados teóricos.....	34
2 METODOLOGÍA.....	35
3 APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	37
3.1 Presentación del caso.....	37
3.2 Valoración.....	37
3.3 Diagnósticos de enfermería.....	52
3.4 Planeación.....	52
3.5 Ejecución.....	54
3.5.1 Plan de cuidados y evaluación.....	54
4 CONCLUSIONES.....	73
5 SUGERENCIAS.....	75
6 GLOSARIO Y ABREVIATURAS.....	77

7	BIBLIOGRAFÍA.....	78
8	ANEXOS	
8.1	Patología Tuberculosis Pulmonar.....	80
8.1.1	Definición Tuberculosis.....	80
8.1.2	Epidemiología.....	80
8.1.3	Sintomatología.....	81
8.1.4	Tratamiento.....	81
8.1.5	Prevención.....	83
8.1.6	Fisiología Pulmonar.....	84
8.2	Valoración de necesidades humanas.....	88
8.2.1	Conclusión diagnóstica de enfermería.....	95

## INTRODUCCION

La tuberculosis persiste como un problema mundial de salud pública de grave multitud, que requiere atención urgente, por ser considerada como principal causa de muerte de origen infeccioso en todo el mundo y sería responsable de 2 millones de muertes anuales (120 mil de las cuales ocurren en América Latina y el Caribe), 98% de estas muertes ocurren en países no desarrollados.

Para controlar la TB (Tuberculosis), la medida de salud pública más eficaz en función del costo / beneficio, consiste en identificar y curar los casos infecciosos, es decir los enfermos de TB pulmonar con baciloscopía positiva.

Las enfermeras trabajan con personas, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento.<sup>1</sup>

Por lo que teniendo en cuenta la importante función y el estratégico papel que desempeña la enfermera en la atención del paciente con TB en los servicios de salud, se ha elaborado el presente Proceso de Atención de Enfermería enfocado a una paciente con TB pulmonar a la cual se le implementa el TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado).

El Proceso de Atención de Enfermería se basará valorando las 14 necesidades del modelo de Virginia Henderson, y debido a la creciente toma de conciencia de la necesidad de estandarizar el lenguaje enfermero, para nombrar lo que las enfermeras hacemos, para permitir que nuestra presencia sea evidenciada y nuestros efectos sean medidos a través de sistemas informáticos,<sup>2</sup> se ha tomado la taxonomía de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) para la elaboración de los diagnósticos enfermeros; y puesto que la

---

<sup>1</sup> Unión internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades respiratorias. Guía de enfermería para la implementación y expansión de la estrategia DOTS/TAES. 2004.

<sup>2</sup> NANDA-I. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. 2007-2008 edición. Madrid (España): Elsevier; 2008. Pág. VII, VIII.

enfermera desempeña un papel importante en la administración de cuidados coste-eficaces en cada contexto de atención sanitaria, se utiliza la NOC, que completa los elementos de los procesos enfermeros; se utiliza además un lenguaje complementario: a la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC).<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Morread Sue y cols. Clasificación de resultados de enfermería (NOC).3ª. Edición. Madrid (España): Elsevier; 2005. Pág. XVI.

## **Objetivo General:**

Desarrollar un caso clínico con base en el Proceso atención de enfermería a un paciente con Tuberculosis Pulmonar bajo el modelo de Virginia Henderson para proporcionar atención de calidad al paciente.

## **Objetivos Específicos**

Realizar valoración utilizando las 14 necesidades del modelo de Virginia Henderson.

Elaborar los diagnósticos de enfermería a través de la taxonomía de la NANDA, identificando las necesidades reales y potenciales del paciente y su entorno.

Llevar a cabo el plan de cuidados de acuerdo con la taxonomía del NIC con el fin de resolver problemas, prevenir o curar la Tuberculosis Pulmonar.

Realizar la evaluación de los indicadores mediante la escala de valoración del NOC.

# MARCO TEÓRICO

## Definición de enfermería

La **Enfermería** es la ciencia del cuidado de la salud del ser humano. Es una disciplina que en el último siglo y particularmente en los últimos años ha ido definiendo cada vez más sus funciones dentro de las ciencias de la salud. Según la definición elaborada por la Facultad de Enfermería de la Universidad de Moscú, en Rusia, es la «ciencia o disciplina que se encarga del estudio de las respuestas reales o potenciales de la persona, familia o comunidad tanto sana como enferma en los aspectos biológico, psicológico, social y espiritual». <sup>1</sup>

## Cuidado enfermero

### Historia de la Enfermería

Según indica Colliere, el origen de las prácticas de cuidados está ligado a las intervenciones maternas que aseguraban la continuidad de la vida y de la especie. La alimentación, como necesidad básica que implica suplencia y ayuda (por parte de la madre o sustituta) en los primeros estadios evolutivos del hombre es considerada como la práctica de cuidados más antigua.

El cristianismo y su organización tuvo vínculos históricos importantes con las prácticas de cuidados de enfermería desde los monasterios a través de las Órdenes Religiosas, así como desde la conquista de Tierra Santa con las cruzadas. Como consecuencia del pensamiento medieval relacionado con la Reconquista de Santos Lugares, surgió un movimiento organizado, que cristalizó con el fenómeno histórico de las cruzadas, las cuales dieron lugar a la aparición de tres tipos de figuras: el guerrero, el religioso y el enfermero. La demanda de hospitales y sanitarios en las rutas seguidas por los cruzados propició la aparición de las Órdenes Militares dedicadas a la enfermería: los

---

<sup>1</sup> Enfermería-Wikipedia, la enciclopedia libre Colliere. El origen de las prácticas de cuidado. (consultado el 06 Julio 2009). Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/enfermería>



Caballeros Hospitalarios de San Juan de Jerusalén, los Caballeros Teutónicos, y los Caballeros de San Lázaro. En España, la primera institución destinada a acoger enfermos fue el Hospital del Obispo Masona, en Mérida, en el siglo VI, según Domínguez Alcón y el Diccionario Eclesiástico de España.

Las denominaciones de las personas encargadas de proporcionar cuidados de Enfermería han variado a lo largo de la historia en función de la época y el contexto donde éstos se desarrollaban (hospitales, leproserías, órdenes militares, órdenes religiosas y ámbitos domésticos): *macipa, mossa, clavera, donado, donada, hospitaler, hospitalera, enfermero, enfermera*.

Hasta el año 1500, la escasa atención en cuanto a la reglamentación de los cuidados de enfermería, practicados en ámbitos domésticos, propició una variedad de grupos que ejercían estas actividades fuera de los ámbitos institucionales: Nodrizas (didas). Parteras o comadronas, grupos dedicados al cuidado a domicilio y grupos dedicados a otras prácticas sanadoras.

En el siglo XVI, la Reforma Protestante tuvo graves consecuencias para los cuidados de salud, debido a la supresión de las instituciones de caridad. La filosofía protestante indica que «no son necesarias las obras de caridad para obtener la salvación». Esto se traduce en un abandono de la consideración del cuidado de enfermería que continuaba existiendo en el ámbito católico.

Entre los años 1500 y 1860, la enfermería tuvo su peor momento, debido a que la idea predominante era que la enfermería constituía más una ocupación religiosa que intelectual, por lo que su progreso científico se consideraba innecesario. Además, tras la Reforma Protestante se produjo una desmotivación religiosa para dedicarse al cuidado de enfermos entre las personas laicas y una relegación a antiguas pacientes, presas y otras personas de los estratos más bajos de la sociedad de la actividad de aplicar cuidados. Donahue denominó a este período la "Época oscura de la Enfermería".

El Instituto de Diaconisas de Kaiserwerth, creado en 1836 por el pastor protestante Theodor Fliedner (1800-1864), supuso para la enfermería el inicio de una formación reglada, para enfermeras. Este hecho, acaecido en el ámbito

protestante, puede suponer en un análisis superficial una contradicción; sin embargo, el propio caos y desorganización de los cuidados de enfermería protestantes fue lo que exigió una reglamentación formal y específica para ejercer la profesión.

Florence Nightingale, considerada la madre de la Enfermería moderna. Orientó los cuidados de Enfermería al control del ambiente para facilitar la recuperación de los enfermos.<sup>2</sup>

Enfermera inglesa, nacida en Florencia el 12 de Mayo de 1820, de ahí el nombre que le pusieron sus padres (aunque eran de origen británico), y muerta en Londres en 1910. Creció en un ambiente donde la educación era muy estricta. Realizó prácticas en los hospitales de Londres, Edimburgo y kaiserswerth (Alemania), y en 1853 trabajó en el Hospital for Invalid Gentlewomen de Londres. En 1854 ofreció sus servicios en la guerra de Crimea y con un grupo de enfermeras voluntarias se presentó en los campos de batalla, siendo la primera vez que se permitía la entrada de personal femenino en el ejército británico. Su brillante labor consiguió bajar la mortalidad en los hospitales militares y contribuyó a corregir los problemas del saneamiento (condiciones higiénicas en general). En 1856 cólera y tuvo que regresar a Londres , donde fundó una escuela de enfermeras, y allí recibió el apelativo de la creadora de la enfermería moderna . Está considerada como la fundadora de las escuelas de enfermeras profesionales. Fue la primera mujer en recibir la British Order of Merit (1907).

El objetivo fundamental de su modelo es conservar la energía vital del paciente, y partiendo de la acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos, colocarlo en las mejores condiciones posibles para que actúe sobre él. Su teoría se centró en el medio ambiente, creía que un entorno saludable era necesario para aplicar unos adecuados cuidados de enfermería.

Ella afirmó: "Que hay cinco puntos esenciales para asegurar la salubridad de las viviendas : el aire puro , agua pura , desagües eficaces , limpieza y luz "

Otra de sus aportaciones hace referencia a la necesidad de la atención

---

<sup>2</sup>Enfermería-Wikipedia, la enciclopedia libre Colliere. El origen de las prácticas de cuidado. (consultado el 06 Julio 2009). Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/enfermería>

domiciliaria , las enfermeras que prestan sus servicios en la atención a domicilio, deben de enseñar a los enfermos y a sus familiares a ayudarse a sí mismos a mantener su independencia .<sup>3</sup>

Según Robinson, el libro *Notas sobre la enfermería (Notes on Nursing)*, publicado por Florence Nightingale en 1859 —tras sus experiencias en la guerra de Crimea—, supuso «un texto de crucial influencia sobre la enfermería moderna». En 1860 se inauguró la *Nightingale Training School for Nurses* ("Escuela Nightingale de Formación para Enfermeras"), la cual constituyó una institución educativa independiente financiada por la *Fundación Nightingale*. La originalidad del proyecto fue considerar que debían ser las propias enfermeras las que formasen a las estudiantes de enfermería mediante programas específicos de formación y haciendo hincapié tanto en las intervenciones de enfermería hospitalarias como extrahospitalarias, para el mantenimiento y prevención de la salud tanto del individuo como de las familias.

En Estados Unidos, según Donahue, el primer texto sobre enfermería se publicó en 1885 por la señora Clara Weeks Shaw, y la primera revista nacional sobre enfermería, *The Trained Nurse and Hospital Review*, apareció en 1888. Según Donahue, Lillian Wald fue la precursora de lo que hoy se entiende como Enfermería Comunitaria, por medio de un proyecto que comenzó en Nueva York en 1893 como una organización filantrópica, y que constituiría la base para el posterior desarrollo de la Salud Pública en dicho país. Posteriormente, Mrs. Benford Fenwick fundaría el *Consejo Internacional de Enfermeras*, la más antigua de todas las organizaciones internacionales para trabajadores profesionales. En 1922, en la Universidad de Indiana, se fundó la Sigma Theta Tau, una organización que promueve la investigación y dirección de Enfermería. Sus miembros son seleccionados de acuerdo con sus logros académicos y calidad profesional, y entre ellos figuran estudiantes, estudiantes graduados en Programas de Enfermería y dirigentes de Enfermería Comunitaria.

A principios del siglo XX, en los Estados Unidos se admitía, por lo general, que la legislación sobre la aprobación estatal para la Enfermería elevaría a las

---

<sup>3</sup> Florence Nightingale,terra. (consultado el 06 Julio 2009).Disponible en:  
<http://www.terra.es/personal/duenas/teorias.htm>

personas que la practicaban a un nivel profesional mediante el establecimiento de unas normas educativas mínimas para las escuelas de Enfermería. Sin embargo, a medida que la demanda de enfermeras crecía, se establecieron más escuelas de Enfermería de distinta calidad, circunstancia que hizo poco por mejorar el nivel de la profesión.

En la Segunda Guerra Mundial, la enfermería adquirió mayor importancia y relieve. En los últimos días de la guerra un artículo de Bixler y Bixler en la revista *American Journal of Nursing* valoraba la enfermería como una profesión.

En España, el 4 de diciembre de 1953 se unifican en ATS (Asistente Técnico Sanitario) los estudios de auxiliares sanitarios siguiendo el modelo de especialidades médicas con el objeto de proporcionar mayor formación posbásica a las profesiones de *matronas, practicantes y enfermeras*, de modo que las matronas pasan a ser una especialidad de ATS (BOE del 12 de febrero de 1957, Decreto de enero de 1957. Para Fisioterapia, BOE del 23 de agosto, Real Decreto del 26 de julio de 1957). En 1977 (Decreto 2128), se transforman en España las enseñanzas conducentes al título de ATS por las de DUE (Diplomado Universitario en Enfermería). Este hecho histórico supuso el reconocimiento por parte de la Institución Universitaria de la Enfermería como disciplina en proceso de construcción y como profesión de carácter universitario con todo lo que ello implica: reconocimiento científico y académico de la antigua actividad del cuidado de enfermería, crecimiento doctrinal y la posibilidad futura de acceder a todos los grados académicos (licenciatura y doctorado).

Más recientemente, Hall ha identificado los siguientes cinco criterios de actitud con la profesionalidad:

1. Uso de organizaciones profesionales como referentes importantes.
2. Creencia en la autorregulación, lo que conlleva a la idea de que sólo los profesionales que de un área específica pueden establecer las normas para su práctica.
3. Creencia en el servicio al público como parte esencial de la profesión.

4. Sentimiento de considerar el campo o el compromiso con la profesión como un interés fundamental y un deseo que va más allá de la recompensa económica.

5. Autonomía cuando el profesional debe tomar decisiones sobre su trabajo basadas en las normas del mismo y en el código deontológico.

En la actualidad, en Estados Unidos se ofrecen dos programas de doctorado en Enfermería: el doctorado académico y el doctorado en Ciencias de la Enfermería. Esto supone la consecución del máximo grado académico para la Enfermería en el contexto estadounidense. Asimismo, este "doble doctorado" supone exigencias académicas que configuran, sin duda, el conocimiento de Enfermería y la identidad profesional. Para pertenecer a la *Academia de Enfermería Estadounidense (American Academy of Nursing)* es necesario haber realizado trabajos de investigación inéditos que supongan un aumento del corpus de conocimientos de Enfermería. Este hecho es análogo para todas las disciplinas científicas así como para sus respectivas academias.<sup>4</sup>

## **Proceso atención enfermería**

### **Antecedentes del Proceso de Atención de Enfermería**

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución ) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación ) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Enfermería-Wikipedia, la enciclopedia libre Colliere. El origen de las prácticas de cuidado. (consultado el 06

Julio 2009). Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/enfermería>

<sup>5</sup> Proceso de atención de enfermería-terra (Consultado el 6 de marzo 2009). Disponible en: <http://www.terra.es/personal/duenas/home5.htm>

Se comparaba el proceso de enfermería, con el proceso de resolución de problemas y el método científico; sosteniendo que, el proceso de resolución de problemas y el método científico simplificado, y el proceso de enfermería, es el proceso de resolución de problemas, con los mismos pasos, pero dando a los problemas, el nombre de necesidades.

Actualmente estos conceptos se siguen manejando en enfermería y son la base para impulsar la profesionalización de la misma.

En 1976 la asociación nacional de escuelas de enfermería a.c. edito un documento sobre el proceso de atención de enfermería, en donde se le definió como “un ordenamiento lógico de actividades a realizar por la enfermera, para proporcionar atención de calidad al individuo, familia y comunidad”.

Así mismo se destaco la necesidad de favorecer el pensamiento reflexivo de la estudiante de enfermería y de impulsar su participación activa en la atención al paciente, utilizando el ordenamiento sistemático de los pasos necesarios para implementar y poner en practica un plan de cuidados; mediante el cual se de al paciente un trato mas individual y se atiendan sus necesidades en las tres esferas, considerándolo como un ser bio-psico-social.<sup>6</sup>

## **Definición**

El **proceso de enfermería** o **Proceso de Atención de Enfermería (PAE)** es un conjunto de acciones intencionadas que el profesional de enfermería, apoyándose en modelos y teorías, realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que la persona que necesita de cuidados de salud reciba los mejores posibles por parte de enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de personas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Originalmente fue una forma adaptada de

---

<sup>6</sup> García G., Ma. De Jesús. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. 2ª. Edición. México (D. F.); Progreso; 2004. Pág. 20, 21.

resolución de problemas, y está clasificado como una teoría deductiva en sí mismo.<sup>7</sup>

## **Organización**

Los siguientes son los pasos o fases del proceso de enfermería.

- **Valoración** (de las necesidades del paciente)
- **Diagnóstico** (de las necesidades humanas que la enfermería puede asistir)
- **Planificación** (del cuidado del paciente)
- **Implementación** (del cuidado)
- **Evaluación** (del éxito del cuidado implementado)<sup>8</sup>

## **Ventajas**

Ventajas del proceso de enfermería Beneficia a los clientes mejorando la calidad de los cuidados que reciben. Un alto nivel de participación del cliente, junto a una evaluación continua, asegura el nivel adecuado de calidad de los cuidados dirigidos a satisfacer las necesidades del cliente. Debido a que el proceso de enfermería proporciona unos métodos organizados y sistemáticos, las enfermeras pueden emplear el tiempo y los recursos con eficiencia, en beneficio propio y de sus clientes.

Las enfermeras tienen las ventajas de saber que están prestando cuidados que satisfacen las necesidades de los consumidores de cuidados de salud y cumpliendo las normas de su profesión.

Por tanto, es un método inestimable para las enfermeras. Debido a que los miembros del equipo de salud deben trabajar juntos para poner en práctica el

---

<sup>7</sup> Proceso de enfermería-wikipedia, la enciclopedia libre. (consultado el 06 Julio 2009) Disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/Proceso\\_de\\_enfermer%C3%ADa](http://es.wikipedia.org/wiki/Proceso_de_enfermer%C3%ADa)

<sup>8</sup> Ibidem.

plan de cuidados, el proceso de enfermería refuerza la colaboración y esto, a su vez, fomenta una atmósfera de trabajo más positiva. Por último el proceso de enfermería puede ayudar a las enfermeras a definir su función ante otras personas ajenas a la profesión.

Demostrando claramente las aportaciones que hace la enfermería a la salud de los clientes.<sup>9</sup>

- ✚ Constituye un método organizado para proporcionar cuidados de enfermería.
- ✚ Impide omisiones o repeticiones innecesarias.
- ✚ Permite una mejor atención.
- ✚ Se centra en la respuesta humana única del individuo.
- ✚ Favorece la flexibilidad necesaria para brindar cuidados de enfermería individualizados.
- ✚ Estimula la participación del paciente.
- ✚ Aumenta la satisfacción de los/las profesionales de enfermería ante la consecución del resultado.<sup>10</sup>

## **Etapas del Proceso de Atención de Enfermería**

### **Valoración**

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes.

---

<sup>9</sup> B.Kozier, G.Erb, K., Blasis. Fundamentos de enfermería conceptos, proceso y práctica. 5ª edición. México

(D. F.): McGraw- hill. Internacional; 2005. Pág. 95

<sup>10</sup> Proceso de enfermería-wikipedia, la enciclopedia libre. (consultado el 06 Julio 2009) Disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/Proceso\\_de\\_enfermer%C3%ADa](http://es.wikipedia.org/wiki/Proceso_de_enfermer%C3%ADa)



Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente.

La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- ✚ Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies".
- ✚ Criterios de valoración por "sistemas y aparatos".
- ✚ Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud".

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:

- ✚ Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- ✚ Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

- ✚ Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- ✚ Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- ✚ Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- ✚ Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

Los tipos de datos :

- ✚ Datos subjetivos.
- ✚ Datos objetivos.
- ✚ Datos históricos – antecedentes.
- ✚ Datos actuales.

**Métodos para obtener datos :**

**A ) Entrevista Clínica:**

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son

1. Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
2. Facilitar la relación enfermera/paciente.
3. Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos.
4. Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre


Para finalizar la entrevista y siguiendo a Briggs, J. (1985) y Gazda G.M. (1975) concretaremos las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción, y respeto, Cibanal (1991) agregó la autenticidad.

### **B ) La observación :**

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

### **C ) La exploración física :**

Exploración física. Se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.<sup>11</sup>

 Inspección: Es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

---

<sup>11</sup> Proceso de atención de enfermería-terra (Consultado el 6 de marzo 2009). Disponible en: <http://www.terra.es/personal/duenas/home5.htm>

✚ Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración

✚ Percusión: Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

✚ Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

## **Diagnóstico**

Según se utilice el PAE de 4 fases o el de 5 es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

Los pasos de esta fase son:

- 1.- Identificación de problemas.
- 2.- Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

Componentes de los Categorías Diagnósticos aceptadas por la NANDA:

Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del que hacer profesional. La Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) en 1993, elaboró un documento en el que especificaba estos beneficios:

✚ Investigación: Para poder investigar sobre los problemas de Salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones, puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros.

✚ Docencia: La inclusión de los Diagnósticos de Enfermería en el curriculum básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente, y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el curriculum.

✚ Asistencial: El uso de los Diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir:

- Identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de Salud
- Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia

- Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de Enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.
- Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional
- Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.
- Diferenciar la aportación enfermera a los cuidados de Salud de las hechas por otros profesionales.
- Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia.
- Mejorar y facilitar la comunicación inter e intradisciplinar.

✚ Gestión: Algunas de las ventajas que comportan la utilización de los Diagnósticos de Enfermería en este ámbito son:

- Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos, Y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.
- Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.
- Favorece la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los Diagnósticos de Enfermería que se dan con mayor frecuencia.
- Posibilitar la determinación de los costes reales de los servicios de Enfermería, y consecuentemente, los costes reales de los cuidados brindados al usuario.
- Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería brindados en un centro o institución.
- Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

- 1.- Etiqueta descriptiva o título.
- 2.- Definición.
- 3.- Características definitorias.
- 4.- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo.

### **Tipos de diagnósticos:**

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

Real: Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

Alto Riesgo: Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. La descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

Posible: Son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

De bienestar: Juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos

Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

Podemos añadir un quinto tipo:

De síndrome: comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

A la hora de escribir un Diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices: Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.<sup>12</sup>

## **Planificación**

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989).

### **Etapas en el Plan de Cuidados**

**Establecer prioridades en los cuidados.** Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

---

<sup>12</sup> Proceso de atención de enfermería-terra (Consultado el 6 de marzo 2009). Disponible en: <http://www.terra.es/personal/duenas/home5.htm>

**Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados.** Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

### **Objetivos de enfermería:**

Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

- A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.
- A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
- A conocer su estilo de vida y ayudarle a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

Los objetivos de enfermería no se suelen escribir en el plan de cuidados, a excepción de que sea para los alumnos, en cualquier caso deben responder a preguntas sobre: capacidades limitaciones y recursos del individuo que se pueden fomentar, disminuir/aumentar o dirigir.

Las principales características de los objetivos del cliente son tres:

- Deben ser alcanzables, esto es, asequibles para conseguirlos.
- Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.
- Deben ser específicas en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, dónde, etc.). Así,



al verbo se le añaden las preferencias e individualidades, Ejemplo: el paciente caminará (verbo) por el jardín (dónde) después de comer (cuándo) durante 15 minutos (cuánto).

**Elaboración de las actuaciones de enfermería**, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

#### **Actuaciones de enfermería:**

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema (Iyer 1989).

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares, como se explicó anteriormente.

Las características de las actuaciones de enfermería son, según Iyer (1989), las que siguen:

- ✚ Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.
- ✚ Estarán basadas en principios científicos. Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la

enfermería, empírico-analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.

- ✚ Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.
- ✚ Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- ✚ Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- ✚ Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

Desde un punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- ✚ Promoción de la salud.
- ✚ Prevenir las enfermedades ,
- ✚ Restablecer la salud
- ✚ Rehabilitación.
- ✚ Acompañamiento en los estados agónicos.

A este tipo de actividades hay que añadir las actividades de estudio, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad delegadas por la medicina, por ejemplo realización de Pruebas diagnósticas, aplicación de fármacos, etc.

La determinación de las actuaciones de enfermería que son necesarias para resolver o disminuir el problema, requiere de un método.

Veremos de manera resumida y genérica las acciones de enfermería que encontramos en un plan de cuidados:

- ✚ Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problema/diagnósticos de enfermería
- ✚ Realizar la educación sanitaria del paciente para capacitarle en conocimientos, actitudes y habilidades.
- ✚ Aconsejar acerca de las decisiones de sus propios cuidados.
- ✚ Consulta y remisión a otros profesionales.
- ✚ Realización de acciones terapéuticas específicas de enfermería
- ✚ Ayudar a los pacientes a realizar las actividades por si mismos.

Y también, la determinación de actividades de enfermería para los problemas interdependientes, según Carpenito (1987) son:

- ✚ Realizar valoraciones frecuentes para controlar al paciente y detectar complicaciones.
- ✚ Remitir la situación al profesional adecuado cuando existan signos y síntomas de complicaciones potenciales, y
- ✚ Ejecutar las actividades interdependiente de enfermería prescritas por el médico (por ejemplo: lavado de sonda nasogástrica cada 2 horas con suero fisiológico).

Las directrices específicas para los cuidados de enfermería se denominan órdenes de enfermería y se componen de los siguientes elementos, según Iyer (1989):

- ✚ La fecha.
- ✚ El verbo, con los calificativos que indiquen claramente la actuación.
- ✚ Especificación de quién (sujeto).
- ✚ Descripción de qué, dónde, cuándo, cómo y cuánto
- ✚ Las modificaciones a un tratamiento estándar
- ✚ La firma

Para terminar este apartado, digamos que, las actuaciones de enfermería son aquellas actividades que necesariamente deben hacerse, para obtener los resultados esperados, y deben definirse para cada diagnóstico de enfermería y problema interdependiente.

### **Documentación en el plan de cuidados de enfermería:**

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados Y actuaciones de enfermería Ello se obtiene mediante una documentación.

El plan de cuidados de enfermería, según Griffith-Kenney y Christensen (1986), "es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello".

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

- ✚ Los cuidados individualizados,
- ✚ La continuidad de los cuidados,
- ✚ La comunicación, y
- ✚ La evaluación, Bower (1982).

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria. Los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados.

### **Partes que componen los planes de cuidados:**

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- ✚ Diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes.
- ✚ Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado)
- ✚ Ordenes de enfermería (actividades),
- ✚ Evaluación (informe de evolución).

Hunt (1978) desarrolló tres documentos para recoger toda la información necesaria para enfermería:

- ✚ Hoja de admisión que recoge la información de la valoración.
- ✚ Documento donde se registra: Los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- ✚ Documento de evaluación

De una manera u otra, en la actualidad, todos los planes de cuidados utilizan estos documentos.

### **Tipos de planes de cuidados:**

Tipos de planes de cuidados: individualizados, estandarizados, estandarizados con modificaciones y computarizados.

- Individualizado: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.
- Estandarizado: Según Mayers (1983), «un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad»
- Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Computarizado: Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, Son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

Kahl et al (1991) nos indican que con la informatización de los servicios de salud, la documentación tiende a disminuir. Veamos cuales son los objetivos de la informatización de los planes de cuidados, mediante la revisión de autores que hace Serrano Sastre, M.R. (1994), recoge de autores como Hannah (1988), Hoy (1990), Kahl (1991) y otros, los objetivos para informatizar los planes de cuidados de enfermería, y estos son:

- ✚ Registrar la información de manera rápida, clara y concisa
- ✚ Recabar la información precisa sobre el estado de salud, que permite una óptima planificación de los cuidados, su revisión y la mejora del plan,
- ✚ Facilitar la continuidad de los cuidados, tanto en el hospital como la comunicación con otros servicios de salud.
- ✚ Evitar la repetición de los datos.
- ✚ Facilitar datos a la investigación y a la educación.
- ✚ Posibilitar el cálculo del coste-beneficio del servicio hospitalario.

Los beneficios que se obtienen tras la informatización de la documentación enfermera son según Kahl et al (1991):

- ✚ Eliminación del papeleo.
- ✚ Los planes de cuidados mantienen su flexibilidad y son personalizados.
- ✚ Los datos incluidos son más relevantes y más exactos.<sup>13</sup>

### **Clasificación de Resultados Esperados (NOC)**

La traducción de la sigla NOC, es CRE (Clasificación de los Resultados de Enfermería)

La NOC es una sigla definida como "estado del cliente después de una intervención de enfermería." (Johnson y Maas, 2000). Los resultados estandarizados fueron desarrollados para medir los efectos de las intervenciones de cuidados se utilizan en todos los ajustes y con todas las poblaciones del cliente. Por lo que pueden medir estado del cliente con varios acontecimientos de la salud extendidos demasiado los períodos del cuidado. Hay siete dominios del NOC, que describen la respuesta deseada del cliente: La salud funcional, la salud psicológica, salud psicosocial, conocimiento de la salud y comportamiento, percepción de salud, salud de la familia, y salud de la comunidad.

La taxonomía de la NOC es una organización sistemática de resultados en grupos o categorías basadas en semejanzas, diferencias y relaciones entre los resultados. La estructura de la taxonomía de la NOC tiene 5 niveles: dominios, clases, resultados, indicadores y medidas.<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup>Proceso de atención de enfermería-terra (Consultado el 6 de marzo 2009). Disponible en:  
<http://www.terra.es/personal/duenas/home5.htm>

<sup>14</sup> Morread Sue y colbs. Clasificación de resultados de enfermería (NOC).3ª. Edición. Madrid (España): Elsevier; 2005. Pág. XXI.

## Ejecución

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- ✚ Continuar con la recogida y valoración de datos.
- ✚ Realizar las actividades de enfermería.
- ✚ Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- ✚ Dar los informes verbales de enfermería,
- ✚ Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase se menciona la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.<sup>15</sup>

## Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)

La clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) es una clasificación normalizada completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería. Es útil para la documentación clínica, la comunicación de cuidados en distintas situaciones, la integración de datos entre sistemas y situaciones, la

---

<sup>15</sup> Proceso de atención de enfermería-terra (Consultado el 6 de marzo 2009). Disponible en: <http://www.terra.es/personal/duenas/home5.htm>

investigación eficaz, la cuantificación de la productividad, la evaluación de la competencia, la retribución y el diseño de programas.<sup>16</sup>

Una intervención de enfermería es todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente.<sup>17</sup>

Así la taxonomía de la NIC está organizada sistemáticamente en la cual las denominaciones de las intervenciones se clasifican en función de la similitud de lo que puede considerarse como estructura conceptual, la cual tiene 3 niveles: campos, clases e intervenciones.<sup>18</sup>

## **Evaluación**

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

El proceso de evaluación consta de dos partes

- ✚ Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- ✚ Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

---

<sup>16</sup> McCloskey Dochterman, Joanne. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª. Edición. Madrid (España): Elsevier; 2005. Pág. 3

<sup>17</sup> McCloskey Dochterman, Joanne. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª. Edición. Madrid (España): Elsevier; 2005. Pág. XXVII

<sup>18</sup> McCloskey Dochterman, Joanne. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª. Edición. Madrid (España): Elsevier; 2005. Pág. XXVII



La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- Observación directa, examen físico.
- Examen de la historia clínica

2.- Señales y Síntomas específicos

- Observación directa
- Entrevista con el paciente.
- Examen de la historia

3.- Conocimientos :

- Entrevista con el paciente
- Cuestionarios (test),

4.- Capacidad psicomotora (habilidades).

- Observación directa durante la realización de la actividad

5.- Estado emocional :

- Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- Información dada por el resto del personal

6.- Situación espiritual (modelo holístico de la salud) :

- Entrevista con el paciente.
- Información dada por el resto del personal

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- ✚ El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- ✚ El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- ✚ El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

De forma resumida y siguiendo a M, Caballero (1989) la evaluación se compone de:

- ✚ Medir los cambios del paciente/cliente.
- ✚ En relación a los objetivos marcados.
- ✚ Como resultado de la intervención enfermera
- ✚ Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica. Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.<sup>19</sup>

### **Generalidades del modelo de Virginia Henderson**

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

---

<sup>19</sup> Proceso de atención de enfermería-terra (Consultado el 6 de marzo 2009). Disponible en: <http://www.terra.es/personal/duenas/home5.htm>

## **Definición**

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como: " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible".<sup>20</sup>

## **Necesidades humanas básicas según Henderson:**

- 1º .- Necesidad de oxigenación
- 2º .- Necesidad de nutrición e hidratación.
- 3º .- Necesidad de eliminación.
- 4º .- Necesidad de moverse y mantener buena postura.
- 5º .- Necesidad de descanso y sueño.
- 6º .- Necesidad de usar prendas de vestir adecuada .
- 7º .- Necesidad de termorregulación.
- 8º .- Necesidad de higiene y protección de la piel.
- 9º .- Necesidad de evitar peligros.
- 10º .- Necesidad de comunicarse.
- 11º .- Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
- 12º .- Necesidad de trabajar y realizarse.
- 13º .- Necesidad de jugar / participar en actividades recreativas.
  
- 14º .- Necesidad de aprendizaje.<sup>21</sup>

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en

---

<sup>20</sup>Fernández Ferrin Carmen. El modelo de Henderson y el proceso de Enfermería.1ª. Edición.Barcelona: Masson-Salvat; 1995. Pág. 83.

<sup>21</sup> Fernández Ferrin Carmen. El modelo de Henderson y el proceso de Enfermería.1ª. Edición.Barcelona: Masson-Salvat; 1995. Pág. 83.

determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipos físicos, psicológicos, sociológicos o relacionados a una falta de conocimientos.<sup>22</sup>

V. Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

✚ **Permanentes:** Edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.

✚ **Variables:** Estados patológicos :

- Falta aguda de oxígeno.
- Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
- Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
- Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
- Estados febriles agudos debidos a toda causa.
- Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
- Una enfermedad transmisible.
- Estado preoperatorio.

---

<sup>22</sup> Virginia Henderson-terra (consultado el 06 Julio 2009). Disponible en: <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias.htm>

- Estado postoperatorio
- Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.
- Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera - paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.<sup>23</sup>

## **Metaparadigma**

Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería:

 Persona :

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad.

La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.

La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.

Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia .Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza,

---

<sup>23</sup> Virginia Henderson-terra (consultado el 06 Julio 2009). Disponible en:  
<http://www.terra.es/personal/duenas/teorías.htm>

deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.<sup>24</sup>



#### Entorno :

El medio ambiente en el que el individuo desarrolla su actividad: hogar, trabajo, escuela, hospital. Los individuos sanos pueden ser capaces de controlar su entorno físico inmediato, la enfermedad puede interferir en tal capacidad, por lo tanto las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones producidas por agentes externos, mecánicos o físicos.<sup>25</sup>



#### Salud :

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

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia.<sup>26</sup>



#### Enfermería:

Cuidados Básicos de Enfermería y Equipo de Salud, son conceptualizados según Virginia Henderson como las acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona, considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos porque todos tenemos necesidades comunes, sin embargo varían constantemente ya que cada persona interpreta a su manera estas necesidades. Así la enfermería se compone de los mismos elementos identificables, pero estos se han de adaptar a las modalidades e idiosincrasia

---

<sup>24</sup> Virginia Henderson-terra (consultado el 06 Julio 2009). Disponible en:  
<http://www.terra.es/personal/duenas/teorias.htm>

<sup>25</sup> García G., Ma. De Jesús. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. 2ª. Edición. México

(D. F.): Progreso; 2004. Pág. 14.

<sup>26</sup> Virginia Henderson-terra (consultado el 06 Julio 2009). Disponible en:  
<http://www.terra.es/personal/duenas/teorias.htm>

de cada persona, de ahí surge el concepto de cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad.<sup>27</sup>

#### **1.5.4.- Elementos filosóficos**

✚ La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz .

✚ Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.

✚ Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.

Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow , las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología , de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad , la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización .<sup>28</sup>

#### **Postulados teóricos**

##### **Postulados sobre los que se basa el modelo de Virginia Henderson.**

- Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea.
- El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales.
- Cuando una necesidad permanece insatisfecha, el individuo no está completo, entero y por lo tanto no es independiente.

Valores que fundamentan el Modelo de Virginia Henderson:

---

<sup>27</sup> Fernández Ferrín Carmen. El modelo de Henderson y el proceso de Enfermería. 1ª. Edición. Barcelona: Masson-Salvat; 1995. Pág. 87.

<sup>28</sup> Virginia Henderson-terra (consultado el 06 Julio 2009). Disponible en:  
<http://www.terra.es/personal/duenas/teorias.htm>

- La enfermera tiene funciones que le son propias
- Cuando la enfermera usurpa las funciones del médico, cede a su vez sus funciones propias a un personal no calificado.
- La sociedad espera de la enfermera un servicio especial, que ningún otro trabajador le puede prestar.<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> Phaneuf, Margot. Las necesidades fundamentales según el enfoque de Virginia Henderson en, Cuidados de enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. 1ª. Edición. Madrid (España): McGraw-Hill; 1993. Pág. 117.



## 1. METODOLOGIA

El presente caso clínico se desarrolla con base en el modelo de Virginia Henderson, aplicando la metodología de PAE.

Se seleccionó a una paciente del centro de salud de Tlaltizapán, la sra. Elena H. S. de 60 años la cual radica en la localidad de Temilpa Viejo, la cual cursa con tuberculosis pulmonar Diagnosticada por Rx y baciloscopía (+) el pasado 09 de Junio 2009, se procede a la valoración de la paciente que cursa con 20 días de inicio de tratamiento TAES , se procede a la valoración clínica a través de la entrevista y de exploración física siguiendo el orden de cabeza a pies (ver anexo pág. 68) , para ello se siguieron los siguientes pasos:

En la primera etapa se desarrolla la valoración utilizando el instrumento de 14 necesidades de Virginia Henderson, identificando las alteraciones presuncionales de acuerdo con el diagnóstico de TBP.

En la segunda etapa se desarrollan los diagnósticos de enfermería desarrollados por la taxonomía de la NANDA, y se establecen 7 diagnósticos reales, 1 de riesgo y 6 de bienestar.

En la tercera etapa se desarrolla la planeación jerarquizando las necesidades encontradas de la paciente, se priorizan los diagnósticos jerárquicamente de acuerdo con la prioridad encontrada.

Se mencionan los resultados esperados u objetivos, para ello se utilizó la taxonomía de la Clasificación de Resultados Esperados de la NOC.

En la cuarta etapa se aplica del plan de cuidado desarrollando las intervenciones de enfermería así como sus actividades se toma como base la CIE

En la quinta etapa se evalúa las intervenciones de enfermería aplicadas a la paciente con referencia a los resultados esperados establecidos en la tercera etapa NOC.

En la sexta etapa de acuerdo con los resultados esperados se elabora el plan de alta de acuerdo con la evaluación de los resultados esperados.

### 3. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

#### 3.1 Presentación del caso clínico

Acude al centro de salud de Tlaltizapán paciente femenina de 60 años, sra. Elena H. S., la cual radica en la localidad de Temilpa Viejo, por su tratamiento TAES, la cual cursa con un diagnóstico de Tuberculosis pulmonar, diagnosticado por baciloscopia con una cruz, a la cual se presume que pudiese cursar las siguientes necesidades alteradas y sus asociaciones:

Se presumen las siguientes necesidades

Necesidad de oxigenación: disnea, tos con expectoración,

Necesidad de nutrición e hidratación: desnutrición, deshidratación, bajo peso,

Necesidad de termorregulación: fiebre,

Necesidad de moverse y mantener buena postura: debido a la tos.

Necesidad de descanso y sueño: debido a accesos de tos

Necesidad de comunicarse, debido a afrontar su situación de salud.

Necesidad de aprendizaje: conocimiento sobre su padecimiento.

#### 3.2 Valoración

Se presenta la Sra. Elena H. S. de 60 años, femenina, para la administración de su tratamiento TB TAES, al centro de salud de Tlaltizapán, quien radica en la localidad de Temilpa Viejo, del municipio de Tlaltizapán, Morelos, quien refiere ser de religión católica, cursó hasta 3º de primaria, lee con dificultad,

A la exploración física se encuentra cabeza con cuero cabelludo sin alteraciones, pelo delgado quebradizo, encanecido, poco en cantidad bien peinado, refiere calda del mismo al cepillarse, se encuentra aseado, refiere un poco de cefalea ocasionalmente, cara limpia hidratada por uso de cosméticos, se notan un poco de ojeras (refiere que padece un poco de insomnio) cavidad oral sin alteraciones, dentadura completa, sin caries, aseada, mucosas hidratadas, tez morena clara. Cuello cilíndrico sin alteraciones.

A la auscultación se escuchan ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad 80 x'. refiere dolor precordial, torácico y en músculos pectorales asociado con los esfuerzos y accesos de tos, pulmones con ligeros estertores, presentando tos productiva mucopurulenta de color amarillo, la que le ocasiona disnea a pequeños esfuerzos y sensación de compresión en el pecho acentuándose con las emociones o sentimientos de tristeza. Sin visceromegalias.

Presenta dolor e irritación estomacal posterior a la ingesta de medicamentos, y dolor en espalda posterior a accesos de tos principalmente. Hay peristalsis presente, no presenta problemas de eliminación solo diarrea ocasional posteriores a corajes o sentimientos fuertes, presentó menopausia a los 40 años, abdomen globoso a expensas de pániculo adiposo.

Extremidades inferiores íntegras sin compromiso vascular, no presenta venas varicosas, presenta unas cortas y limpias. Se observa ligera palidez de tegumentos, piel hidratada, flácida de acuerdo con su edad.

Presión arterial 100/60 Frecuencia respiratoria: 23 x' Temperatura: 36.3° C.

Niega alergias o intolerancia. No practica ejercicios. Niega adicciones No fuma, pero le gusta cocinar con leña

Su alimentación consta de solo desayuno por la mañana (cereal, leche o café o pan. Por la tarde come solo 2 tortillas y guisado, no cena, ingiere los alimentos regularmente sola, menciona que casi no le da apetito, la única hija que vive con ella sale a trabajar por 8 a 12 horas durante el día. Se percibe que se alimenta por supervivencia.

En ocasiones padece Insomnio secundario a preocupaciones por padecimiento actual y a problemas familiares lo cual le resta un adecuado descanso por lo que padece somnolencia diurna. Se percibe inquieta por el tratamiento largo y siendo que ella siente mejoría además de incredulidad a su padecimiento y de importancia de estrategia TAES. También se nota un poco de tristeza y soledad pues tiene poco contacto con amistades y vecinos, a lo largo de la conversación comenta que tiene problemas familiares y es viuda desde hace 10 años.

Se encuentra en el círculo de negación-aceptación-negación de su enfermedad actual.

Cuenta con casa propia con loza de reciente construcción, piso rústico cuenta con 4 habitaciones, por separado cocina, sala y comedor, buena ventilación, espacios verdes. Le dificulta lavar el piso rústico de su casa (se sofoca fácilmente al esfuerzo) por lo cual pide ayuda a su hija.

Dentro de sus actividades recreativas arregla sus plantas y ve televisión. Refiere agotamiento, fatiga, duerme de 8 a 9 hrs. por la noche.

#### Historia clínica basada en el modelo de Virginia Henderson

#### FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: Elena H. S. Edad: 60 años Peso: 67.400 Kg. Talla: 154

Fecha de nacimiento: 23 Abril 1949 Sexo: femenino Ocupación: Hogar

Escolaridad: 3ª de primaria Fecha de admisión: 09 de Junio 2009 Hora: 12 hrs.

Procedencia: Temilpa Nuevo Fuente de información: Entrevista clínica, expediente clínico.

Fiabilidad (1-4): 4 Miembro de la familia / persona significativa: Su hija

#### VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS

1.- Necesidades básicas de oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.

##### a) Oxigenación

Subjetivo:

Disnea debido a: Pequeños esfuerzos Tos productiva/ seca: Productiva, color amarilla y aumenta a el esfuerzo Dolor asociado con la respiración: Sí, siente el pecho comprimido lo refiere como un globo al que inflan pero a la vez lo estuvieran comprimiendo y se acentúa cuando tiene alguna emoción o sentimiento de tristeza. Fumador: No

Desde cuando fuma/ cuantos cigarros al día / varía la cantidad según su estado emocional: No fuma, pero le gusta cocinar con leña.

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: Presión arterial: 100/60 Temperatura: 36.3° C Frecuencia respiratoria: 23 x' Ruidos respiratorios: Un poco de estertores. Tos productiva/seca: Tos productiva mucopurulenta amarilla en poca cantidad por las mañanas Estado de conciencia: Alerta, conciente, se observa leve agitación Coloración de la piel/ lechos ungueales/peribucal: Morona clara, ligera palidez de tegumentos. Circulación del retorno venoso: Buena, no presenta venas varicosas

Otros: Le gusta cocinar con leña, tiene su pretil Características de la vivienda: cuenta con buena ventilación, espacios verdes, casa con loza de reciente construcción, piso rústico, cuenta con 4 habitaciones, por separado cocina, sala y comedor.

#### b) Nutrición e hidratación

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): Solo desayuna cereal con leche o café con pan, lo hace regularmente sola o a prisa por traslado de su hija a el trabajo Numero de comidas diarias: Comidas completas solo realiza una en la tarde y regularmente lo hace sola y solo come 2 tortillas en lo que refiere es en poca cantidad, se percibe que lo realiza por supervivencia

Trastornos digestivos: Presenta dolor e irritación estomacal posterior a la ingesta de medicamentos.

Intolerancia alimentaria/alergias: Ninguna

Problemas de la masticación y deglución: No

Patrón de ejercicio: Ninguno

Objetivo:

Turgencia de la piel: Hidratada, flácida de acuerdo con la edad

Membranas mucosas hidratadas/secas: Mucosas orales hidratadas.

Características de uñas/cabello: Uñas limpias cortas, cabello quebradizo, encanecido, poco en cantidad, refiere caída al cepillarse, aseado.

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Dolor torácico, dolor en músculos pectorales y en espalda principalmente posterior a accesos de tos.

Aspecto de los dientes y encías: Dentadura completa, aseada, encías sanas.

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: No presenta

Otros: Come habitualmente en casa por la mañana solo desayuna café o leche con pan o cereal, en la comida solo come una o 2 tortillas con quisado, por la noche no ingiere alimentos, esto lo realiza regularmente sola pues su hija se va a trabajar en diferentes turnos por los cuales se ausenta de 8 a 12 hrs.

Toma de 800 a 1500 ml de agua al día.

#### c) eliminación

Subjetivo

Hábitos intestinales: Una vez al día Características de las heces, orina y menstruación: Las heces son de consistencia blanda, café claro, orina amarilla 3 veces al día, presentó menopausia a los 40 años.

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: Hace 20 años presentó menopausia, no ha presentado problemas en el riñón.

Uso de laxantes: No son necesarios Hemorroides: No presenta.

Dolor al defecar/menstruar/orinar: No

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: Cuando hago corales o sentimiento fuertes mi estómago me empieza a doler y me da un poco de diarrea.

Objetivo

Abdomen/características: Presenta abdomen blando depresible, globoso a expensas de pániculo adiposo, sin hepatomegalia ni esplenomegalia.

Ruidos intestinales: Presentes, normales.

Palpación de la vejiga urinaria: Normal

Otros: Presenta sudoración al realizar labores domésticas.

Dice sentirse satisfecha respecto a sus hábitos de eliminación.

#### d) termorregulación

Subjetivo

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: No le dificulta.

Ejercicio/tipo y frecuencia: Ahora no practica ejercicio, se siente agotada.

Temperatura ambiental que le es agradable: Templado, pero se adapta a los cambios de temperatura ambiental.

Objetivo

Características de la piel: Hidratada, fásida de acuerdo con la edad

Transpiración: Buena suda al realizar ejercicio y actividades del hogar.

Condiciones del entorno físico: Su casa es fresca, tiene buena ventilación y cuenta con ventilador de pedestal.

Otros: Ha tenido buena respuesta a el tratamiento.

2.- Necesidades básicas de moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel.

a) moverse y mantener una buena postura

Subjetivo

Capacidad física cotidiana: Le dificulta realizar las actividades cotidianas en el hogar, en especial lavar el piso rústico.

Actividades en el tiempo libre: Arregla sus plantas, ver televisión

Hábitos de descanso: Duerme de 8 a 9 hrs. en la noche.

Hábitos de trabajo: Trabajo en el hogar, arregla su jardín, trata de mantener su casa ordenada y limpia.

Objetivo

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza: Refiere que le dificulta lavar su piso rústico y le pide ayuda a su hijo, puesto que se sofoca fácilmente al esfuerzo y se siente débil.

Capacidad muscular, tono/resistencia/flexibilidad: Se ven limitadas al realizar esfuerzos, hace pausas para lograr terminar con labores domésticas, debido también a la debilidad que presenta.

Posturas: Conserva aun buena postura al sentarse y al caminar

Ayuda para la deambulación: No la requiere

Dolor con el movimiento: Solo al esfuerzo

Presencia de temblores: No

Estado de conciencia: Buena, alerta, coherente.

Estado emocional: Se encuentra en el círculo de aceptación negación de su enfermedad actual.



Otros: Se percibe una persona activa, pues a la visita domiciliaria se encuentra ordenada, limpia y es una paciente que acude regularmente a su tratamiento TAES y acude en buenas condiciones higiénicas.

b) descanso y sueño

Subjetivo

Horarios de descanso: A la hora que desea

Horario de sueño: Ocasionalmente de 11 a 7 a.m.

Horas de descanso: Las que desea aunque por la noche se le dificulta conciliar el sueño Horas de sueño: En ocasiones de 8 a 9 hrs.

Siesta: Padeca de somnolencia durante el día.

Ayudas: Es católica y le pide ayuda a Dios

¿Padeca insomnio? Ocasionalmente

A que se considera que se deba: A las preocupaciones en cuanto a su actual padecimiento y a problemas familiares (hijo con matrimonio disfuncional)

¿Se siente descansado al levantarse? Realmente poco

Objetivo

Estado mental: ansiedad/estrés/lenguaje: Coherente, buena comunicación, expresiva.

Ojeras: Ligeras Atención: Está alerta Bostezos: No se observaron

Concentración: Presta atención

Apatía: No

Cefaleas: Solo ocasionalmente

Respuesta a estímulos: Se entristece ante problemas de familiares

Otros: Se percibe inquieta por el tratamiento largo y siendo que ella siente mejoría. Se percibe incredulidad a su padecimiento.

c) uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivo

¿Incluye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir? Aunque me encuentre triste me gusta vestirme bien.

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir? No

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría? No, me visto como a mi me gusta

¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario? No es necesario, ella misma elabora su vestimenta.

Objetivo

Viste de acuerdo a su edad: Sí

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Puede realizarlo sola

Vestido incompleto: No Sucio: No Inadecuado: No

Otros: Expresa una actitud positiva, ante las tristezas, ella menciona que estas se llevan por dentro, pero que hay que estar presentables para sentirse mejor, aunque eso expresa se percibe un poco de tristeza y soledad a lo largo de la conversación.

d) necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo

Frecuencia de aseo: Diario Momento preferido para el baño: Por las mañanas

Cuántas veces se lava los dientes al día: Tres veces

Aseo de manos antes y después de comer: Sí Después de eliminar: Sí

¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos? No

Objetivo

Aspecto general: Limpia, peinada Olor corporal: Usa perfume

Halitosis: No Estado del cuero cabelludo: Sano

Lesiones dérmicas, que tipo: Ninguna

Otros:

Cuenta con un baño acondicionado con regadera.

Utiliza colonias como fragancias, también cremas para el cuerpo, gel para peinarse.

e) necesidad de evitar peligros

Subjetivo

Que miembros componen su familia de pertenencia: Solo una hija soltera de 27 años.

Como reacciona ante una situación de urgencia: Refiere que trata de tranquilizarse y tomar una actitud positiva.

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? Sí

En el hogar: Sí En el trabajo: No sale a trabajar

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados? Refiere que se esfuerza por atender su salud, pero se percibe que le cuesta trabajo aceptar su actual padecimiento.

Como analiza las situaciones de tensión en su vida: Refiere platicarlas con alguien, trata de extermarlas. Aunque realmente pasa el mayor tiempo sola.

Objetivo

Deformidades congénitas: No

Condiciones del ambiente en su hogar: Es una casa de apenas 3 años de construida, presenta buenas condiciones en cuanto a espacio, está bien ventilada, cuenta con todos los servicios, el piso es rustico, en parte en la cocina tiene loseta un poco lisa.

Trabajo: No trabaja fuera de casa

Otros: Su hija la apoya en su enfermedad, sus hijos que viven en E.U. le mandan dinero para sostenerse sin que tenga ella que trabajar lo cual le proporciona seguridad económica. Pero ella percibe una indiferencia en cuanto a amistades en cuanto a su enfermedad.

Metas a futuro: Le gustaría ayudar a cuidar a niños con síndrome de Dawn. A la vez que se nota la preocupación por la situación familiar de sus nietos y de cómo ella pudiera ayudar.

3.- Necesidades básicas de: comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.

a) necesidad de comunicarse

Subjetivo

Estado civil: Viuda desde hace 10 años

Años de relación: 33 años

Vive con: Su hija de 27 años.

Preocupaciones/estrés: Si le preocupa un poco su estado de salud y el tratamiento largo de la estrategia TAES.

Familiares: Si, sus nietos y su hijo con matrimonio disfuncional.

Otras personas que pueden ayudar: Solo su hija que vive con ella.

Rol de la estructura familiar: Es la abuelita a quien acuden cuando hay necesidad

Comunica sus problemas debidos a la enfermedad/estado: Expresa que sí.

Cuanto tiempo pasa sola: La mayor parte del tiempo, solo ocasionalmente es visitada por sus nietos o hijos. Sus amistades y vecinos casi no la visitan y ella se siente sola.

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: No trabaja fuera de casa.

Objetivo

Habla claro: Si Confusa: No Dificultad en la visión: No Audición: Buena

Comunicación verbal/no verbal con la familia/con otras personas significativas: Trata de ser una persona fuerte

Otros: Percibo que aunque desea hacerse una persona fuerte, necesita de alguien quien se interese por ella, que tenga el tiempo de escucharla, por diferentes situaciones, se nota que hay poco interés por parte de conocidos en brindarle un apoyo emocional, ella dice "quisiera que me visitaran como yo los visito cuando enferman".

En la conversación menciona que no le gusta salir a visitar a sus vecinos, solo que estos estén enfermos. Ella no utiliza cubrebocas, a pesar que es una indicación de prevención de contagio, lo que posiblemente siente que limita su comunicación. Tiene un perro que le hace compañía.

b) necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo

Creencia religiosa: Católica

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales? No

Principales valores en su familia: Amor, comprensión, convivencia y la familia.

Principales valores personales: Familia unida, salud.

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir? No, ella trata de hacerse la fuerte y soportar la soledad en la que se encuentra, se percibe que desea sentirse en un grupo de pertenencia, pero al parecer no ha podido hacer frente completamente a su actual estado de salud como para tener la confianza de comunicárselo a sus amistades cercanas para que puedan darle un apoyo sincero que le ayude emocionalmente.

Objetivo

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): Se observan accesorios que identifican su religión.

¿Permite el contacto físico? Si

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias? Si tiene una cadena con crucifijo.

Otros: Existen indicadores de su creencia católica en su medio ambiente, cuenta con imágenes, veladoras, altar, etc.

Menciona que ella fue educada por sus padres bajo esa creencia religiosa.

Acude a sus servicios religiosos solo en ocasiones especiales o cuando siente una verdadera necesidad.

c) necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo

¿Trabaja actualmente? No

Tipo de trabajo: Solo en el hogar

Riesgos: Ninguno Cuanto tiempo le dedica a su trabajo: No trabaja fuera de casa

¿Está satisfecho con su trabajo? No trabaja fuera de casa

¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia?

Si

¿Está satisfecho (con el rol familiar que juega)? Si

Aunque le gustaría dar apoyo a un grupo de niños con síndrome de Dawn.

Objetivo

Estado emocional / calmado / ansioso / enfadado / retraído / temeroso / irritable / inquieto / eufórico: Se observa una persona conciente, calmada, expresiva.

Otros: Solo vive con su hija con quien tiene buenas relaciones de comunicación. la señora Elena toma sus propias decisiones.

Le satisface realizar las tareas del hogar, mantener su casa limpia y ordenada ha colaborado físicamente en su construcción y se siente contenta por ello y lo menciona como un logro más en su vida.

Su desempeño como madre de familia le ha producido satisfacciones emocionales y económicas puesto que sus hijos la mantienen económicamente, lo cual no representa motivo de angustia en su vida.

A raíz de su situación actual de salud se producen modificaciones en el desempeño de sus labores en el hogar, pues las desarrolla con mayor esfuerzo en parte y tiene que pedir ayuda para el término de ellas.

d) necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivo

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Arregla su jardín ver televisión.

¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad? Un poco pero trato de distraerme contándole a Dios.

¿Existen recursos en su comunidad para la recreación? Si, hay balneario, parque recreativo, ríos, etc.

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa? Últimamente no, expresa cansancio.

Objetivo

Integridad del sistema neuromuscular

¿Rechaza las actividades recreativas? No propiamente, por su fatiga se abstiene.

¿Su estado de ánimo es: apático/aburrido/participativo? Manifiesta un aspecto tranquilo, sereno, se percibe con un poco de tristeza.

Otros:

En ocasiones sale con sus nietos de compras, con el dinero que manda su hijo (papá de los niños de E. U.).

Lo cual para ella es importante y le proporciona satisfacción.

Por su actual padecimiento se ha limitado en visitar a sus amistades, aunque lo hacia poco ahora ha disminuido más, le apena su padecimiento.

e) necesidad de aprendizaje

Subjetivo

Nivel de educación: 3° de primaria.

Problemas de aprendizaje: Lee con dificultad

Limitaciones cognitivas: Ninguna Tipo: No

Preferencias leer/escribir: Leer un poco

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad? Sabe que hay bibliotecas.

¿Sabe como utilizar esas fuentes de apoyo? No

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud? Si

Otros: Considera que la familia es importante; se percibe que desea tener más conocimiento de su padecimiento puesto que presta atención cuando se le informa

de ello, por expresiones como " es necesario que tome todo este tiempo el medicamento" y "tengo que venir todo este tiempo" y "a poco estoy enferma, no me siento tan mal", se percibe que está incrédula a su padecimiento y a estrategia

TAES

Objetivo

Estado del sistema nervioso: Buena

Órganos de los sentidos: Sin alteraciones aparentes.

Estado emocional/ansiedad/dolor.: Se observa preocupación por lo largo del tratamiento.

Memoria reciente: Sin alteraciones aparentes.

Memoria remota: Sin alteraciones aparentes.

Otras manifestaciones: Tiene preocupaciones de índole familiar que le angustian además de su presente padecimiento y más aún el miedo la estigmatización, le provoca preocupación.

CONCLUSION DIAGNOSTICA DE ENFERMERIA

Necesidad	Grado de dependencia	Diagnostico de enfermería
1.- Oxigenación	I _____ PD _____ X _____ D _____	<u>Patrón respiratorio ineficaz relacionado con infección pulmonar con mycobacterium tuberculosis y manifestado por disnea y tos.</u>
2.- Nutrición/hidratación	I _____ PD _____ X _____ D _____	<u>Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con infección por micobacterium tuberculosis manifestado por ingesta inferior a cantidades diarias recomendadas (astenia), cabello quebradizo y caída del mismo al cepillarse y pérdida de peso.</u>
3.- Eliminación	I _____ X _____ PD _____ D _____	<u>Potencial de favorecer conductas generadoras de salud: eliminación.</u>
4.- Moverse y mantener una buena postura.	I _____ X _____ PD _____ D _____	<u>Intolerancia a la actividad relacionado con debilidad manifestado por disnea de esfuerzo e informes verbales de fatiga.</u>
5.- Descanso y sueño	I _____ PD _____ X _____ D _____	<u>Deprivación de sueño relacionado con problemas familiares y actual padecimiento y manifestado por somnolencia diurna y poca sensación de descanso al levantarse.</u>
6.- Usar prendas de vestir adecuadas.	I _____ X _____ PD _____ D _____	<u>Potencial aumentado de disposición para mejorar el autoconcepto.</u>



Necesidad	Grado de dependencia	Diagnostico de enfermería
7.- Termorregularización	I <u>          </u> X PD <u>          </u> D <u>          </u>	<u>Potencial de favorecer la disposición para mejorar el bienestar.</u>
8.- Higiene y protección de la piel.	I <u>          </u> X PD <u>          </u> D <u>          </u>	<u>Potencial de favorecer la disposición para mejorar el autocuidado.</u>
9.- Evitar peligros	I <u>          </u> X PD <u>          </u> D <u>          </u>	<u>Potencial de favorecer la disposición para mejorar el bienestar.</u>
10.-Comunicarse	I <u>          </u> PD <u>          </u> X D <u>          </u>	<u>Riesgo de soledad relacionado con falta de contacto con personas o cosas percibidas como importantes o significativas.</u>
11.-Vivir según sus creencias y valores	I <u>          </u> X PD <u>          </u> D <u>          </u>	<u>Potencial de favorecer la disposición para mejorar el bienestar espiritual.</u>
12.-Trabajar y realizarse	I <u>          </u> PD <u>          </u> X D <u>          </u>	<u>Intolerancia a la actividad relacionado con debilidad manifestado por disnea de esfuerzo e informes verbales de fatiga.</u>
13.-Jugar y participar en actividades recreativas	I <u>          </u> PD <u>          </u> X D <u>          </u>	<u>Déficit de actividades recreativas relacionado con debilidad y fatiga y manifestado por disnea de esfuerzo.</u>
14.-Aprendizaje	I <u>          </u> PD <u>          </u> X D <u>          </u>	<u>Conocimientos deficientes relacionados con mala interpretación de la información manifestada por verbalización de incredulidad de importancia de estrategia TAES.</u>

\*(I) Independiente (PD) Parcialmente dependiente (D) Dependiente

### 3.3 Diagnósticos de enfermería

### 3.4 Planeación (jerarquización de necesidades, resultados esperados, intervenciones y plan de cuidados)

Necesidades encontradas	Necesidades Jerarquizadas	Diagnósticos de enfermería	Resultados esperados	Intervenciones
Oxigenación	Oxigenación	Patrón respiratorio ineficaz relacionado con infección pulmonar con <i>Mycobacterium tuberculosis</i> y manifestado por disnea y tos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>↓ Estado respiratorio: intercambio gaseoso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>↓ Administración de medicación</li> <li>↓ Fisioterapia respiratoria</li> </ul>
Nutrición hidratación.	Nutrición hidratación.	Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con infección por <i>Mycobacterium tuberculosis</i> manifestado por ingesta inferior a cantidades diarias recomendadas (astenia).	<ul style="list-style-type: none"> <li>↓ Apetito</li> <li>↓ Estado nutricional</li> <li>↓ Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>↓ Enseñanza: individual</li> <li>↓ Monitorización nutricional</li> <li>↓ Manejo de la nutrición.</li> </ul>
Descanso y sueño	Descanso y sueño	Deprivación de sueño relacionado con problemas familiares y actual padecimiento y manifestado por somnolencia diurna y poca sensación de descanso al levantarse.	<ul style="list-style-type: none"> <li>↓ Sueño</li> <li>↓ Descanso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>↓ Aumentar el afrontamiento</li> <li>↓ Facilitar la meditación.</li> </ul>

52

Comunicación	Comunicación	Riesgo de soledad relacionado con falta de contacto con personas o cosas percibidas como importantes o significativas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>↓ Clima social de la familia</li> <li>↓ Control del riesgo</li> <li>↓ Funcionamiento de la familia</li> <li>↓ Integridad de la familia.</li> <li>↓ Modificación psicosocial: cambio de vida.</li> <li>↓ Equilibrio emocional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>↓ Dar esperanzas</li> <li>↓ Estimulación de la integridad familiar</li> <li>↓ Fomentar la implicación familiar</li> <li>↓ Potencialización de la socialización.</li> <li>↓ Presencia</li> <li>↓ Terapia asistida con animales.</li> </ul>
Trabajar y realizarse	Trabajar y realizarse	Intolerancia a la actividad relacionada con debilidad manifestada por disnea de esfuerzo e informes verbales de fatiga.	<ul style="list-style-type: none"> <li>↓ Tolerancia a la actividad.</li> <li>↓ Satisfacción del paciente/usuario: control de los síntomas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>↓ Fomentar los mecanismos corporales.</li> <li>↓ Manejo de la energía.</li> </ul>
Aprendizaje	Aprendizaje	Conocimientos deficientes relacionados con mala interpretación de la información manifestada por verbalización de incredulidad de importancia de estrategia TAES.	<ul style="list-style-type: none"> <li>↓ Conocimiento: medicación</li> <li>↓ Satisfacción del paciente/usuario: enseñanza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>↓ Enseñanza procedimiento / tratamiento.</li> <li>↓ Enseñanza proceso de enfermedad.</li> <li>↓ Facilitar el aprendizaje.</li> </ul>

53

### 3.6 Ejecución

#### 3.6.1 Plan de cuidados y evaluación.

Necesidad: Oxigenación

Diagnóstico de enfermería		
Patrón respiratorio ineficaz relacionado con infección pulmonar con mycobacterium tuberculosis y manifestado por disnea y tos		
Definición: La inspiración o espiración no proporciona una ventilación. <sup>24</sup>		
D: 4 C: 4		
RESULTADO ESPERADO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>↓ 0402 Estado respiratorio: Intercambio gaseoso.</p> <p>Definición: Intercambio alveolar de CO2 y O2 para mantener las concentraciones de gases arteriales.<sup>25</sup></p> <p>D: II C: E</p> <p>Indicadores:</p> <p>Facilidad de la respiración</p> <p>Escala de medición:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido</li> <li>2. Sustancialmente comprometido</li> <li>3. Moderadamente comprometido</li> <li>4. Levemente comprometido</li> <li>5. No comprometido.</li> </ol>	<p>↓ 2300 Administración de medicación</p> <p>Definición: Preparar administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos presuntos y tipo de dispensación.</p> <p>C: 2 C: H</p> <p>Actividades:</p> <p>Desarrolló la política y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de medicamentos.</p> <p>Desarrolló y utilizó un ambiente que mejorara la seguridad y la eficacia de la administración de medicamentos.</p> <p>Seguó los 5 principios de la administración de la medicación.</p> <p>Verificó la receta o la orden de medicación antes de administrar el fármaco.</p> <p>Observó si existían posibles alergias, interacciones y</p>	<p>Respiración El aire entra y sale del aparato respiratorio debido a la producción periódica intermitente de cambios de la presión en la cavidad intrapulmonar.</p> <p>a. El proceso mecánico de la respiración se efectúa mediante los movimientos de la pared torácica y del diafragma y en condiciones normales se realiza sus esfuerzos.</p> <p>b. Durante la inspiración, el diafragma desciende al contraerse y la parrilla costal se dirige hacia arriba y hacia abajo.</p> <p>La respiración tranquila normal requiere del 5 al 10% del consumo total de energía del organismo, sin embargo, cuando hay un</p>

<sup>24</sup> NANDA-I. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2007-2008 edición. Madrid (España): Elsevier, 2008. Pág. 196

<sup>25</sup> Morread Sue y cols. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª. Edición. Madrid (España): Elsevier, 2005. Pág. 380.

54

<p>contraindicaciones respecto de los medicamentos.</p> <p>Observe la fecha de caducidad en el envase del fármaco.</p> <p>Restringir la administración de medicamentos no etiquetados correctamente.</p> <p>Ayudó al paciente a la toma de medicación.</p> <p>Administró la medicación con la técnica y vía adecuada.</p> <p>Utilizó las órdenes, normas y procedimientos como guía del método adecuado de administración de medicamentos.</p> <p>Instruyó al paciente y a la familia acerca de las acciones y los efectos adversos esperados de la medicación.</p> <p>Observó los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.</p> <p>Registró la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente, de acuerdo con las guías de la institución.<sup>26</sup></p>	<p>↑ 3230 Fisioterapia Respiratoria</p> <p>Definición: Ayudar al paciente a expulsar las secreciones de la vía aérea alta y facilitar la expectoración y/o aspiración de la vía aérea baja.</p> <p>C: 2 C: K</p> <p>Actividades:</p> <p>Determinó si existían contraindicaciones al uso de la fisioterapia respiratoria.</p> <p>Determinó el (los) segmento (s) pulmonar (es) que</p>	<p>umento de la resistencia en las vías respiratorias, la respiración puede requerir hasta el 90% del consumo de energía.<sup>27</sup></p> <p>En la administración de medicamentos orales, se debe ofrecer el agua necesaria para su ingestión y cerciorarse de que el medicamento se deglutido.</p> <p>Recordar que la presentación, olor y sabor son factores que influyen en la aceptación o rechazo de los medicamentos y el frío bloquea los órganos gustativos.<sup>28</sup></p> <p>La privacidad durante la administración de medicamentos disminuye la tensión emocional.</p> <p>Situaciones desconocidas o inciertas provocan ansiedad o temor.</p> <p>La relación entre el personal de enfermería y el paciente se establece mediante la comunicación.<sup>29</sup></p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<sup>26</sup> McCloskey Doehlerman, Joanne. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª. Edición. Madrid (España): Elsevier, 2005. Pág. 139

<sup>27</sup> Nordmark, Madelyn. Bases científicas de la enfermería. 12ª. Reimpresión. México (D.F.): El manual moderno, 1998. Pág. 91, 92.

<sup>28</sup> Ruelas Barrios Susana, R. Eva. Fundamentos de enfermería y edición. México (D.F.): El manual moderno, 2008. Pág. 375.

<sup>29</sup> Nordmark, Madelyn. Bases científicas de la enfermería. 12ª. Reimpresión. México (D.F.): El manual moderno, 1998. Pág. 372.

55

	necesita ser drenado. Coloque al paciente con el segmento pulmonar que habla de drenarse en la posición más alta. Ubicó almohadas para que el paciente se apoyara en la posición determinada. Practicó percusión con drenaje postural juntando las manos y golpeando la pared torácica en rápida sucesión para producir una serie de sonidos huecos. <sup>11</sup>	
<b>EVALUACION</b> Se observa una disminución importante en la disnea y tos, además que también así lo refiere la Señora Elena, quien dice "Ya no se me dificulta respirar, al contrario, tengo facilidad en la respiración" y como resultado de la administración de medicamentos y la fisioterapia pulmonar, el estado respiratorio intercambio gaseoso queda en escala 5.		

<sup>11</sup> Mackleky Dochtermen, Jeanine. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 3ª. Edición. Madrid (España): Elsevier, 2005. Pág. 430

**Necesidad: Nutrición / hidratación.**

<b>Diagnóstico de enfermería</b> Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con infección por mycobacterium tuberculosis manifestado por ingesta inferior a cantidades diarias recomendadas (astenia), cabello quebradizo, palidez de tegumentos.		
Definición: <i>Ingesta de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas</i> <sup>11</sup> D 2 C 1		
<b>RESULTADO ESPERADO</b> 1514 <b>Apetito</b> Definición: <i>Deseo de comer cuando está enfermo o recibiendo tratamiento.</i> <sup>12</sup> D II C K  Indicadores: Deseo de comer. Ansias por la comida. Disfrute de la comida. Gusto agradable de la comida. Ingesta de alimentos. Ingesta de nutrientes. Ingesta de líquidos.  Escala de medición: 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido.	<b>INTERVENCIONES</b> 1160 <b>Monitorización nutricional</b> Definición: <i>Recogida y análisis de los datos del paciente para evitar o minimizar la malnutrición.</i> C 1 C D  Actividades: Pese al Sr. Elena durante su tratamiento. Analice la respuesta emocional de la Sr. Elena cuando se encuentra en situaciones que implican comidas y comer. Observe si la piel está seca, descamada, con despigmentación. Observe si el pelo es fino, seco, es fino y si resultaba fácil de arrancar. Observe las encías por si hubiera inflamación, estuvieran esponjosas, cecidas y con hemorragias. Observe preferencias y selección de comidas. Vigile los niveles de energía, malestar fatiga y debilidad. Observe si hay palidez, enrojecimiento y sequedad del tejido conjuntivo. Observe si las uñas tiene forma de cuchara, están quebradizas, con ansias.	<b>FUNDAMENTACION</b> <b>Apetito:</b> Hay centros más altos en la corteza cerebral que están relacionados con el control del apetito y con la selección tanto de la calidad del alimento como la cantidad. 1. El apetito puede disminuir por: a) El estado emocional de una persona. b) Malestares viscerales como náuseas y distensión. c) La presencia de dolor en cualquier parte del cuerpo. d) La presencia de estímulos ambientales como olores y escenas desagradables. e) Los efectos que tendrán el color, el sabor, y la textura o la apariencia de ciertos alimentos sobre los individuos. f) La presencia de enfermedad física. g) Una boca seca con mal olor y la

<sup>11</sup> NANDA-I. Diagnósticos de enfermería: Definiciones y clasificación 2007-2008 edición. Madrid (España): Elsevier, 2008. Pág. 185.

<sup>12</sup> Mercedes Sue y cols. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª. Edición. Madrid (España): Elsevier, 2005. Pág. 143.

<p>4. <b>1004 Estado nutricional</b> Definición: <i>Capacidad por la que los nutrientes pueden cubrir las necesidades metabólicas.</i><sup>21</sup> D II C K</p> <p>Indicadores: Ingestión de nutrientes Ingestión alimentaria Ingestión de líquidos Energía Relación peso / talla</p> <p>Escala de medición: 1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal.</p> <p>4. <b>1008 Estado nutricional: Ingestión alimentaria y de líquidos</b> Definición: <i>Cantidad de ingesta de líquidos y sólidos durante un periodo de 24 horas.</i><sup>21</sup> D II C K</p> <p>Indicadores</p>	<p>Observar si la boca/labios están inflamados, enrojecidos y agrietados.<sup>22</sup></p> <p>4. <b>1100 Manejo de la nutrición</b> Definición: <i>Ayudar o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos.</i> C I C D</p> <p>Actividades: Pregunté a la Sra. Elena si tiene alergia a algún alimento. Determine las preferencias de comida de la Sra. Elena. Fomenté la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estado de vida. Pesé a la Sra. Elena durante su tratamiento.<sup>11</sup></p> <p>4. <b>5906 Enseñanza: Individual</b> Definición: <i>Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades particulares del paciente.</i> C 3 C S</p> <p>Actividades: Determine las necesidades de enseñanza del paciente. Valore el nivel actual de conocimientos y</p>	<p>incapacidad para masticar los alimentos. h) La pérdida del gusto o el olfato, o ambos.<sup>12</sup></p> <p>Nutrición En la dieta se necesitan suficientes cantidades de carbohidratos, grasas, proteínas, vitaminas y minerales que proveen lo necesario para: a. La construcción, conservación y reparación de tejidos corporales. b. La síntesis de sustancias necesarias para la regulación del proceso del organismo. c. La síntesis de sustancias necesarias para el correcto funcionamiento del organismo. d. La producción de energía.<sup>13</sup></p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<sup>21</sup> Morand Saz y cols. Clasificación de resultados de enfermería (NCC) 3ª. Edición. Madrid (España): Elsevier, 2005. Pág. 375

<sup>22</sup> Morand Saz y cols. Clasificación de resultados de enfermería (NCC) 3ª. Edición. Madrid (España): Elsevier, 2005. Pág. 378

<sup>23</sup> McCloskey Doehlerman, Joanne. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 4ª. Edición. Madrid (España): Elsevier, 2005. Pág. 642

<sup>24</sup> McCloskey Doehlerman, Joanne. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 4ª. Edición. Madrid (España): Elsevier, 2005. Pág. 550

<sup>25</sup> Nordmark, Madelyn. Bases científicas de la enfermería 12ª. Reimpresión. México (D.F.): El manual moderno, 1998. Pág. 142.

<sup>26</sup> Nordmark, Madelyn. Bases científicas de la enfermería 12ª. Reimpresión. México (D.F.): El manual moderno, 1998. Pág. 128.

<p>Ingestión alimentaria oral Ingestión de líquidos orales</p> <p>Escala de medición: 1. Inadecuado 2. Ligeramente adecuado 3. Moderadamente adecuado 4. Sustancialmente adecuado 5. Completamente adecuado</p>	<p>comprensión de contenidos de la Sra. Elena. Valore el nivel educativo de la Sra. Elena. Establecí metas de aprendizaje mutuas y realistas con el paciente. Identifiqué los objetivos de enseñanza necesarios para conseguir las metas. Seleccioné los materiales educativos adecuados. Ajusté la instrucción para facilitar el aprendizaje. Corregí las malas interpretaciones de la información. Di tiempo a la Sra. Elena para que hiciera preguntas y discutiera sus inquietudes. Registré el contenido presentado, los materiales escritos proporcionados y la comprensión del paciente de la información o las conductas del paciente que indicaron aprendizaje en el registro médico permanente.<sup>11</sup></p>	
<p><b>EVALUACIÓN</b> La señora Elena se encuentra motivada por la enseñanza individual, resultando con ello el despertar el deseo y ansias de comer, distribuidos en compañía de sus nietos quienes la visitan, logando en ella un apetito levemente comprometido escala 4. Como resultado de lo antes expuesto y la monitorización y manejo de la nutrición, incrementó su peso a 67 Kg, su estado nutricional mejoró, al grado de encontrarse en escala 4 de desviación leve del rango normal. Así lo mismo en ingesta de líquidos y alimentos, observándose buena cobración de legumbres, piel hidratada, pelo menos quebradizo, terminando en escala 4 sustancialmente adecuado.</p>		

<sup>11</sup> McCloskey Doehlerman, Joanne. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 4ª. Edición. Madrid (España): Elsevier, 2005. Pág. 374

**Necesidad: Descanso y sueño**

<b>Diagnóstico de enfermería:</b> Deprivación de sueño relacionado con problemas familiares y actual padecimiento y manifestado por somnolencia diurna y poca sensación de descanso al levantarse.		
Definición: <i>Prolongados periodo de tiempo sin sueño (suspensión periódica, naturalmente sostenida de relativa inconsciencia).</i> <sup>20</sup> D: 4 C: 1		
<b>RESULTADO ESPERADO</b> * 0004 Sueño Definición: <i>Suspensión periódica de la conciencia durante la cual se recupera el organismo.</i> <sup>21</sup> D: 1 C: A  Indicadores: Horas de sueño (como mínimo 5 n / 24 h) Patrón del sueño Calidad del sueño Duermes toda la noche Sensaciones de rejuvenecimiento después del sueño  Escala de medición: 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	<b>INTERVENCIONES</b> * 5220 Aumentar el afrontamiento Definición: <i>Ayudar a el paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas percibibles que interfieren en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.</i> C: 3 C: R  Actividades: Valoré el impacto de la situación vital de la Sra. Elena en los papeles y relaciones. Valoré la comprensión de la Sra. Elena del proceso de enfermedad. Proporcioné información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Evalué la capacidad de la Sra. Elena para tomar decisiones. Reconocí la experiencia espiritual/cultural de la Sra. Elena. Alenté el uso de fuentes espirituales. Animé la implicación familiar. Instruí a la Sra. Elena sobre técnicas de relajación. Ayudé a la Sra. Elena a clarificar los conceptos equivocados. <sup>22</sup>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b> Estimular al paciente para descansar. El trabajo conjunto enfermera-paciente necesita comprensión de la situación del paciente, de la valoración de su estado de salud y de su capacidad para resolver problemas para determinar prioridades y establecer estados tendientes a conservar o fomentar la salud. <sup>23</sup>  <b>Sueño</b> Los seres humanos necesitan cierta cantidad de sueño durante un periodo prolongado para mantener el funcionamiento óptimo de su organismo (tanto físico como mental).  a. Las horas que se necesitan de sueño varían cada individuo. Los requerimientos de sueño están influidos por:  1. La edad

<sup>20</sup> NANDA-I. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2007-2008 edición. Madrid (España): Elsevier; 2008. Pág. 228

<sup>21</sup> Morread Sue y colts. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª. Edición. Madrid (España): Elsevier; 2005. Pág. 538

* 0003 Descanso Definición: <i>Grado y patrón de la disminución de la actividad para la recuperación mental y física.</i> <sup>24</sup> D: 1 C: A  Indicadores: Tiempo de descanso Calidad del descanso Descansado físicamente Descansado mentalmente Descansado emocionalmente  Escala de medición: 1. gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	* 5960 Facilitar la meditación. Definición: <i>Cambio del nivel de conciencia del paciente centrándose específicamente en una imagen o pensamiento.</i> C: 3 C: T  Actividades: Preparé un ambiente tranquilo. Informé a la Sra. Elena que se sintiera en una posición cómoda. Aconsejé a la Sra. Elena que cierre los ojos, si lo deseaba. Le pedí a la Sra. Elena que relajara los músculos y permaneciera relajada. Ayudé a la Sra. Elena a seleccionar un lema mental de repetición durante el procedimiento (repetir una palabra, como "uno") Continué con el ejercicio de respiración se concentró en el lema mental elegido ("uno") todo el tiempo que fue necesario. Enseñé a la Sra. Elena a que debe ignorar los pensamientos que le distrajeran volviendo al lema mental utilizado. <sup>25</sup>	2. las características fisiológicas individuales. 3. El estado de su salud. 4. El nivel de tensión (durante los periodos de tensión puede aumentar la necesidad de sueño). 5. La presencia o ausencia de motivación para mantenerse despierto y activo tanto mental como físicamente. <sup>26</sup>
<b>Evaluación</b> La señora Elena refiere que duerme mejor como resultado de aumentar el afrontamiento quedando en escala 4 sueño levemente comprometido. También comenta que el facilitar la meditación le ha ayudado a descansar física, mental y emocionalmente quedando el descanso en escala 4 levemente comprometido.		

<sup>22</sup> McCloskey Dochterman, Jeanne. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª. Edición. Madrid (España): Elsevier; 2005. Pág. 206

<sup>23</sup> Rosales Barrera Susana, R. Eva. Fundamentos de enfermería. 3ª edición. México (D.F.): El manual moderno; 2008. Pág. 297

<sup>24</sup> Morread Sue y colts. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª. Edición. Madrid (España): Elsevier; 2005. Pág. 518

<sup>25</sup> McCloskey Dochterman, Jeanne. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª. Edición. Madrid (España): Elsevier; 2005. Pág. 424

<sup>26</sup> Nordmark, Madelyn. Bases científicas de la enfermería. 12ª. Reimpresión. México (D.F.): El manual moderno; 1998. Pág. 303, 304

**Necesidad: Comunicación**

<b>Diagnóstico de enfermería:</b> Riesgo de soledad relacionado con falta de contacto con personas o cosas percibidas como importantes o significativas.		
Definición: <i>Riesgo de experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de mantener un mayor contacto con los demás.</i> <sup>57</sup> D: 6 C: 1		
RESULTADO ESPERADO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>↓ <b>2601 Clima social de la familia</b> Definición: <i>Ambiente de apoyo caracterizado por las relaciones y objetivos de los miembros.</i><sup>58</sup> D: VI C: X</p> <p>Indicadores: Participa en actividades conjuntas. Participa en tradiciones de la familia. Asiste de forma regular a sus servicios religiosos. Recibe visitas de sus amigos y de todos los miembros de su familia. Participa en actividades recreativas. Mantiene el hogar limpio y ordenado. Se apoyan unos a otros. Participa en el proceso de toma de decisiones. Trabajan conjuntamente para subsanar los objetivos. Comparte sentimientos y problemas con los miembros de la familia. Comparte problemas con otros. Discute aspectos importantes para la familia. Soluciona problemas detectados.</p>	<p>↓ <b>5310 Dar esperanza</b> Definición: <i>Facilitar el desarrollo de una perspectiva positiva en una situación dada.</i> C: 3 C: R</p> <p>Actividades: Informé al paciente a cerca de que la situación actual constituye un estado temporal. Amplié el repertorio de mecanismos de resolución de problemas del paciente. Cné un ambiente que facilitó al paciente la práctica de su religión cuando fue posible.<sup>59</sup></p> <p>↓ <b>7100 Estimulación de la integridad familiar</b> Definición: <i>Favorecer la cohesión y unidad familiar.</i> C: 5 C: X</p> <p>Actividades: Escuché a los miembros de la familia. Establecí una relación de confianza con los miembros de la familia. Determiné la comprensión familiar sobre las causas de</p>	<p>La comunicación es una función de la corteza cerebral.</p> <p>a. La comunicación implica capacidades visuales auditivas o verbales, gráficas, vocales lenguaje del cuerpo.</p> <p>b. El entender el lenguaje hablando es una función de el área sensitiva auditiva.</p> <p>c. El entendimiento, el lenguaje escrito es una función de las áreas sensitivas visuales.</p> <p>d. El entendimiento, el significado de las palabras cuando éstas se utilizan para expresar un sentimiento probablemente sea una función del lóbulo temporal o de la circunducción angular.<sup>60</sup></p>

<sup>57</sup> NANDA-I. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2007-2008 edición. Madrid (España). Elsevier, 2008. Pág. 227.

<sup>58</sup> NANDA-I. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2007-2008 edición. Madrid (España). Elsevier, 2008. Pág. 187.

<sup>59</sup> McCloskey Dochterman, Joanne. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª. Edición. Madrid (España). Elsevier, 2005. Pág. 333.

<sup>60</sup> Nordmark, Mädelyn. Bases científicas de la enfermería. 12ª. Reimpresión. México (D.F). El manual moderno, 1998. Pág. 471, 472.

62

<p>Favorece la cohesión y los objetivos de la familia.</p> <p>Escala de medición:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado.</li> <li>2. Raramente demostrado.</li> <li>3. A veces demostrado.</li> <li>4. Frecuentemente demostrado.</li> <li>5. Siempre demostrado.</li> </ol> <p>↓ <b>1902 Control del riesgo</b> Definición: <i>Acciones personales para prevenir, eliminar o reducir las amenazas para la salud modificables.</i><sup>61</sup> D: IV C: T</p> <p>Indicadores: Reconoce factores de riesgo. Desarrolla estrategias de control de riesgo efectivas. Sigue con las estrategias de control de riesgo seleccionadas. Modifica el estilo de vida para reducir los riesgos. Evite exponerse a los riesgos para la salud.</p> <p>Escala de medición:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado.</li> <li>2. Raramente demostrado.</li> <li>3. A veces demostrado.</li> <li>4. Frecuentemente demostrado.</li> <li>5. Siempre demostrado.</li> </ol> <p>↓ <b>2602 Funcionamiento de la familia</b></p>	<p>la enfermedad. Averigué el grado de culpa que sentía la familia. Determiné las relaciones familiares típicas. Comprobé las relaciones familiares actuales. Identifiqué los mecanismos típicos de la familia para enfrentarse situaciones problemáticas. Colaboré con la familia en la solución de problemas. Facilité una comunicación abierta entre los miembros de la familia.<sup>62</sup></p> <p>↓ <b>7110 Fomentar la implicación familiar</b> Definición: <i>Facilitar la participación de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente.</i> C: 5 C: X</p> <p>Actividades: Establecí una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarían implicados en el cuidado. Identifiqué la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente. Observé la estructura familiar y sus roles. Facilité la comprensión de aspectos médicos del estado del paciente a los miembros de la familia. Identifiqué a los miembros de la familia de los factores que pueden mejorar el estado del paciente. Animé a los miembros de la familia a mantener relaciones familiares, según cada caso. Comenté las opciones existentes, según el tipo de cuidados necesarios en la casa.<sup>63</sup></p> <p>↓ <b>5100 Potencialización de la socialización.</b></p>	<p>Los cuidados de enfermería eficaces dependen en gran parte de las habilidades y los conocimientos para el uso de la comunicación de la enfermera.</p> <p>La enfermera debe incrementar sus conocimientos y su comprensión sobre el proceso de la comunicación y todas las funciones psicológicas.</p> <p>Una enfermera debe dirigir sus observaciones del paciente y su ambiente y obtener retroacción de éste, con el fin de determinar las características individuales de la personalidad de los pacientes, los niveles educacionales y los antecedentes socioculturales en la medida que influyen sobre la comunicación.</p> <p>Los estados físicos y psicológicos actuales que podrían influir sobre la comunicación específica.<sup>64</sup></p> <p>La emoción es una experiencia psicológica básica común del hombre, tiene una gran variedad de efectos, tanto constructivos, sobre el equilibrio psicológico.</p> <p>La emoción se demuestra o se refleja en estados subjetivos de sentimientos, en comportamiento generado a partir de emociones y en cambios adaptativos.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<sup>61</sup> NANDA-I. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2007-2008 edición. Madrid (España). Elsevier, 2008. Pág. 266.

63

<p><b>Definición:</b> Capacidad del sistema familiar para satisfacer las necesidades de sus miembros.<sup>60</sup> D: IV C: X</p> <p><b>Indicadores:</b> Crea un entorno donde los miembros puedan expresar libremente sus sentimientos. Implica a los miembros en la resolución de problemas. Los miembros representan los roles esperados. Los miembros se apoyan y se ayudan los unos a los otros. Los miembros pasan tiempo juntos.</p> <p><b>Escala de medición:</b> 1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado.</p> <p>↳ <b>2603 Integridad de la familia.</b> <b>Definición:</b> Comportamiento de los miembros de la familia que demuestra colectivamente cohesión, fuerza y lazos emocionales.<sup>61</sup></p>	<p><b>Definición:</b> Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con otros. C: B C: Q</p> <p><b>Actividades:</b> Fomenté la ampliación en relaciones potenciadas ya establecidas. Animé al paciente a desarrollar relaciones. Fomenté que compartiera problemas comunes con los demás. Animé al paciente a cambiar de ambiente, como salir a caminar o al cine. Facilité el entusiasmo y la planificación de actividades futuras por parte del paciente. Exploré los puntos fuertes y débiles del círculo actual de relaciones.<sup>62</sup></p> <p>↳ <b>4320 Terapia asistida con animales.</b> <b>Definición:</b> Utilización intencionada de animales para conseguir afecto, atención, diversión y relajación. C: A C: Q</p> <p><b>Actividades:</b> Determiné la aceptación de los animales por parte del paciente como agentes terapéuticos. Determiné si existe alguna alergia los animales. Dispuso de animales para terapia con el paciente.</p>	<p>Las emociones están relacionadas con los acontecimientos diarios. Ciertas situaciones tienden a evocar determinados sentimientos y generalmente se buscan o se evitan, dependiendo totalmente del estado físico o psicológico.</p> <p>La alegría es una experiencia emocional deseada y generalmente buscada, que acompaña a la liberación de la tensión o al logro de las metas.</p> <p>La vergüenza es una reacción emocional hacia la frustración de una meta, cuando (esta era importante para mantener la autoestima es una emoción desagradable y generalmente se evita.</p> <p>La soledad es una experiencia emocional desagradable y generalmente se evita, acompaña al aislamiento real o percibido de los otros seres humanos.</p> <p>Un grupo dado de emociones similares o relacionadas que se sostienen durante cierto tiempo se denominan como humor.<sup>63</sup></p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<sup>60</sup> McCloskey Dochterman, Joanne. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª. Edición. Madrid (España): Elsevier, 2005. Pág. 305

<sup>61</sup> McCloskey Dochterman, Joanne. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª. Edición. Madrid (España): Elsevier, 2005. Pág. 440

<sup>62</sup> Nordmark, Madelyn. Bases científicas de la enfermería. 12ª. Reimpresión. México (D.F): El manual moderno, 1998. Pág. 591, 592.

<sup>63</sup> NANDA-I. Diagnósticos de enfermería: Definiciones y clasificación 2007-2008 edición. Madrid (España): Elsevier, 2006. Pág. 393

<sup>64</sup> Moread Sae y cols. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª. Edición. Madrid (España): Elsevier, 2005. Pág. 303

<sup>65</sup> McCloskey Dochterman, Joanne. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª. Edición. Madrid (España): Elsevier, 2005. Pág. 666

<sup>66</sup> Nordmark, Madelyn. Bases científicas de la enfermería. 12ª. Reimpresión. México (D.F): El manual moderno, 1998. Pág. 595.

<p>D: 6 C: X</p> <p><b>Indicadores:</b> Interacción frecuentemente con toda la familia. Preparan y comen juntos la comida. Participan juntos en actividades recreativas. Los miembros manifiestan lazos fuertes con la familia. Existe afecto manifestado entre los miembros de la familia. Se ayudan entre sí para ejecutar los roles y las tareas diarias. Los miembros comparten pensamientos, sentimientos, intereses, preocupaciones. Los miembros se comunican de forma abierta y honesta entre sí.</p> <p><b>Escala de medición:</b> 1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado.</p> <p>↳ <b>1305 Modificación psicosocial: cambio de vida.</b> <b>Definición:</b> Respuesta psicosocial de adaptación de un individuo a un cambio de vida.<sup>67</sup> D: III C: N</p> <p><b>Indicadores:</b></p>	<p>perros, aves. Animé la repetición de canciones al animal de la terapia. Fomenté la expresión de emociones del paciente hacia los animales. Animé al paciente a que juegue con su perrito. Animé al paciente a que alimente / cuide a su perrito. Hice que el paciente o las otras personas que acariaron o estuvieron en contacto con un animal se lavaran las manos. Dejé que recordara y compartiera experiencias anteriores con animales domésticos / otros animales.<sup>68</sup></p> <p>↳ <b>6240 Presencia.</b> <b>Definición:</b> Permanecer con otra persona durante los momentos de necesidad tanto física como psicológica. C: 3 C: R</p> <p><b>Actividades:</b> Mostré una actitud de aceptación. Comuniqué oralmente simpatía y comprensión por la experiencia que está pasando el paciente. Fui sensible con las tradiciones y creencias del paciente. Establecí una consideración de confianza y fui positiva. Escuché las preocupaciones del paciente. Establecí contacto físico con el paciente para expresar la consideración. Estuve físicamente disponible como elemento de ayuda. Ayudé al paciente a darse cuenta de que se está disponible, pero sin reforzar conductas dependientes.<sup>69</sup></p>	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

<sup>67</sup> Moread Sae y cols. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª. Edición. Madrid (España): Elsevier, 2005. Pág. 417

<sup>68</sup> McCloskey Dochterman, Joanne. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª. Edición. Madrid (España): Elsevier, 2005. Pág. 715



<p>Establecimiento de objetivos realistas  Expresiones de optimismo sobre el presente.  <b>Expresiones de optimismo sobre el futuro.</b>  Participación en aficiones recreativas.  Expresión de satisfacción con la reorganización de la vida.  Expresión de sentimientos socializados.</p> <p>Escala de medición  1. Nunca demostrado  2. Raramente demostrado.  3. A veces demostrado.  4. Frecuentemente demostrado.  5. Siempre demostrado</p> <p>↓ <b>1204 Equilibrio emocional</b>  Definición: <i>Adaptación apropiada del tono emocional predominante en respuesta a las circunstancias.</i><sup>21</sup>  D. III C. M.</p> <p>Indicadores:  Muestra un afecto apropiado.  Muestra control de los impulsos.  Refiere apetito normal.  Refiere dormir de forma adecuada (al menos 5 horas al día)  Refiere un nivel de energía adecuado</p> <p>Escala de medición  1. nunca demostrado  2. Raramente demostrado</p>		
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

<sup>20</sup> McCloskey Dochterman, Joanne. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª. Edición. Madrid (España): Elsevier, 2005. Pág.691

<sup>21</sup> Morread Sue y colts. Clasificación de resultados de enfermería (NOC).3ª. Edición. Madrid (España): Elsevier, 2005. Pág. 336

<p>3. A veces demostrado  4. Frecuentemente demostrado  5. Siempre demostrado</p>		
<p><b>Evaluación</b></p> <p>El dar esperanza, la estimulación de la integridad familiar, el fomentar la implicación familiar, mejoró su clima social de la familia, ha solucionado algunos problemas detectados, discutiendo esos aspectos importantes en su familia, así lo informa la señora Elena quien expresa que últimamente ha recibido más continuamente a sus nietos, con quien participa en actividades recreativas, salen de compras, juegan con su perro "oso", logrando con ello una escala de medición 4 frecuentemente demostrado así como en el funcionamiento e integridad de la familia.</p> <p>De esta forma modificó su estilo de vida para control del riesgo, quedando en escala 4 frecuentemente demostrado.</p> <p>Con la potencialización de la socialización, ella se observa entusiasmada, optimista y planeando actividades futuras, alcanzando una escala de medición 4 frecuentemente demostrado.</p> <p>Se logra un equilibrio emocional, aplicando junto con lo anterior la presencia, en la cual se mostró una actitud de aceptación, logrando una escala 4 Frecuentemente demostrado.</p>		

**Necesidad: Trabajar y realizarse**

<b>Diagnóstico de enfermería:</b>		
Intolerancia a la actividad relacionada con debilidad manifestada por disnea de esfuerzo e informes verbales de fatiga.		
Definición: <i>Insuficiente energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.</i> <sup>23</sup>		
D 4 C 4		
<b>RESULTADO ESPERADO</b>	<b>INTERVENCIONES</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>
<p>➤ <b>0005 Tolerancia a la actividad.</b></p> <p>Definición: <i>Respuesta fisiológica a los movimientos que consumen energía en las actividades diarias.</i></p> <p>D I C A</p> <p>Indicadores: Esfuerzo respiratorio en respuesta a la actividad. Facilidad para realizar las actividades de la vida diaria.</p> <p>Escala de medición:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido</li> <li>2. Sustancialmente comprometido</li> <li>3. Moderadamente comprometido</li> <li>4. Levemente comprometido</li> <li>5. No comprometido.</li> </ol>	<p>➤ <b>0140 Fomentar los mecanismos corporales.</b></p> <p>Definición: <i>Facilitar el uso de posiciones y movimientos en las actividades diarias para evitar la fatiga y la tensión o las lesiones musculoesqueléticas.</i></p> <p>C I C A</p> <p>Actividades: Determiné el grado de compromiso de la Sra. Elena para aprender a utilizar posturas correctas. Determiné la comprensión de la Sra. Elena a cerca de la mecánicas y los ejercicios corporales (determinación de técnicas correctas mientras se realizan actividades / ejercicios). Instruí a la Sra. Elena a cerca de la estructura y funcionamiento de la columna vertebral y sobre la posición óptima en el movimiento y el uso del cuerpo.<sup>24</sup></p> <p>➤ <b>0180 Manejo de la energía.</b></p> <p>Definición: <i>Regulación del uso de la energía para</i></p>	<p>La actividad física es un factor importante para la determinación de las necesidades energéticas, las necesidades calóricas dependen de:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La cantidad de trabajo efectuado.</li> <li>2. La intensidad del trabajo efectuado.</li> <li>3. El tamaño del cuerpo.<sup>25</sup></li> </ol> <p>Fuerza es lo que afecta o tiende a afectar el movimiento lineal de un cuerpo.<sup>26</sup></p>

<sup>23</sup> NANDA-I. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2007-2008 edición. Madrid (España): Elsevier; 2008. Pág. 152.

<sup>24</sup> Moorhead Sue y cols. Clasificación de resultados de enfermería (NOC) 3ª. Edición. Madrid (España): Elsevier; 2005. Pág. 542.

<sup>25</sup> McCloskey Dochterman, Joanne. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 4ª. Edición. Madrid (España): Elsevier; 2005. Pág. 449.

<sup>26</sup> Nordmark, Madelyn. Bases científicas de la enfermería 12ª. Reimpresión. México (D.F.): El manual moderno; 1998. Pág. 136.

<sup>27</sup> Nordmark, Madelyn. Bases científicas de la enfermería 12ª. Reimpresión. México (D.F.): El manual moderno; 1998. Pág. 330.

68

<p>➤ <b>3011 Satisfacción del paciente/usuario: control de los síntomas.</b></p> <p>Definición: <i>Grado de percepción positiva de cuidados enfermeros para aliviar los síntomas de la enfermedad.</i><sup>27</sup></p> <p>D V C e</p> <p>Indicadores: Cuidados para eliminar/reducir los síntomas.</p> <p>Escala de medición:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. No del todo satisfecho</li> <li>2. Algo satisfecho</li> <li>3. Moderadamente satisfecho</li> <li>4. Muy satisfecho</li> <li>5. Completamente satisfecho</li> </ol>	<p>tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones.</p> <p>C I C A</p> <p>Actividades: Determiné las limitaciones físicas de la Sra. Elena. Determiné la causa de fatiga por parte de la Sra. Elena. Favorecí la expresión verbal de los sentimientos acerca de las limitaciones. Vigilé la respuesta cardiorespiratoria a la actividad (taquicardia, otras disritmias, sístole, diaforesis, palidez, presiones hemodinámicas y frecuencia respiratoria). Establecí actividades físicas que reduzcan la competencia de aporte de oxígeno a las funciones corporales vitales (evitar las actividad inmediatamente después de las comidas). Ayudé a la Sra. Elena a programar periodos de descanso. Instruí a la Sra. Elena / ser cuando a reconocer los signos y síntomas de fatiga que requieran una disminución de la actividad.<sup>28</sup></p>	
<p><b>Evaluación</b></p> <p>Al interrogatorio la señora Elena explica que al utilizar las técnicas correctas mientras realizaba sus actividades diarias, el esfuerzo respiratorio es leve y realiza con mayor facilidad y leve fatiga en sus tareas domésticas, quedando la tolerancia a la actividad en escala de medición 4 levemente comprometido. En el manejo de energía, refiere la señora Elena satisfacción, puesto que como resultado de estas intervenciones ha logrado controlar los síntomas como son fatiga y disnea de esfuerzo, alcanzando una escala de medición 4 muy satisfecha.</p>		

<sup>27</sup> Moorhead Sue y cols. Clasificación de resultados de enfermería (NOC) 3ª. Edición. Madrid (España): Elsevier; 2005. Pág. 511.

<sup>28</sup> McCloskey Dochterman, Joanne. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 4ª. Edición. Madrid (España): Elsevier; 2005. Pág. 517.

69

Necesidad: Aprendizaje

Diagnóstico de enfermería: Conocimientos deficientes relacionados con mala interpretación de la información manifestada por informes verbales de incredulidad de importancia de estrategia TAES.		
Definición: Carencia o deficiencia de información <i>cognitiva</i> relacionada con un tema específico. <sup>60</sup> D: 5 C: 4		
RESULTADO ESPERADO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>↓ <b>1808 Conocimiento: medicación</b></p> <p>Definición: <i>Grado de la comprensión transmitida sobre el uso seguro de la medicación.</i><sup>61</sup> D: IV C: 5</p> <p>Indicadores: Descripción de las acciones de la medicación Descripción de los efectos indeseables de la medicación Descripción de la administración correcta de la medicación</p> <p>Escala de medición: 1. Ninguno 2. Escaso 3. Moderado 4. Sustancial 5. Extenso</p> <p>↓ <b>1012 Satisfacción del paciente/usuario:</b></p>	<p>↓ <b>5618 Enseñanza procedimiento / tratamiento.</b></p> <p>Definición: <i>Preparación de un paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento o tratamiento presente.</i> C: 3 C: 5</p> <p>Actividades: Informé a el paciente / ser querido acerca de cuando y donde tendrá lugar el procedimiento/tratamiento. Informé a el paciente / ser querido acerca de duración esperada del procedimiento/tratamiento. Explicó el propósito del tratamiento. Explicó al paciente cómo cooperar durante el tratamiento. Proporcione información sobre cuando y donde estarán disponibles los resultados y la persona que los explicará. Di tiempo al paciente para que hiciera preguntas y disipara sus inquietudes. Incluí al ser querido.<sup>62</sup></p> <p>↓ <b>5602 Enseñanza proceso de enfermedad.</b></p>	<p>La tuberculosis pulmonar es una enfermedad contagiosa producida por el <i>Mycobacterium tuberculosis</i>. La invasión del tejido pulmonar por estos bacilos se caracteriza por la formación de tubérculos que son conglomerados nodulares de tejido de granulación rodeados por una capsula fibrosa densa.</p> <p>Los tubérculos pueden tener un núcleo blanco y gaseoso o denso y fibroso. Pueden calcificarse y hasta osificarse.</p> <p>El proceso inflamatorio puede dar como resultado la formación de cavemas ( por la fibrosis), fibrosis generalizada y en ocasiones hemorragia; la infección puede predisponer a la neumonía.</p> <p>El cuadro clínico incluye fatiga, pérdida de peso, tos crónica y productiva, dolor torácico y hemoptias; la ventilación pulmonar está disminuida.</p>

<sup>60</sup> NANDA-J. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2007-2008 edición. Madrid (España): Elsevier, 2008. Pág. 63.

<sup>61</sup> Morand Sue y cols. Clasificación de resultados de enfermería (NOC).<sup>3</sup>. Edición. Madrid (España): Elsevier, 2005. Pág. 237

<sup>62</sup> McCloskey Dochterman, Joanne. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4<sup>a</sup>. Edición. Madrid (España): Elsevier, 2005. Pág. 364

70

<p>↑ <b>enseñanza</b></p> <p>Definición: <i>Grado de la percepción positiva de las instrucciones proporcionadas por el personal de enfermería para mejorar el conocimiento, la comprensión y la participación de los cuidados.</i><sup>63</sup> D: V C: e</p> <p>Indicadores: Explicación de los efectos secundarios de las medicaciones. Explicación de las razones para el tratamiento. Consideración del conocimiento personal antes de la enseñanza. Explicaciones proporcionadas en términos comprensibles. Explicación de las responsabilidades del autocuidado para el control de las medicaciones.</p> <p>Escala de medición: 1. No del todo satisfecho 2. Algo satisfecho 3. Moderadamente satisfecho 4. Muy satisfecho 5. Completamente satisfecho</p>	<p>Definición: <i>Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.</i> C: 3 C: 5</p> <p>Actividades: Evalué el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico. Explicó la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología. Revisé el conocimiento del paciente sobre su estado. Describí los signos y los síntomas de la enfermedad. Exploré con el paciente lo que ya había hecho para controlar los síntomas. Describí el proceso de la enfermedad. Proporcione información al paciente a cerca de su enfermedad. Identifiqué cambios en el estado físico del paciente. Di seguridad sobre el estado del paciente. Comenté los cambios de estilo de vida que fueron necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad. Enseñé a el paciente medidas para controlar/ minimizar los síntomas.<sup>64</sup></p> <p>↓ <b>5520 Facilitar el aprendizaje.</b></p>	<p>hay disminución de la superficie de la oxigenación y una variación considerable en la irrigación sanguínea del tejido pulmonar afectado.</p> <p>La percepción e interpretación de datos, así como la integración adecuada de todos los aspectos de la personalidad, favorecen el equilibrio psicológico del individuo.</p> <p>La privacidad durante la administración de medicamentos disminuye la tensión emocional.</p> <p>Situaciones desconocidas o inciertas provocan ansiedad o temor.</p> <p>La relación entre el personal de enfermería y el paciente se establece mediante la comunicación.<sup>65</sup></p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<sup>63</sup> Morand Sue y cols. Clasificación de resultados de enfermería (NOC).<sup>3</sup>. Edición. Madrid (España): Elsevier, 2005. Pág. 319

<sup>64</sup> McCloskey Dochterman, Joanne. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4<sup>a</sup>. Edición. Madrid (España): Elsevier, 2005. Pág. 385

<sup>65</sup> Nordmark, Madelyn. Bases científicas de la enfermería. 12<sup>a</sup>. Reimpresión. México (DF): El manual moderno, 1998. Pág. 106, 107, 372, 373.

71

	<p>Definición: Fomentar la capacidad e procesar y comprender la información. C: 3 C: S</p> <p>Actividades: Comencé la instrucción después de que el paciente demostró estar dispuesto a aprender. Establecí metas realistas objetivas con el paciente. Identifiqué claramente los objetivos de la enseñanza en términos mensurables/observables. Ajusté la instrucción al nivel de sus conocimientos y comprensión del paciente. Dispuse de un ambiente que induzca el aprendizaje. Establecí la información con una secuencia lógica. Utilicé un lenguaje familiar. Definí la terminología que no era familiar. Fomenté la participación activa del paciente. Repetí la información importante.<sup>25</sup></p>	
<p><b>Evaluación</b> Con las intervenciones de enseñanza procedimiento / tratamiento, proceso de la enfermedad TB, en la cual se facilitó el aprendizaje, se logró como resultado una comprensión de la importancia del tratamiento, su duración y la forma de administración especial (TAES), por lo cual se logra un conocimiento de la medicación en la escala de medición 4 sustancial. La señora Elena acude puntualmente a su TAES, quien ahora conoce los efectos secundarios de las medicaciones y quien se expresa satisfecha en la enseñanza recibida, logrando una escala de 4 "Muy satisfecha".</p>		

<sup>25</sup>McCloskey Dochterman, Joanne. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª. Edición. Madrid (España): Elsevier, 2005. Pág. 415

#### 4. CONCLUSIONES

A través del trabajo realizado por medio del plan de atención de enfermería, hubo resultados positivos; algunos de ellos son que a la Sra. Elena le logré dar un trato digno, de calidad, en el cual ella comenta que se siente contenta de que se le tome en cuenta y de que ha llegado a percibir el interés personal por ella, expresa sentirse con mejoría, a aumentado 3 Kg. de peso y presenta apetito, se observa sonriente y comunicativa, ha seguido su tratamiento TAES a pesar de que ello implica tener gastos de tipo económico para realizar su traslado a la unidad de salud, ella está consciente que deberá no solo terminar su tratamiento, si no que también posterior a ello deberá seguir en vigilancia por un tiempo.

En cuanto a las herramientas utilizadas, como el proceso atención enfermero, el modelo de Virginia Henderson, la taxonomía de la NANDA, NOC, NIC, aprendí a utilizarlas de una manera que he podido observar los buenos resultados que se obtienen al utilizarlos llevándome a tratar a la Sra. Elena de una manera razonable y lógica, lo que indujo a dar una atención con calidad, con un resultado en el cual obtuve satisfacciones personales las cuales no tienen precio así como la satisfacción del paciente al que se le fue aplicado, junto con su entorno.

Aunque ello implicó más trabajo, me he dado cuenta de sus buenos resultados y vale la pena el tratar de aplicarlos, claro, de una manera estandarizada para obtener mejores resultados para abarcar un mayor número de pacientes, puesto que en un primer nivel de atención el número de ellos fluctúa alrededor de 18 pacientes en 8 hrs., ello entre varias actividades administrativas que debe realizar el personal de enfermería.

La implantación de la normalización y su aplicación en el control de los costes nos permitiría mostrar el alcance de la actividad enfermera en el sistema sanitario. De esta forma, Enfermería estaría en disposición de garantizar su desarrollo, su

adaptación a los nuevos modelos de gestión y su reconocimiento social y profesional.<sup>87</sup>

Concluyendo, resulta muy benéfico y práctico (a través de su uso) el dar un trato basado en el Proceso de Atención de Enfermería, a tal manera de despersonalizarse de la sombra médica y dando paso a el reconocimiento social del papel de la enfermera en la sociedad.

---

<sup>87</sup> NIPE. (consultado el 25 de Agosto 2009). Disponible en: <http://www.nipe.enfermundi.com/>

## 6. SUGERENCIAS

El proceso enfermero, utilizando los lenguajes estandarizados NNN, se encuentra en plena evolución y desarrollo y ha alcanzado un auge importante dado el incremento en la utilización del mismo dentro del ámbito clínico de la atención primaria. Existen estudios que muestran el uso y la utilidad de los diagnósticos enfermeros en atención primaria.

La propia NANDA-I aconseja métodos de acción participativa donde sean los enfermeros de cada ámbito clínico los que determinen los términos específicos de la NANDA, NIC y NOC aplicables a los pacientes que atienden.<sup>66</sup>

Dentro de lo anterior expuesto, se desprende que el aplicar el proceso atención enfermero es una herramienta bastante útil, que realmente identificaría lo que es el papel de la enfermera para que dé una atención holística de calidad para tener los resultados esperados a través de las intervenciones que realmente se requieren, para lograr una satisfacción en ambas partes: como enfermeras y como un paciente tratado con calidez en la atención. Este paso es muy importante dado que por la creciente demanda de atención y en medio de tantos problemas sociales y el aumento de la desintegración de el núcleo de la sociedad, la familia, es el momento en que la enfermera tome realmente su papel, el de brindar ayuda holística.

Es por ello que como sugerencia se expone el de unificar criterios primero:

- ✚ En la actualización del personal de enseñanza escolar en la aplicación del PAE.
- ✚ En la enseñanza a los estudiantes de enfermería
- ✚ En la aplicación del PAE de los recién salidos de la enseñanza
- ✚ En la actualización del PAE a personal de las instituciones de salud.
- ✚ En la aplicación del PAE en las instituciones de salud

---

<sup>66</sup> Brito, Pedro. Diagnósticos enfermeros priorizados en atención primaria. (consultado el 16 Junio 2009). Disponible en: <http://www.enfermundi.com/>

- ✦ En la estandarización del PAE por servicios.
- ✦ El compromiso como personal de salud, enfermería para aplicar esta útil herramienta de trabajo, el PAE.
- ✦ Lograr la coordinación de los profesionales que intervienen en la atención de un paciente.



## 6. GLOSARIO Y ABREVIATURAS

**BCG:** Bacilo de Calmette y Guering.

**BK+:** Baciloscopia Positiva. Se le llama a la demostración de uno o más bacilos ácido- alcohol resistente, en la lectura del 100 campos del frotis de la expectoración o de cualquier espécimen.

**D:** Dependiente

**E:** Etambutol

**H:** Isoniacida

**I:** Independiente

**NANDA:** North American Nursing Diagnosis Association

**NIC:** Clasificación de intervenciones de enfermería.

**NNN:** NANDA, NOC, NIC.

**NOC:** Clasificación de resultados de enfermería.

**R:** Rifampicina

**S:** Estreptomina.

**TAES:** Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado. Es el que administra el personal de salud o personal comunitario capacitado por personal de salud, quien debe confirmar la ingesta y deglución del fármaco para garantizar el cumplimiento del tratamiento.

**TB:** Tuberculosis. Se le conoce como tuberculosis a la enfermedad infecciosa, generalmente crónica, causada por el complejo Mycobacterium tuberculosis, que se transmite del enfermo al sujeto sano por inhalación del de material infectante, ingestión de leche de vaca infectada por dicho complejo, contacto con personas enfermas bacilíferas o animales bovinos o enfermos.

**TBP:** Tuberculosis Pulmonar.

**PAE:** Proceso Atención Enfermero

**PD:** Parcialmente dependiente

**Z:** Pirazinamida

## 7. BIBLIOGRAFIA

B.Kozier, G.Erb, K., Blasis. Fundamentos de enfermería conceptos, proceso y práctica. 5ª edición. México (D. F.): McGraw- hill. Internacional; 2005.

Brito, Pedro. Diagnósticos enfermeros priorizados en atención primaria. (consultado el 16 Junio 2009). Disponible en: <http://www.enfermundi.com/>

Enfermería-Wikipedia, la enciclopedia libre Colliere. El origen de las prácticas de cuidado. (consultado el 06 Julio 2009). Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/enfermeria>

Fernández Ferrín Carmen. El modelo de Henderson y el proceso de Enfermería. 1ª. Edición. Barcelona: Masson-Salvat; 1995.

Florence Nightingale,terra. (consultado el 06 Julio 2009). Disponible en: <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias.htm>

García G., Ma. De Jesús. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. 2ª. Edición. México (D. F.): Progreso; 2004.

López Arango J. M., Hernández Alvarado A. Compendio de Normas Oficiales Mexicanas, Aplicables a Primer Nivel de Atención. 1ª. Edición. Cuernavaca (Morelos): Technographics; 2004. Pág.

McCloskey Dochterman, Joanne. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª. Edición. Madrid (España): Elsevier; 2005.

Morread Sue y cols. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª. Edición. Madrid (España): Elsevier; 2005. Pág

NANDA-I. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. 2007-2008 edición. Madrid (España): Elsevier, 2008.

NIPE. (consultado el 25 de Agosto 2009). Disponible en:  
<http://www.nipe.enfermundi.com/>

Nordmark, Madelyn. Bases científicas de la enfermería. 12ª. Reimpresión. México (D F): El manual moderno; 1998.

Phaneuf, Margot. Las necesidades fundamentales según el enfoque de Virginia Henderson en, Cuidados de enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. 1ª. Edición. Madrid (España): McGraw-Hill; 1993.

Proceso de atención de enfermería-terra (Consultado el 6 de marzo 2009).  
Disponible en: <http://www.terra.es/personal/duenas/home5.htm>

Proceso de enfermería-wikipedia, la enciclopedia libre. (consultado el 06 Julio 2009) Disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/Proceso\\_de\\_enfermer%C3%ADa](http://es.wikipedia.org/wiki/Proceso_de_enfermer%C3%ADa)

Pulmón (citado el 25 de Agosto 2009). Disponible en:  
[www.eccpn.aibarra.org/temario/.../capitulo](http://www.eccpn.aibarra.org/temario/.../capitulo)

Rosales barrera Susana, R. Eva. Fundamentos de enfermería. 3ª edición. México (D. F.): El manual moderno; 2008.

Tuberculosis enfermedad (citado el 06 Julio 2009) Disponible en:  
<http://www.minsa.gob.pe/ocom/tbc.htm>

Unión internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades respiratorias. Guía de enfermería para la implementación y expansión de la estrategia DOTS/TAES. 2004

Virginia Henderson-terra (consultado el 06 Julio 2009). Disponible en:  
<http://www.terra.es/personal/duenas/teorias.htm>

## 8. ANEXOS.

### 8.1 Patología Tuberculosis Pulmonar

#### 8.1.1 Definición

La tuberculosis es una enfermedad infecto-contagiosa producida por el bacilo de Koch (*Mycobacterium tuberculosis*) que ataca con frecuencia a los pulmones, pero puede comprometer cualquier otra parte del cuerpo.

La tuberculosis es una enfermedad grave causada por bacterias "activas". Si las defensas del cuerpo están débiles, es posible enfermarse de tuberculosis inmediatamente después de que las bacterias entren en el cuerpo. También es posible que si las defensas del cuerpo están débiles, las bacterias inactivas se reactiven aun después de muchos años y se produzca la enfermedad. Esto puede ocurrir debido a la edad, a una enfermedad grave, al abuso de drogas o alcohol, o a la infección del VIH (SIDA).

Cuando las defensas del cuerpo están débiles y las bacterias inactivas de la tuberculosis se reactivan, las bacterias entonces pueden salirse de las paredes, comenzar a multiplicarse y dañar los pulmones u otros órganos.

Si las personas que tienen tuberculosis no toman medicinas pueden enfermarse de gravedad y quizás morir. Pero la tuberculosis puede curarse si estas personas tienen un tratamiento médico apropiado y toman sus medicinas como se les prescribe.<sup>69</sup>

#### 8.1.2 Epidemiología

Se transmite por vía respiratoria. La persona con tuberculosis, elimina el microbio en las gotitas de saliva al toser o estornudar. Este microbio puede ser aspirado por una persona sana que esté en contacto frecuente con el enfermo de tuberculosis y así contagiarse.

---

<sup>69</sup>Tuberculosis enfermedad (estado el 06 Julio 2009) Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/cecom/tbc.htm>

Las bacterias de la tuberculosis se transmiten a través del aire.

Para contraer la tuberculosis debe haber generalmente contacto cercano diario con una persona que tenga la enfermedad. Por esta razón, la mayoría contrae la enfermedad de personas con quienes comparte mucho tiempo, como por ejemplo, miembros de la familia, amigos, o compañeros de trabajo.<sup>80</sup>

### 8.1.3 Sintomatología

Las personas que tienen tuberculosis pueden tener algunos o todos los siguientes síntomas:

- Tos y expectoración por más de 15 días
- Debilidad y cansancio constante
- Pérdida de peso
- Fiebre
- Sudores nocturnos
- Dolor en el pecho
- Tos con sangre
- Pérdida de apetito<sup>81</sup>

### 8.1.4 Tratamiento.

El tratamiento es GRATUITO, su administración es supervisada y en forma ambulatoria.

El tratamiento farmacológico de la tuberculosis contiene una asociación de medicamentos de alta eficacia, con el menor número de tomas, con reacciones

---

<sup>80</sup> Tuberculosis enfermedad (estado el 06 Julio 2009) Disponible en <http://www.minisa.gob.pe/ocom/tbc.htm>

<sup>81</sup> Ibidem.

adversas mínimas y al ser administrado bajo supervisión, garantiza la curación de todas las personas enfermas.<sup>92</sup>

El tratamiento se prescribe por personal médico: se distingue en primario acortado y retratamiento, se administra en cualquier localización de la enfermedad. Los tratamientos deben ser estrictamente supervisados (por personal de salud o personal comunitario capacitado por personal de salud), ya que la supervisión respecto a ingestión de fármacos es el único procedimiento que ofrece completa seguridad y asegura la curación.

Los fármacos que se utilizan en el tratamiento primario acortado de la tuberculosis, son: Isoniácida (H), Rifampicina (R), Pirazinamida (Z), Estreptomina (S), y Etambutol (E).<sup>93</sup>

#### TRATAMIENTO ACORTADO ERICTAMENTE SUPERVISADO

Fase intensiva	Diario de lunes a sábado hasta completar 60 dosis. Administrada en una toma	
Fármacos:	Separados DOSIS:	Combinación fija clave 2414 (Presentación) 4 grageas de:
Rifampicina	600 mg	150 mg
Isoniácida	300 mg	75 mg
Pirazinamida	1,500 mg a 2,000 mg	400 mg
Etambutol	1,200 mg	Clave 2405 (Presentación) 3 tabletas de: 400 mg
Fase de sosten	Intermitente, 3 veces por semana, lunes, miércoles y viernes, hasta completar 45 dosis. Administración en una toma	
	Separados DOSIS:	Combinación fija clave 2415 (Presentación) 4 cápsulas de:
Isoniácida	800 mg	200 mg
Rifampicina	600 mg	150 mg

<sup>92</sup>Tuberculosis enfermedad (citado el 06 Julio 2009) Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/oom/tbc.htm>

<sup>93</sup> López Arango J. M., Hernández Alvarado A. Compendio de Normas Oficiales Mexicanas, Aplicables a Primer Nivel de Atención, P. Edición. Cuernavaca (Morelos): Tecnológico de la Salud, 2004. Pág. 289,290.

### 8.1.6 Prevención

Diagnóstico precoz y tratamiento de la Tuberculosis  
La medida preventiva más eficaz es evitar el contagio. Esto se logra eliminando las fuentes de infección presentes en la comunidad a través de la detección, diagnóstico precoz y tratamiento completo de los casos de Tuberculosis Pulmonar con Baciloscopia Positiva (BK+).

#### Vacunación BCG:

La vacuna BCG se aplica a los recién nacidos.

Con esta vacuna se protege al niño contra las formas graves: *Meningitis Tuberculosa* y *Tuberculosis Miliar*

#### Quimioprofilaxis:

Consiste en la administración diaria de Isoniacida (H) 5 mg/kg /día durante seis meses, a los contactos examinados menores de cinco años de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar con Baciloscopia Positiva (BK+).

La quimioprofilaxis disminuye el riesgo de desarrollar la enfermedad en los niños infectados.

#### 🔥 Educación para la salud:

Está dirigida al enfermo, su familia y a la población en general. El objetivo es reducir la transmisión de la enfermedad en la comunidad.

#### 🔥 El contenido de la educación está orientado a:

Que los sintomáticos respiratorios acudan a los servicios de salud.

Que los enfermos reciban tratamiento completo y supervisado.

Que los contactos sean examinados por personal de salud y que los niños menores de cinco años, contactos de pacientes con Tuberculosis Pulmonar con BK (+), reciban quimioprofilaxis.

Que los pacientes no abandonen el tratamiento.

Que la comunidad organizada se interese en el problema de la Tuberculosis y forme comités de Vigilancia Comunal<sup>94</sup>

### 8.1.6 Fisiología Pulmonar

El pulmón es un órgano par, rodeado por la pleura

El espacio que queda entre ambos recesos pleurales, se denomina MEDIASTINO, ocupado por órganos importantes como el corazón, el timo y los grandes vasos

Por otra parte el DIAFRAGMA es un músculo que separa a los pulmones de los órganos abdominales

Cada pulmón tiene forma de un semicono irregular con una base dirigida hacia abajo y un ápice o vértice redondeado que por delante rebasa en 3 - 4 cm el nivel de la I costilla o en 2 - 3 cm el nivel de la clavícula, alcanzando por detrás el nivel de la VII vértebra cervical. En el ápice de los pulmones se observa un pequeño surco (surco subclavicular), como resultado de la presión de la arteria subclavia que pasa por ese lugar

En el pulmón se distinguen 3 caras

- Cara diafragmática
- Cara costal
- Cara media (se encuentra el hilio del pulmón a través del cual penetra los bronquios y la arteria pulmonar, así como los nervios y salen las dos venas pulmonares y los vasos linfáticos, constituyendo en su conjunto la raíz del pulmón)



<sup>94</sup>Tuberculosis enfermedad (citado el 06 Julio 2009) Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/occom/tbc.htm>

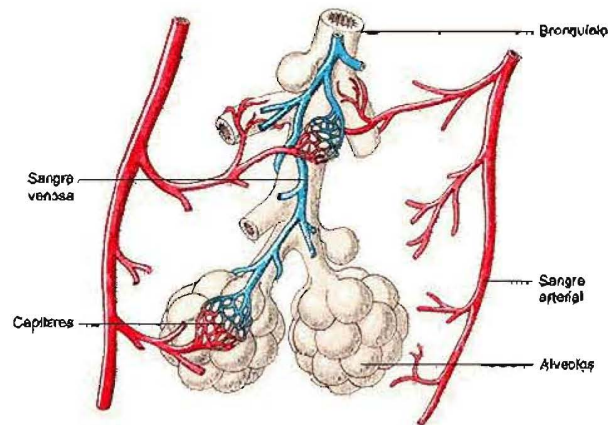


El pulmón derecho es más ancho que el izquierdo, pero un poco más corto y el pulmón izquierdo, en la porción inferior del borde anterior, presenta la incisura cardiaca

Los pulmones se componen de lóbulos, el derecho tiene 3 (superior, medio e inferior) y el izquierdo tiene 2 (superior e inferior) Cada lóbulo pulmonar recibe una de las ramas bronquiales que se dividen en segmentos, los que a su vez están constituidos por infinidad de LOBULILLOS PULMONARES A cada lobulillo pulmonar va a para un bronquiolo, que se divide en varias ramas y después de múltiples ramificaciones, termina en cavidades llamadas ALVEÓLOS PULMONARES

Los alvéolos constituyen la unidad terminal de la vía aérea y su función fundamental es el intercambio gaseoso Tiene forma redondeada y su diámetro varía en la profundidad de la respiración

Los alvéolos se comunican entre sí por intermedio de aberturas de 10 a 15 micras de diámetro en la pared alveolar que recibe el nombre de POROS DE KOHN y que tienen como función permitir una buena distribución de los gases entre los alvéolos, así como prevenir su colapso por oclusión de la vía aérea pulmonar



Existen otras comunicaciones tubulares entre los bronquiolos distales y los alvéolos vecinos a él, que son los CANALES DE LAMBERT Su papel en la ventilación colateral es importante tanto en la salud como en la enfermedad

Existen diferentes características anatómicas que deben ser recordadas:

- El vértice pulmonar derecho se encuentra más alto que el izquierdo, al encontrarse el hígado debajo del pulmón derecho.
- En el lado derecho la arteria subclavia se encuentra por delante del vértice, mientras que en el izquierdo su porción es más medial.
- El pulmón derecho es más corto y ancho que el izquierdo.

El parénquima pulmonar carece de inervación sensitiva, por lo que muchos procesos pulmonares resultan silentes.

#### **BRONQUIOS Y SUS RAMIFICACIONES:**

A nivel de la IV vértebra torácica la tráquea se divide en los bronquios principales, derecho e izquierdo. El lugar de la división de la tráquea en dos bronquios recibe el nombre de bifurcación traqueal. La parte interna del lugar de la bifurcación presenta un saliente semilunar penetrante en la tráquea, la CARINA TRAQUEAL.

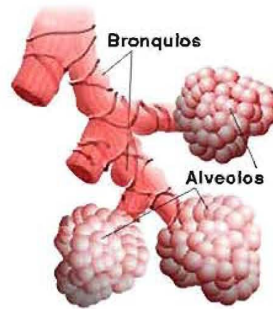
Los bronquios se dirigen asimétricamente hacia los lados, el bronquio derecho es más corto (3 cm), pero más ancho y se aleja de la tráquea casi en ángulo obtuso, el bronquio izquierdo es más largo (4 - 5 cm), más estrecho y más horizontal. Lo que explica que los cuerpos extraños, tubos endotraqueales y sondas de aspiración tiendan a ubicarse más frecuentemente en el bronquio principal derecho. En los niños menores de 3 años el ángulo que forman los dos bronquios principales en la Carina, es igual en ambos lados.

El número de cartílagos del bronquio derecho es de 6 a 8 y el bronquio izquierdo de 9 a 12. Los cartílagos se unen entre sí mediante los ligamentos anulares traqueales.

Al llegar los bronquios a los pulmones, penetran en ellos por el HILIO PULMONAR, acompañado de vasos sanguíneos, linfáticos y nervios, iniciando su ramificación. El bronquio derecho se divide en 3 ramas (superior, media e inferior), mientras que el izquierdo se divide en 2 ramas (superior e inferior).

En el interior de los pulmones cada una de estas ramas se divide en bronquios de menor calibre, dando lugar a los llamados BRONQUIOLOS, que se subdividen progresivamente en BRONQUIOLOS de 1er, 2do y 3er orden, finalizando en el bronquiolo terminal, bronquiolo respiratorio, conducto alveolar, sacos alveolares y atrios.

A medida de la ramificación de los bronquios va cambiando la estructura de sus paredes. Las primeras 11 generaciones tienen cartílagos como soporte principal de su pared, mientras que las generaciones siguientes carecen de el <sup>95</sup>



---

<sup>95</sup>Pulmón (citado el 25 de Agosto 2009) Disponible en [www.eccpn.atbarra.org/temario/](http://www.eccpn.atbarra.org/temario/) /capitulo

## 8.2 Valoración de necesidades humanas

1.- Necesidades básicas de oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.

### a) Oxigenación

Subjetivo:

Disnea debido a: \_\_\_\_\_ Tos productiva/ seca: \_\_\_\_\_ Dolor  
asociado con la respiración: \_\_\_\_\_ Fumador: \_\_\_\_\_

Desde cuando fuma/ cuantos cigarrillos al día / varía la cantidad según su estado  
emocional: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: Presión arterial: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_

Frecuencia respiratoria: \_\_\_\_\_ Ruidos respiratorios: \_\_\_\_\_

Tos productiva/seca: \_\_\_\_\_ Estado de conciencia: \_\_\_\_\_

Coloración de la piel/ lechos ungueales / peribucal: \_\_\_\_\_ Circulación  
del retorno venoso: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

### b) Nutrición e hidratación

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): \_\_\_\_\_

Numero de comidas diarias: \_\_\_\_\_

Trastornos digestivos: \_\_\_\_\_

Intolerancia alimentaria/alergias: \_\_\_\_\_

Problemas de la masticación y deglución: \_\_\_\_\_

Patrón de ejercicio: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Turgencia de la piel: \_\_\_\_\_

Membranas mucosas hidratadas/secas: \_\_\_\_\_

Características de uñas/cabello: \_\_\_\_\_

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: \_\_\_\_\_

Aspecto de los dientes y encías: \_\_\_\_\_

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

**c) eliminación**

**Subjetivo**

Hábitos intestinales: \_\_\_\_\_

características de las heces, orina y menstruación: \_\_\_\_\_

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: \_\_\_\_\_

Uso de laxantes: \_\_\_\_\_ Hemorroides: \_\_\_\_\_

Dolor al defecar/menstruar/orinar: \_\_\_\_\_

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: \_\_\_\_\_

**Objetivo**

Abdomen/características: \_\_\_\_\_

Ruidos intestinales: \_\_\_\_\_

Palpación de la vejiga urinaria: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

**d) termorregulación**

**Subjetivo**

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: \_\_\_\_\_

Ejercicio/tipo y frecuencia: \_\_\_\_\_

Temperatura ambiental que le es agradable: \_\_\_\_\_

**Objetivo**

Características de la piel: \_\_\_\_\_

Transpiración: \_\_\_\_\_

Condiciones del entorno físico: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

2.- Necesidades básicas de moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel.

a) moverse y mantener una buena postura

Subjetivo

Capacidad física cotidiana: \_\_\_\_\_

Actividades en el tiempo libre: \_\_\_\_\_

Hábitos de descanso: \_\_\_\_\_

Hábitos de trabajo: \_\_\_\_\_

Objetivo

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza: \_\_\_\_\_

Capacidad muscular, tono/resistencia/flexibilidad: \_\_\_\_\_

Posturas: \_\_\_\_\_

Ayuda para la deambulación: \_\_\_\_\_

Dolor con el movimiento: \_\_\_\_\_

Presencia de temblores: \_\_\_\_\_ estado de conciencia: \_\_\_\_\_

Estado emocional: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) descanso y sueño

Subjetivo

Horarios de descanso: \_\_\_\_\_ Horario de sueño: \_\_\_\_\_

Horas de descanso: \_\_\_\_\_ Horas de sueño: \_\_\_\_\_

Siesta: \_\_\_\_\_ Ayudas: \_\_\_\_\_

¿Padece insomnio? \_\_\_\_\_

A que se considera que se deba: \_\_\_\_\_

¿Se siente descansado al levantarse? \_\_\_\_\_

Objetivo

Estado mental: ansiedad/estrés/lenguaje: \_\_\_\_\_

Ojeras: \_\_\_\_\_ Atención: \_\_\_\_\_ Bostezos: \_\_\_\_\_

Concentración: \_\_\_\_\_ Apatía: \_\_\_\_\_ Cefaleas: \_\_\_\_\_

Respuesta a estímulos: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

c) uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivo

¿Incluye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir? \_\_\_\_\_

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir? \_\_\_\_\_

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría? \_\_\_\_\_

¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario? \_\_\_\_\_

Objetivo

Viste de acuerdo a su edad: \_\_\_\_\_

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: \_\_\_\_\_

Vestido incompleto: \_\_\_\_\_ Sucio: \_\_\_\_\_ Inadecuado: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

d) necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo

Frecuencia de aseo: \_\_\_\_\_

Momento preferido para el baño: \_\_\_\_\_

Cuántas veces se lava los dientes al día: \_\_\_\_\_

Aseo de manos antes y después de comer: \_\_\_\_\_

Después de eliminar: \_\_\_\_\_

¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos?

\_\_\_\_\_

Objetivo

Aspecto general: \_\_\_\_\_

Olor corporal: \_\_\_\_\_ Halitosis: \_\_\_\_\_

Estado del cuero cabelludo: \_\_\_\_\_

Lesiones dérmicas, que tipo: \_\_\_\_\_

(Anoté su ubicación en el diagrama)

Otros:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

e) necesidad de evitar peligros

Subjetivo

Que miembros componen su familia de pertenencia: \_\_\_\_\_

Como reacciona ante una situación de urgencia: \_\_\_\_\_  
¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? \_\_\_\_\_  
En el hogar: \_\_\_\_\_  
En el trabajo: \_\_\_\_\_  
¿Realiza controles periódicos de salud recomendados? \_\_\_\_\_  
Como analiza las situaciones de tensión en su vida: \_\_\_\_\_  
Objetivo  
Deformidades congénitas: \_\_\_\_\_  
Condiciones del ambiente en su hogar: \_\_\_\_\_  
Trabajo: \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_  
Metas a futuro: \_\_\_\_\_

3.- Necesidades básicas de: comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.

a) necesidad de comunicarse

Subjetivo

Estado civil: \_\_\_\_\_ Años de relación: \_\_\_\_\_  
Vive con: \_\_\_\_\_ preocupaciones/estrés: \_\_\_\_\_  
Familiares: \_\_\_\_\_  
Otras personas que pueden ayudar: \_\_\_\_\_  
Rol de la estructura familiar: \_\_\_\_\_  
Comunica sus problemas debidos a la enfermedad/estado: \_\_\_\_\_  
Cuanto tiempo pasa sola: \_\_\_\_\_  
Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: \_\_\_\_\_  
Objetivo  
Habla claro: \_\_\_\_\_  
Confusa: \_\_\_\_\_  
Dificultad en la visión: \_\_\_\_\_ audición: \_\_\_\_\_  
Comunicación verbal/no verbal con la familia/con tres personas significativas:  
\_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_



**b) necesidad de vivir según sus creencias y valores**

Subjetivo

Creencia religiosa: \_\_\_\_\_

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales? \_\_\_\_\_

Principales valores en su familia: \_\_\_\_\_

Principales valores personales: \_\_\_\_\_

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Objetivo

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): \_\_\_\_\_

¿Permite el contacto físico? \_\_\_\_\_

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias? \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

**c) necesidad de trabajar y realizarse**

Subjetivo

¿Trabaja actualmente? \_\_\_\_\_ Tipo de trabajo: \_\_\_\_\_

Riesgos: \_\_\_\_\_ cuanto tiempo le dedica a su trabajo: \_\_\_\_\_

¿Está satisfecho con su trabajo? \_\_\_\_\_

¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Está satisfecho (con el rol familiar que juega)? \_\_\_\_\_

Objetivo

Estado emocional / calmado / ansioso / enfadado / retraído / temeroso / irritable / inquieto / eufórico: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

**d) necesidad de jugar y participar en actividades recreativas**

Subjetivo

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: \_\_\_\_\_  
¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad? \_\_\_\_\_  
¿Existen recursos en su comunidad para la recreación? \_\_\_\_\_  
¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa? \_\_\_\_\_  
Objetivo \_\_\_\_\_  
Integridad del sistema neuromuscular  
¿Rechaza las actividades recreativas? \_\_\_\_\_  
¿Su estado de ánimo es: apático/aburrido/participativo? \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_

e) necesidad de aprendizaje

Subjetivo  
Nivel de educación: \_\_\_\_\_  
Problemas de aprendizaje: \_\_\_\_\_  
Limitaciones cognitivas: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_  
Preferencias leer/escribir: \_\_\_\_\_  
¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad? \_\_\_\_\_  
¿Sabe como utilizar esas fuentes de apoyo? \_\_\_\_\_  
¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud? \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_  
Objetivo  
Estado del sistema nervioso: \_\_\_\_\_  
Órganos de los sentidos: \_\_\_\_\_  
Estado emocional/ansiedad/dolor.: \_\_\_\_\_  
Memoria reciente: \_\_\_\_\_  
Memoria remota: \_\_\_\_\_  
Otras manifestaciones: \_\_\_\_\_

**CONCLUSION DIAGNOSTICA DE ENFERMERIA**

Necesidad	Grado de independencia	Diagnostico de enfermería
1.- Oxigenación	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
2.- Nutrición/hidratación	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
3.- Eliminación	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
4.- Moverse y mantener una 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 _____	_____ _____ _____

**Necesidad**                      **Grado de independencia**                      **Diagnostico de enfermería**

11.-Vivir según sus creencias y valores	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
12.-Trabajar y realizarse	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
13.-Jugar y participar en actividades	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
14.-Aprendizaje	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____

\*(I) Independiente (PD) Parcialmente dependiente (D) Dependiente