



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA DE ENFERMERIA CRUZ ROJA MEXICANA
DE SAN LUIS POTOSI, S.L.P.

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA: APLICADO A UNA MUJER ADULTA
CON ALTERACIÓN PULMONAR BASADO EN LA TEORÍA DE VIRGINIA
HENDERSON.

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

PRESENTA:
ROJAS ACOSTA RUTH EDITH
NUMERO DE CUENTA:401561218.

DIRECTORA DE TRABAJO:
MTRA: SOTOMAYOR SANCHEZ SANDRA.

SAN LUIS POTOSI., MÉXICO, FEBRERO 2012



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

I.- INTRODUCCION	1
II.- JUSTIFICACION	3
III.- OBJETIVO	4
IV.- MARCO TEORICO	
4.1 ENFERMERIA	5
4.1.1 ENFERMERIA COMO PROFESION	7
4.1.2 ENFERMERIA COMO DISIPLINA	10
4.2 EL CUIDADO COMO OBJETIVO DE ESTUDIO DE ENFERMERIA	11
4.2.1 DEFINICION DEL CUIDADO	11
4.2.2 TIPOS DE CUIDADO	12
4.3 TEORIAS DE ENFERMERIA	13
4.3.1 CONCEPTO DE TEORIA	13
4.3.2 PROCESO DE DESARROLLO DE LAS TEORIAS	14
4.3.3 FORMAS DE ORGANIZACIÓN DE LAS TEORIAS	15
4.3.4 TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON	16
4.4 PROCESO DE ENFERMERIA	20
4.4.1 CONCEPTO	20
4.4.2 OBJETIVO	20
4.4.3 CARACTERISTICAS DEL PROCESO ATENCION ENFERMERO	20
4.4.4 DEFINICION Y DESCRIPCION DE LAS ETAPAS DEL PROCESO	22
4.5 ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN EL ADULTO	27
4.5.1 LAS 5 PRINCIPALES ENFERMEDADES RESPIRATORIAS DE PUNTO DE VISTA EPIDEMIOLOGICO	30

4.5.2 ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA CRONICA	31
V.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA A... ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA CRONICA.	44
5.1 PRESENTACION DEL CASO	44
5.2 ANALISIS DE LOS RESULTADOS DE VALORACION	45
5.3 DESARROLLO DE DIAGNOSTICOS REALES Y POTENCIALES	46
VI.- CONCLUSIONES	54
VII. BIBLIOGRAFIA	55
VIII.- ANEXO	58

I.- INTRODUCCION

El proceso atención de enfermería es la herramienta metodológica, que permite a las enfermeras dar cuidados de una forma racional, lógica, sistemática e individualizada a la persona que no puede satisfacer sus necesidades, esto exige al profesional de enfermería, conocer un método de valoración que evalúe las 14 necesidades fundamentales como el modelo conceptual de Virginia Henderson, que responda a las necesidades de salud que demanda la población que solicita atención, considerando que una profesión existe, persiste y subsiste a partir de una demanda social. Por lo que enfermería debe contar con herramientas, metodológicas técnicas y éticas que favorezcan el desarrollo de habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros, integrantes del equipo de salud, logrando que la persona, se integre a su núcleo familiar de manera oportuna, independiente de su auto cuidado.

El modelo conceptual de las 14 Necesidades Fundamentales de Virginia Henderson, es una teoría que permite a las enfermeras prestar cuidados a todas aquellas personas que por falta de fuerza, falta de voluntad o por falta de conocimientos no pueden satisfacer sus necesidades propiciando dependencia total o parcial. Este modelo conceptual de Virginia Henderson, orienta y da sentido a la práctica profesional de enfermería, ya que permite ubicar a la persona en una interacción constante en sus esferas: biológica, psicológica, social y espiritual. Considerando “a la persona, sujeto del cuidado, como un ser fisiológico, psicológico, sociocultural, y espiritual, un todo integral indisoluble, mayor que la suma de sus partes y diferentes a estas, que tiene manera de ser únicas en relación consigo misma y con el universo, Maneras de ser que están en una relación mutua y simultánea con el entorno. La persona no puede ser separada de su cultura, sus expresiones y estilos de vida: que reflejan valores, creencias, y consigo misma persona con sus propios los valores, las creencias y las practicas en torno a su salud que han permitido su supervivencia.” Sin embargo esta interacción entre la persona y la enfermera durante el ejercicio profesional ha atravesado por un proceso evolutivo histórico educativo, en donde la historia debe concebirse como una herramienta para el cambio.

En el momento en que se busca la mejora de la calidad de la asistencia en salud, es importante replantear el papel de la enfermera en la práctica profesional, partiendo de su identidad profesional como una posibilidad de contribuir con la sociedad facilitando su evolución a través de la filosofía del cuidado humanista, para obtener mejores condiciones de vida y salud.

La enfermería utilizó el análisis empírico para formular su propio cuerpo de conocimientos. Con el paso de los años fue capaz de observar los hechos significativos de su actividad, los verificó buscando niveles de objetividad. Todos estos pasos configuran una metodología y hacen de la investigación un elemento importante para el desarrollo del conocimiento y de la práctica de enfermería. Es en estos momentos cuando se configura el proceso de atención de enfermería (PAE), como la metodología propia de cuidado para las enfermeras.

Actualmente la enfermería ha alcanzado un consenso sobre el proceso de cuidar a nivel académico, pero a nivel práctico hace falta integrar esa vinculación, debido a que las enfermeras han sido educadas, sin esta herramienta filosófica tan indispensable para brindar cuidado, lo que nos hace emerger de la práctica por lo que partimos del hacer sin el ser. La enfermería además de basar su teoría y práctica en principios científicos, humanísticos y habilidades tecnológicas, necesita principios y valores éticos sobre el cuidado enfermero.

Esta metodología científica con el objetivo de justificar la interrelación entre el modo de pensar y el modo de hacer. Existen muchas definiciones de PAE, sin embargo según (Benavent y Camaño,) “El proceso enfermero es el instrumento básico del trabajo de enfermero, que permite actuar con método adaptándonos a cada persona (entendido como individuo o como grupo), generando una información básica para la investigación de enfermería.

Dada la importancia del Proceso de enfermería para la profesionalización del cuidado, se presenta el desarrollo y aplicación de un Proceso de Enfermería aplicado a un persona adulta con el padecimiento de enfermedad obstructiva crónica (EPOC) en el servicio de medicina interna en el Hospital General del ISSSTE.

Dicho proceso es desarrollado a partir de una justificación, planteamiento de objetivos, un marco teórico, el cual está integrado por aspectos conceptuales en torno al proceso y a la teoría en la cual fue apoyado este (Virginia Henderson), así como el desarrollo propio de sus etapas a partir de cada uno de los diagnósticos, finalmente se concluye con una conclusión, bibliografía y anexos.

II.-JUSTIFICACION

El *Proceso de Enfermería* como método de cuidado y como instrumento ineludible en la práctica profesional, basado en un modelo teórico conceptual, se constituye en una herramienta que organiza toda la información recopilada, marca la filosofía y establece líneas de acción, al mismo tiempo, permite interactuar con la persona en sus esferas biológica, psicológica, espiritual y social.

Con el Proceso de Enfermería el profesional de enfermería reflexiona sobre el cuidado y la relación de ayuda al individuo, familia o comunidad, le permite intervenir en prevención de riesgos detectando oportunamente los factores de riesgos que son modificables al 100% por la persona, logrando mejorar la respuesta a sus problemas reales y potenciales, a través de brindar una atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la priorización de sus problemas, disminuyendo de esta forma los altos porcentajes de mortalidad. Por lo que su aplicación le permite al profesional de enfermería el establecimiento de una mejor y unificada comunicación entre pares; concediendo flexibilidad en el cuidado; generando respuestas individuales y satisfacción identidad, autonomía y liderazgo; permitiéndole reconocer objetivos importantes para el sujeto de atención; propiciando así el crecimiento profesional.

Para quien la recibe el cuidado a través de la aplicación del proceso le permite evaluar el impacto de las intervenciones de enfermería, evaluando los resultados obtenidos. Así mismo le permite participar en su propio cuidado.

Hacer el proceso de atención de enfermería es una modalidad de titulación, esta metodología permite al estudiante de la Licenciatura en Enfermería y obstetricia, evaluar la atención que se brinda a la paciente desde el control respiratorio, jerarquizando de manera oportuna y científica las intervenciones de enfermería a la paciente durante el progreso de este proceso de recuperación, haciendo énfasis en prevenir y limitar complicaciones. Durante todo este proceso fisiológico la participación del profesional de enfermería es de suma importancia, en la detección y atención de posibles riesgos, proporcionando orientación a la persona durante todo el proceso.

III.- OBJETIVOS

3.1 Objetivo General.

Aplicar un proceso de enfermería a una persona adulta con problema respiratorio, basado en la teoría de Virginia Henderson. Con la finalidad de otorgar cuidados holísticos y de calidad tendientes a la satisfacción e independencia de sus necesidades.

3.2. Objetivos Específicos.

- Aplicar un instrumento de valoración en base a las 14 necesidades fundamentales de Virginia Henderson.
- Elaborar diagnósticos de enfermería reales y potenciales
- En base a los diagnósticos elaborados, Identificar los problemas reales y potenciales
- Planificar y ejecutar los cuidados de enfermería en un plan de atención, jerarquizando las intervenciones de enfermería
- Realizar acciones dirigidas a educación para la salud, que favorezcan el auto cuidado y la independencia de la persona.
- Brindar atención de calidad basada en un enfoque humanístico y ético que garantice la calidad de atención.

IV.- MARCO TEORICO.

4.1 ENFERMERIA

A través del tiempo la enfermería ha evolucionado en un contexto histórico, predominando a lo largo de todos los años el cuidado de una persona enferma por otra. Esta tarea siempre sea asociado con la mujer, convirtiéndose en una práctica social, la cual en la actualidad es una disciplina científica, que se enfrenta a un rol cambiante en busca de su propia identidad. La finalidad central de esta disciplina es contribuir al logro de un nivel mayor de salud y bienestar social en un mundo que clama por satisfacer sus necesidades bio-psico-sociales. La enfermería al igual que toda profesión debe trazar sus metas de desarrollo, que den respuesta a las demandas sociales en materia de salud, individual, familiar, grupal y comunitaria. Existen en la actualidad factores que limitan la proyección del profesional de enfermería, manteniendo en la práctica profesional una actitud de subordinación y sumisión ante otras disciplinas, siendo más evidente esta actitud frente al médico, creando dependencia de manera directa, reflejada con actitud de sumisión, a pesar de la evolución histórica por la que enfermería a transcurrido, esta dependencia limita al profesional de enfermería a realizar actividades terapéuticas, basadas en las indicaciones medicas, dejando erróneamente en segundo plano, los cuidados de enfermería, los cuidados de vida, a la persona sana o enferma, limitando la autonomía y el campo de acción de la profesión, en consecuencia limitando la independencia de la persona que requiere cuidados de enfermería.¹ Campo fértil, semillero y generador de conocimiento, que permite al profesional de enfermería, desarrollar estrategias para mejorar, bajo evidencia el cuidado que brinda a la persona enferma. Sin embargo en este momento se considera a la enfermería como una *profesión disciplinar* del cuidado a la persona, ya que como profesión posee la característica de integrar el aspecto *técnico en el hacer* y el aspecto *ciencia en el ser, logrando que durante el ejercicio profesional, se brinde cuidado sin perder de vista mi hacer – ser*, este ejercicio profesional permite al enfermería tener una identidad propia, conociendo la dirección en que debe dirigir el cuidado y sobre todo permite defender el cuidado que brinda.² El impacto que genera al profesional de enfermería tener una identidad profesional dentro de un ambiente Institucional, determina el crecimiento como disciplina, al ser generadora de conocimientos y realizar en la persona actividades independientes que generen cuidados de vida mejorando el bienestar de la persona, plantear estrategias de cambio que mejoren el cuidado; interactuando con ella, logrando que la persona desarrolle todo el potencial de sus

¹Collier.M.F. (1993) "Identificar los cuidados de enfermería".

²FRANK-ELISONDO (1987) Desarrollo histórico de la enfermería.

capacidades en su auto cuidado, con el objetivo de mantener y preservar la vida, logrando de esta manera un bienestar mutuo.³

Si la enfermería es una profesión que tiene que ver con un proceso histórico – social y cultural, en el cual la historia debe concebirse como una herramienta para el cambio durante la práctica profesional, esta evolución histórica, es una oportunidad para proyectar una filosofía del cuidado humanístico, basado en la ética y humanística. En el caso de enfermería el modelo del cambio requiere de un análisis retrospectivo, que brinde un diagnóstico situacional histórico-social, como paso previo para realizar una propuesta que considere dos aspectos importantes: la práctica de la enfermería y la formación de recursos humanos en donde la enseñanza tradicional nos orienta en dos direcciones en la teoría y la práctica, teniendo la necesidad de integrar un lenguaje universal en los discursos de enfermería con el objetivo de formar un pensamiento crítico y reflexivo, durante el cuidado enfermero que brinda a la persona, siendo un compromiso para el personal profesional de enfermería de las Instituciones de salud, en donde se aplicara este conocimiento a las personas que ingresan. El campo de acción de la enfermería es inmenso debido a la filosofía de Colliere: “Una persona puede vivir sin tratamiento, pero una persona no puede vivir sin cuidados”⁴.

“En siglos pasados los cuidados de enfermería eran ofrecidos por voluntarios con escasa formación, por lo general, mujeres de distintas órdenes religiosas. En Europa, y sobre todo tras la reforma, la enfermería fue considerada con frecuencia como una ocupación de bajo estatus.”⁵

La enfermería moderna comenzó a mediados del siglo XIX, en 1836 en, Alemania, a cargo del pastor protestante Theodor Fliedner, en esta escuela, se estudia, la reformadora de la enfermería británica Florence Nightingale. Su experiencia le brindó el ímpetu para organizar la enfermería en los campos de batalla de la guerra de Crimea y, más tarde, establecer el programa de formación de enfermería en el hospital Saint Thomas de Londres en el cual se transforma la concepción de la enfermería en Europa, estableciendo las bases de carácter moderno como profesión formalmente reconocida.⁶

Con la explosión del conocimiento técnico en el campo de la salud después de la II Guerra Mundial, el personal de enfermería ha comenzado también a especializarse en áreas particulares de asistencia sanitaria. Éstas incluyen áreas quirúrgicas, dentales, maternidad, psiquiatría y salud comunitaria. Dentro de cada una de estas especialidades se puede optar por una nueva especialización”⁷

La formación, en la mayoría de países, dura tres años y comprende formación general en medicina y experiencia práctica trabajando con pacientes bajo la

supervisión de enfermeras y enfermeros veteranos. El nivel de la educación sanitaria requerida para una enfermera varía según los países. Al final de la formación, y antes de recibir la diplomatura o título, el estudiante de enfermería tiene exámenes ante los organismos sanitarios o consejos de enfermería, dependiendo de cada país. Una vez obtenida la diplomatura o título se es libre de ejercer la profesión en cualquier país que reconozca las titulaciones, aunque muchos sólo reconocen las propias.

Estas emergen de una necesidad de la sociedad y son a su vez el resultado de un pensamiento creativo, relacionado con hechos significativos. La enfermería se relaciona con otras disciplinas, aunque tiene un cuerpo de conocimientos propio, utiliza el conocimiento de otras disciplinas con el propósito de mejorar las condiciones de entrega de su propia disciplina.⁸

4.1.1. ENFERMERIA COMO PROFESION

El concepto de profesión, es habitualmente asociado en el colectivo social a un título que es obtenido a través de estudios superiores. Sin embargo, el término requiere mayor análisis desde su concepto, evolución histórica y de este modo lograr comprender como se fue perfilando una profesión dentro de la sociedad

Las profesiones como actividades sociales organizadas implicaban la realización de operaciones intelectuales, las que se adquirirían a través de la ciencia y de la instrucción.

De tal modo, las profesiones tal como son concebidas actualmente se estructuraron en base a la segmentación de la producción del conocimiento y de reglamentar su propio ejercicio, respaldado por la formación formal académica, perfilándose como estructuras sociales autónomas y legítimas.

El concepto de profesión asociado al desarrollo de la sociedad, ha determinado la identificación de varios campos laborales que al cumplir con ciertas características son reconocidos entonces como profesión.

³JAIMIESON ELIZABETH (1968) " Historia de la enfermería".

⁴MARIA CAROLINA ORTEGA, "Enfermería moderna"

⁵TOMAS URIEM BELAZQUEZ, " Enfermería Historia desde 1857"

⁶COLECTIVO DE AUTORES, "Bases conceptuales de enfermería"

⁷Ibediem 76:5

⁸GARCIA MARTIN, "Historia de la enfermería"

La enfermería como profesión se fue perfilando a través de los años. La suposición de que enfermería es un arte innato a cualquier mujer ha obstaculizado el desarrollo de un concepto de enfermería como profesión. Para comprender esto, debemos hacer una breve revisión histórica del desarrollo de los cuidados en la sociedad, tan antiguos como el hombre mismo, y su asociación con el desarrollo de la enfermería.⁹

Con el avance de la ciencia, las nuevas tecnologías en el ámbito médico hicieron necesarios más colaboración, surgiendo el concepto de mujer cuidadora- auxiliar del médico, cuya labor estaba apegada en estricto a las indicaciones médicas. Los conocimientos adquiridos por las cuidadoras en ese entonces eran transmitidos por los médicos, fundamentalmente en áreas de patologías y diversas técnicas. El estilo de pensamiento se acercaba al religioso, en un intento de recuperar la imagen cristiana de los cuidados de antaño, reforzando un modelo vocacional y disciplinar del ejercicio del quehacer.

Es en este contexto donde surge la enfermería como profesión incipiente con Florence Nightingale, quien establece las bases de una formación formal para enfermeras. Esta se realizaba en hospitales con instrucción entregada por médicos. Las candidatas eran sometidas a un estricto sistema de selección de disciplina y calidad moral. Con este sistema Florence eleva la condición de cuidadora tan deteriorada hace algunos años. Sin embargo, éstas limitaban su quehacer a las estrictas instrucciones médicas, sin evidenciar autonomía en este desempeño.

Aunque muchos autores se refieran a las mujeres cuidadoras en las diferentes etapas de evolución del cuidado como enfermeras, las autoras del presente artículo no comparten esta postura, y consideran que la enfermería nace como tal en la época de Florence Nightingale. Desde esta época inicial de enfermería, han acontecido hechos que han determinado la consideración social de enfermería como una profesión más.¹⁰

A esta altura las autoras consideran pertinente realizar un análisis de enfermería como profesión, basado en lo señalado por *Ellis* y *Hartley*, quienes en 1997 propusieron siete características de las profesiones.

1. *Respecto a tener un cuerpo definido y organizado de conocimientos intelectuales que puedan ser aplicables a la actividad del grupo.* Algunos autores cuestionaban hace algunos años si enfermería poseía un conjunto de conocimientos propios.

2. *Respecto a la utilización del método científico.* El proceso de atención de enfermería es el resultado de esfuerzos que comenzaron a realizarse a mediados del siglo veinte. Este proceso consiste en la aplicación del método científico, como método sistemático que permite fundamentar la práctica de los cuidados, en pos de mejorar la atención brindada a las personas.

3. *Formar los profesionales en instituciones de alto nivel educacional.* Florence Nightingale desarrolló el primer programa organizado de formación para enfermeras, en 1860 en la llamada Nightingale Training School for Nurses, unida al St. Thomas's Hospital. El objetivo de esta escuela era preparar enfermeras de hospital, enfermeras prácticas cuya dedicación fuera la de atender enfermos pobres, y por otro lado enfermeras capacitadas para formar a otras.

4. *Funcionar con autonomía en la formulación del control profesional de sus actividades profesionales.* La conquista de la autonomía asegura el derecho a la práctica profesional y ha sido considerada como un indicador de la profesionalización de la disciplina. La autonomía se asocia a independencia, asumir riesgos y responsabilidad en el quehacer.

5. *Desarrollar un código de ética profesional.* El código de conducta en enfermería data desde las escuelas Nightingale, donde era requisito para las postulantes una conducta y disciplina intachables. El primer código de ética en enfermería fue publicado por la Asociación Nursing American (ANA) en 1950. El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), adoptó por primera vez un Código internacional de ética para enfermeras en 1953. Actualmente el documento en que el CIE establece las normas y valores de la actividad del profesional de enfermería es el Código deontológico. El *Código deontológico del Colegio Internacional de Enfermeras para la profesión de enfermería* tiene cuatro elementos principales que ponen de relieve las normas de conducta ética; enfermería y las personas, enfermería y la práctica, enfermería y la profesión y enfermería y sus compañeros de trabajo.

6. *Reconocer a la profesión como una contribución a la sociedad por los servicios que presta.* Se reconoce desde tiempos de Nightingale la misión humanitaria de las enfermeras. El servicio profesional a la sociedad exige integridad y responsabilidad en la práctica ética y un compromiso social. El compromiso del profesional de enfermería debe ser un compromiso inalienable. La relación de cuidados de enfermería se establece en una relación de confianza, donde el otro deposita su confianza en las competencias del profesional durante la atención. Este compromiso social se ha traducido también en la reconocida participación de enfermeras en problemas que aquejan a la población mundial como son la salud de pueblos indígenas, salud de migrantes, violencia y drogas, entre muchos otros.

7. *Realizar esfuerzos para ofrecer compensación a los profesionales por medio de autonomía, desarrollo profesional y seguridad económica.* La enfermería a través de sus organizaciones nacionales e internacionales ha realizado grandes esfuerzos por la profesión en estos puntos. El CIE en una declaración revisada el 2007, establece que esta organización tiene la firme convicción de que el desarrollo de la carrera profesional es un importante factor que contribuye a la prestación de unos cuidados de gran calidad a nivel mundial. Por tanto, el desarrollo de la carrera profesional debe sustentarse en un sistema de formación articulado, unas estructuras profesionales reconocidas y flexibles para que haya posibilidades de movilidad profesional y acceso a oportunidades de espíritu emprendedor y empresarial. Además establece que se deben promover y establecer remuneraciones adecuadas, reconocimientos y ascensos.

Podemos establecer que enfermería ha ido evolucionando hasta instaurarse como una profesión, presentando las características definidas por Ellis y Hartley de lo que es una profesión en la sociedad actual.¹¹

4.1.2. ENFERMERIA COMO DISCIPLINA

En la actualidad los términos disciplina, cuidado, disciplina enfermera y profesión enfermera están siendo de forma para referirse a lo que las hacen en la diaria. Sin embargo, no se ha a un de estos conceptos, posiblemente por ser difícil su .

Un hecho parece estar bien claro la enfermería es considerada una profesión que está constituyendo su cuerpo disciplinar a partir de diferentes ramas del saber humano y a la vez está aportando conocimientos a la ciencia.

Para explicar el concepto enfermería es necesario describir los significados de disciplina y profesión. Una disciplina es un conjunto de conocimientos rigurosos y sistemáticos sobre una determinada materia que explica e implica. Una disciplina explica por qué describe, analiza y confiere unos conocimientos ordenados y sistemáticos, interrelacionados con otras áreas disciplinares pero con independencia de ellas. Los conocimientos disciplinares, ordenándolos en un mismo límite y validez, producen la clara diferenciación del objeto disciplinario. Precisamente es esto lo que confiere identidad a una disciplina.

⁹MARIA DOLORES CALVO SANCH, "Secreto profesional en el ámbito de la enfermera"

¹⁰HELEN A. CONEN,"La enfermería y su identidad profesional"

¹¹NOEMY NOGUERA ESPINOZA, " Enfermería de las americas"

A la vez una disciplina implica un profesional, con actitudes determinadas, aptitudes específicas y aplicadas.

Las disciplinas tienen tres características que las determinan como tal:

1. Poseen un cuerpo de conocimientos sistemático y relacionado entre sí que da significado global al objeto de la disciplina o rama del saber.
2. Utilizan en su actividad el método de la ciencia, adaptado a la peculiaridades del objeto disciplinar.
3. Organizan los conocimientos con lenguaje científico. Las proposiciones, los enunciados y los términos lingüísticos se articulan entre sí en distintos niveles de abstracción para ordenar los conocimientos.¹²

4.2 - EL CUIDADO DE OBJETO COMO ESTUDIO DE ENFERMERIA

Las personas en el transcurso de los años han necesitado de cuidados y asistencia en la salud y enfermedad. La enfermería se ha preocupado por el cuidado del hombre, por tal razón, diversos autores han considerado que el objeto estudio de esta Profesión es el cuidado, y es entendido como un proceso de interacción sujeto-objeto-ambiente con la finalidad de apoyar al individuo, familia o comunidad, con fines terapéuticos. Para la construcción del objeto de estudio se hace necesario definirlo correctamente, contar con un lenguaje propio que genere una identidad específica. La investigación en enfermería es la piedra angular para la construcción definitiva y delimitación de esta tendencia.¹³

4.2.1 DEFINICION DEL CUIDADO

Cuidado de enfermería un acto que implica el abordaje integral de la persona, el tratar de establecer límites precisos entre sus dimensiones, es una tarea inútil que impide apreciar la riqueza del acto mismo de cuidar. Al hacer el análisis se observó que diferentes teóricas y autores en enfermería han contemplado la interacción, la participación y el afecto como elementos básicos en el cuidado de enfermería, pero el énfasis que hacen en cada dimensión varía de acuerdo con la perspectiva y posición en donde se sitúan con respecto al cuidado y a la profesión misma.

Es importante resaltar que los conceptos de interacción, participación y afecto han sufrido cambios en su concepción, significado y aplicación de acuerdo al momento

en que los diferentes autores han planteado sus teorías, a las tendencias en salud y al desarrollo mismo de la práctica profesional.¹⁴

4.2.2 TIPOS DE CUIDADOS

Dentro de los cuidados existen dos tipos de cuidados de naturaleza diferente:

Los cuidados de costumbre y habituales de (CARE): Estos están relacionados con las funciones de conservación, y de continuidad de la vida.

Los cuidados de curación (CURE): con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida.

Los cuidados de costumbre y habituales o cuidados de conservación y mantenimiento de la vida: Care representan a todos los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como única función mantener la vida.

Los cuidados de costumbre y habituales están basados en todos tipos de hábitos, de costumbres y creencias.

Estos cuidados la estructura de la vida y aseguran su permanencia y su duración.

Los cuidados representan todo este conjunto de actividades que aseguran la continuidad de la vida como: Beber, comer, evacuar, lavarse, levantarse, moverse, desplazarse, así como todo aquello que contribuye al desarrollo de la vida de nuestro ser, formando, manteniendo la imagen del cuerpo, las relaciones, estimulando los intercambios con todo aquello que es fundamental para la vida, las fuentes de energía vital, la luz, el calor, la relación con las personas conocidas, el medio ambiente y el entorno de la persona, los cuidados de curación o tratamiento de la enfermedad: Cure. Garantiza la continuidad de la vida se presentan obstáculos entre las principales son:

El hambre, en la que nos mantiene con energía, para las funciones vitales. Este fue el principal obstáculo de la vida durante miles de años.

Los cuidados de curación tienen por objeto limitar la enfermedad, luchar contra ella y detener sus causas.

En determinadas circunstancias, es necesario utilizar, además de los cuidados habituales para el mantenimiento de la vida, cuidados de curación, es decir, todo aquello que exige el tratamiento de la enfermedad.

12 BEVERLY, " Tratado de enfermería practica"

13 VARIOS AUTORES, "Manual de técnicas de enfermería"

14 ANGELA JACKSON, " para nosotros era el cielo "

Estos cuidados se van añadir a los cuidados habituales que solo pueden tener sentido si se mantiene todo aquello que contribuye a la continuidad y al desarrollo de la vida

Cuando prevalece la Cure sobre el Care, es decir los cuidados de curación descuidando los cuidados habituales y de costumbres, se eliminan progresivamente todas las fuerzas vivas del ser humano, todo aquello que la hace ser y de querer reaccionar, ya que se agotan las fuentes de energía vital, sea de la naturaleza que se dé (física, afectiva, social etc.). Esta eliminación puede llegar hasta un deterioro irreversible.

Todas las capacidades vitales restantes piden y exigen ser movilizadas constantemente, así hasta el umbral de la muerte, para que las energías vitales prevalezcan sobre los obstáculos de la vida, incluso en el umbral de la muerte.

Entendido así el cuidado, se puede comprender que no consiste en un acto sencillo y habitual, características del cuidado como actividad humana. Para diagnosticar y tratar los problemas de salud se requieren conocimientos, actitudes y destrezas que solo se adquieren con el estudio profundo y sistemático de la sociedad, el hombre, la salud y la propia enfermería. Por tanto, los cuidados de enfermería comienzan mucho antes de la realización de una tarea concreta y finalizan bastante más allá de esa tarea.¹⁵

4.3 TEORIA DE ENFERMERIA.

4.3.1 CONCEPTO DE TEORIAS

El termino teoría tiene diversas acepciones. Por ejemplo, docentes y estudiantes suelen utilizarlo para referirse a las materias que se cubren en clase para distinguirlas de la práctica y las actividades profesionales .

Tanto en el uso común como en científico, el termino teoría denota una abstracción o una generalización. Aun en el seno de la comunidad científica, los distintos autores atribuyen al término “teoría” diferentes sentidos. Tradicionalmente se ha utilizado para referirse a una generalización sistemática acerca en el que se interrelacionan dos fenómenos. Esta definición supone que una teoría incorpora cuando menos dos conceptos que se relacionan entre sí de una manera que la teoría pretende explicar.

¹⁵Wikipedia.org7wiki/DOS-tipos de cuidados

Otros, sin embargo, emplean el término en un sentido menos restrictivo para referirse a una caracterización más amplia del fenómeno. Conforme a esta definición menos estricta, una teoría da cuenta y describe detalladamente un fenómeno. Algunos autores se refieren de manera específica a este tipo de teoría descriptiva, que por, Fawcett y Downs(1992)definen como teorías sustentadas empíricamente que “describen o clasifican dimensiones o características específicas de individuos, grupos, situaciones o fenómenos y resumen las generalidades comunes a observaciones discretas”.¹⁶

La definición que toma Tamayo Mario (1981) es: “un conjunto de preposiciones lógicamente articuladas que tiene como fin la explicación de las conductas en un área determinada de fenómenos”.¹⁷

Así como Marinner Ann la tomo como: un “conjunto de definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, mediante el diseño de las interrelaciones específicas entre los conceptos y con el ánimo de describir, explicar y predecir dicho fenómeno”.

Objetivo de la teoría: Facilitar a los profesionales autonomía de acción, ya que sirve como guía en los aspectos prácticos, educativos y de investigación asociados a sus funciones profesionales.

Ventajas de la teoría: Adquiere conocimientos que permiten perfeccionar las prácticas cotidianas mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos.

Además, desarrolla las habilidades analíticas, estimulando el razonamiento, aclarando los valores y suposiciones que se aplican y determina los objetivos de la práctica, la educación y la investigación de enfermería.¹⁸

4.3.2. PROCESO DE DESARROLLO DE LAS TEORIAS

El desarrollo de las teorías de enfermería no es una actividad espontanea, sin embargo muchas enfermeras han madurado ideas propias acerca de su profesión desde los primeros tiempos de la misma y han seguido desarrollando en privado supuestos personales basados en sus lecturas y experiencias. El desarrollo de las teorías es un proceso definido mediante los siguientes métodos como son:

¹⁶POLIT, HUNGLER 1999:7 “Varia teorías”

¹⁷TAMAYO T.M. 1981: 71 “Teorías y modelos”

¹⁸MARRINER, 1988: 17 “Modelos y teorías”

Inducción: “Forma de razonamiento que va de lo específico a lo general. En la lógica inductiva, se combinan series de detalles concretos en conjuntos más amplios de hechos u objetos. El razonamiento inductivo se basa en la observación y el análisis de los sucesos específicos como base para formular enunciados teóricos generales, denominados con frecuencia teoría básica.” Se trata de un método que parte de la investigación para llegar a la teoría”.¹⁹

Deducción: La deducción es una forma de razonamiento lógico que va de lo general a lo específico. Este proceso comprende una secuencia de enunciados teóricos deducidos de un limitado conjunto de axiomas o enunciados generales. Para extraer una conclusión, se manejan dos o más enunciados de relación de partida, de manera que para construir hipótesis empíricas específicas, se utilizan relaciones teóricas abstractas. Se trata de un enfoque que trata de aplicar los modelos teóricos a la investigación.²⁰

4.3.3. FORMAS DE ORGANIZACIÓN DE LAS TEORIAS

Normativas: El enfoque normativo de organización de las teorías persigue estructurar los descubrimientos obtenidos en la investigación empírica. Con esta visión, el teórico primero revisa la bibliografía de investigación existente sobre un campo de particular interés. Después identifica y selecciona los descubrimientos empíricos presentes en dicha bibliografía, para su evaluación y finalmente evaluar el grado de evidencia de evidencia empírica que sustenta cada afirmación. Las teorías normativas utilizan conjuntos de leyes en un enfoque inductivo, a partir del cual tratan patrones de comportamiento en los resultados de las investigaciones. Estos resultados se seleccionan y clasifican, según el grado de respaldo empírico que demuestran, en leyes, generalizaciones empíricas e hipótesis. En términos generales la interrelación de tales generalizaciones entraña cierta dificultad. Al no existir interrelación, el fundamento de cada uno no sirve para sostener los restantes. Como consecuencia, este enfoque obliga a notables esfuerzos de investigación.²¹

Reynolds concluyo que, aunque la forma normativa puede facilitar una clasificación de los fenómenos o predicciones sobre las relaciones entre variables seleccionadas, no favorece el “sentimiento de comprensión” que resulta vital para el progreso de la ciencia.

¹⁹www.nipe.enfermundi.com

²⁰CARMONA M, GARCIA C, SALCES E, PEREZ M. “ La teoría general del déficit de autocuidado”.

²¹WENDY BULA O., “Teorías y modelos de enfermería”

Axiomáticas: El método axiomático se basa en un sistema lógico interrelacionado de conceptos, definiciones y enunciados de relaciones estructurados de forma jerárquica. En la cima de esta estructura se sitúan los axiomas abstractos, mientras que en los siguientes niveles se distribuyen las proposiciones deducidas a partir de los mismos. El esfuerzo de investigación que requiere este método es menos intenso, ya que el fundamento empírico de cada enunciado de relación sirve también como respaldo de la teoría en su conjunto. Un criterio esencial en el método axiomático expone que los enunciados teóricos nunca deben contradecirse entre sí. Un principio básico de la lógica afirma que cuando dos enunciados son contradictorios, uno o ambos tienen que ser falsos. Su campo de acción es la física, matemáticas y geografía.

Causal: El proceso causal permite ampliar el conocimiento de los fenómenos a través de los enunciados que determinan las relaciones causales entre las variables dependientes y los independientes. Este método obliga a manejar conceptos, definiciones y enunciados de relación, y qué modo suceden las cosas²²

4.3.4 TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson fue una de las primeras enfermeras modernas en definir que:

“ la función de enfermería es asistir al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud a su recuperación, (o ayudarlos al bien morir), que este se realizara sin ayuda si tuviese la fortaleza, voluntad o conocimiento para hecerlo y lo hace de manera que lo ayude a recuperar su independencia lo antes posible “.²³

Concepto:

Los fenómenos paradigmáticos:

1. Persona:

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

²²JOHN CUTCIFFE, HUGHH MCKENNA, “ Modelos de enfermería”

²³EVA REYES GOMEZ, “ Fundamentos de enfermería”

1. Necesidad de oxigenación.
2. Necesidad de Nutrición e hidratación.
3. Necesidad de Eliminación.
4. Necesidad de Moverse y mantener una buena postura.
5. Necesidad de Descanso y sueño.
6. Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas.
7. Necesidad de Termorregulación.
8. Necesidad de Higiene y protección de la piel.
9. Necesidad de Evitar los peligros.
10. Necesidad de Comunicarse.
11. Necesidad de Vivir según sus creencias y valores.
12. Necesidad de Trabajar y realizarse.
13. Necesidad de Jugar/Participar en actividades recreativas.
14. Necesidad de Aprendizaje.

Estas necesidades son básicas a todos los individuos, si bien cada persona, en su unicidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida. Las diferencias personales en la satisfacción de las 14 Necesidades Básicas vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona, así como por la estrecha interrelación existente entre las diferentes necesidades, que implica que cualquier modificación en cada una de ellas pueda dar lugar en las restantes. Desde un punto de vista holístico, esto quiere decir que el estudio por separado de cada una de estas necesidades, en ningún momento nos da la visión del ser humano en su totalidad sino solamente de parte de la realidad de la persona, siendo necesaria la interrelación de cada una de estas necesidades con las restantes, para poder valorar el estado del individuo un como todo. No obstante, debe hacerse constar que el análisis de las necesidades una a una es adecuado los fines son didácticos o bien en la fase de recogida de datos de la etapa de valoración del Proceso de Atención. En este caso, es imprescindible el análisis posterior de dichos datos, a partir de la interrelación de las diferentes necesidades, para determinar el grado de satisfacción de acuerdo con los criterios-denominados por Henderson –de Independencia y de Dependencia.²⁴

2.- La salud.

Virginia Henderson, desde una filosofía humanística, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin mantener en estado óptimo la propia salud (concepto que la autora equipara con la satisfacción por uno/a mismo/a, en base a sus propias capacidades, de las 14

Necesidades Básicas). Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como “falta de fuerza”, “falta de conocimiento” o “falta de voluntad”.

Independencia:

Puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus Necesidades Básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Dependencia:

Puede ser considerada en una doble variante. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 Necesidades, Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sea insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.²⁵

3.- Las causas de dificultad:

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson las agrupa en tres posibilidades:

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

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

Falta de voluntad, entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades, cabe añadir que la presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente, aspectos que deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones correspondientes.

²⁴SORRENTINO, REMMERT, GOREK, “ Fundamentos de enfermería practica” 1998:12:11

²⁵IBID., 13:11

3.- Enfermería.

Los Cuidados Básicos son conceptualizados como acciones que lleva acabo 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. Como dice Henderson “éste es el aspecto de su trabajo, de su función que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación...”.

“Los cuidados básicos de enfermería considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes; sin embargo, varían constantemente porque cada persona interpreta a su manera estas necesidades. En otras palabras, la enfermería se compone de los mismos elementos identificables, pero estos se han de adaptar a las modalidades y a la idiosincrasia de cada persona”. De ahí surge el concepto de cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad.

Henderson analiza también la contribución de las enfermeras al trabajo con el equipo de multidisciplinar, considerando que colabora con los demás miembros del equipo así como éstos colaboran con ella...”en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos en la hora de la muerte. Ningún miembro del grupo debe exigir del otro actividades que le obstaculicen el desempeño de su función propia”.

En relación al paciente Henderson afirma que...”todos los miembros del grupo deben considerar a la persona que atienden como una figura central y comprender que, primordialmente, su misión consiste en “asistir “a esta persona. Si el paciente no comprende ni acepta el programa tratando con él y para él, ni coopera en su desarrollo, se perderán gran parte de los esfuerzos del equipo”. En el paciente o usuario es visto pes como un sujeto activo y responsable de su propia salud, que participa en las decisiones y en logro de sus metas.

4.- Entorno:

La importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, cultura, aprendizajes, factores ambientales...), para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados. Así pues, aunque no dedique un capítulo al análisis de estos aspectos, podemos afirmar que estos están contemplados sistemáticamente en la descripción de las características de las 14 Necesidades Básicas y de los factores que las influyen.²⁶

²⁶MARIA TERESA,LUIS. R; et., al 1993:3” Fundamentos de enfermería”

4.4. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.

4.4.1 CONCEPTO DE ENFERMERIA

Según Rosalinda Alfaro. (1993) "Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud, reales o potenciales "En el termino paciente se incluye también a la familia y comunidad.²⁷

4.4.2 OBJETIVO DE PROCESO ATENCION ENFERMERO

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

También :

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente , familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales , familiares o comunitarios .
- Actuar para cubrir y resolver los problemas ,prevernir o curar la enfermedad.

4.4.3 CARACTERISTICAS DEL PROCESO ATENCION ENFERMERO

Es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por enfermera(o), que permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de loa cuidados, por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas u del método científico.

Es sistemático por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnostico, planeación, ejecución, y evaluación).

Es humanista por considerar al hombre como un ser holístico (total e integro) que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.

²⁷GARCIA GONZALEZ, M DE J.1997:20:21" Fundamentos de enfermería II"

Es intencionado porque se centra en el logro de objetivos, 'permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y el de la propia enfermera (o).

Es dinámico por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

Es flexible porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.

Es interactivo por requerir de la interrelación humano-humano con el (los) usuario(s) para acordar y lograr objetivos comunes.

Beneficios para su aplicación. : Aplicar el proceso enfermero en nuestro medio es un verdadero reto por el sin número de factores que caracterizan la formación y práctica de la enfermería mexicana y que la ubican en una situación de desventaja en relación con otros países; sin embargo esto no debe constituir un obstáculo para que toda enfermera (o) que busca el logro de identidad profesional y brindar una atención de calidad empiece a trabajar con esta metodología que requiere del ejercicio de habilidades del pensamiento.

Con la aplicación del proceso se delimita el campo de acción específico de la enfermería y con ello se demuestra que la enfermera (o) profesional realiza numerosas acciones que van más allá del cumplimiento de una prescripción médica, ya que "el proceso enfermero complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al centrarse en la respuesta humana " ²⁸

Las enfermeras (os) al aplicar el proceso podrán experimentar satisfacción al ser valoradas (os) por los integrantes del equipo sanitario dadas sus diversas competencias profesionales; además de favorecer en ellas (os) el desarrollo del pensamiento crítico; es decir el pensamiento analítico; " deliberado, cuidadoso y dirigido al logro de un objetivo", pues emplea "principios y el método científico para emitir juicios basados en evidencias ".

Por otra parte el proceso comprende al individuo, familia, y comunidad para tomar parte activa en las decisiones y cuidados que permitan mantener o recuperar la salud. ²⁹

28 VICTORIA MORAN, ALBA LILY MENDOZA, ET.. " Proceso de enfermería" 2010: 324

29 JOSE MARIA VAZQUEZ, ASUNCION GONZALEZ, "El proceso de atención enfermero" 2011:23

4.4.4 ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERIA

Consta de cinco etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas, de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente.

Valoración, nos permite reunir información necesaria referente al usuario, familia y comunidad con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatologías así como los recursos (capacidades) con los que se cuentan.

La valoración que realiza la enfermera del usuario (s) tiene que ser total e integradora por lo que debe seguir un enfoque holístico; es decir un modelo enfermero por la identificación de respuestas humanas y la integración de elementos de un modelo médico para la identificación de respuestas fisiopatologías.

La valoración por un modelo enfermero, puede derivarse de la aplicación de cualquier teoría de enfermería, de tal forma que se pueda valorar al usuario (s) siguiendo las catorce necesidades de Henderson, los cuatro principios de conservación de Levine, los subsistemas de Jhoson, los requisitos de auto cuidado de Orem etc...o bien optar por valorar siguiendo la perspectiva de las necesidades humanas, de los patrones funcionales de salud y de los patrones de respuesta humana. Asimismo la valoración por un modelo médico, puede utilizar la metodología de exploración de cabeza a pies o por sistemas corporales.

Diagnóstico, consiste en el análisis de la información obtenida para emitir un juicio crítico sobre el estado de salud del usuario, familia y comunidad.

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una "función intelectual compleja", al requerir de diversos procesos, mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad, así como de los recursos existentes (capacidades).³⁰

Para realizar esta etapa se requieren de cuatro pasos fundamentales:

Razonamiento diagnóstico.

Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

Validación.

Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

El razonamiento diagnóstico es la "aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas". La enfermera durante el razonamiento diagnóstico realiza

diversas funciones intelectuales integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir en un juicio clínico.

Formular diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.: Se requiere haber realizado la valoración y el razonamiento diagnóstico antes de iniciar con la formulación de diagnósticos enfermeros u problemas interdependientes. También es preciso conocer las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A. y la estructura que debe tener los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes de acuerdo a sus características.³¹

Los problemas interdependientes se clasifican en reales y de riesgo. Cuando el problema se hace evidente a través de sus signos y síntomas, se trata de un problema interdependiente real, y si existen factores de riesgo pero aún no hay manifestaciones clínicas, entonces se trata de un problema interdependiente de riesgo.

Los diagnósticos enfermeros se clasifican en reales, de riesgo y de salud.

Los real: Describe la respuesta actual de una persona, una familia, o una comunidad y se apoya en la existencia de características definitorias, (datos objetivos y subjetivos) “,además de tener factores relacionado

Los de riesgo (potencial): “describe respuestas humanas, que pueden desarrollarse en un futuro próximo en un persona, familia o comunidad vulnerables,” no existen características definitorias (datos objetivos y subjetivos), solo se apoya en los factores de riesgo (etiología).

Los de salud:” es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor”..

La estructura de los diagnósticos enfermeros: el primer paso es utilizar el nombre correspondiente a la respuesta humana según las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A. previamente identificado por el profesional de enfermería durante el razonamiento diagnóstico.

En el caso del diagnóstico enfermero real “se aconseja un formato en tres partes: problemas +factores relacionados y de datos objetivos y subjetivos “

³⁰FERNANDEZ F.M. NAVARRO, ET, “ De la teoría de la práctica” 2000:13:34

³¹Ibid, 2005:17-31

El problema se une a los factores relacionados con las palabras RELACIONADO CON, y éstos se unen con las características definitorias mediante las palabras MANIFESTADO CON.

Para estructurar un diagnóstico enfermero de riesgo se emplean dos partes: problema +factores de riesgo, ya que no existen datos objetivos u subjetivos (características definitorias). Los factores de riesgo son “aquellos que predisponen a un individuo familia o comunidad a un acontecimiento nocivo “.

De igual forma que los diagnósticos enfermeros de riesgo, los diagnósticos de salud son escasos en el listado de categorías de la N.A.N.D.A., a pesar de ello “ la mayoría de las etiquetas diagnósticas pueden formularse como tal”si se emplean las palabras antes mencionadas.

La validación consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

Durante la validación, la enfermera debe consultar al usuario para corroborar que esté en lo cierto.

Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

Una vez validados los diagnósticos enfermeros problemas interdependientes, pueden escribirse en la hoja de notas de enfermería y en los planes de cuidados para iniciar la etapa de planeación.

Planeación, inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, y que consiste en “la elaboración de estrategias diseñada para reforzar las respuestas del cliente sano para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo ”.³²

Los pasos para realizar la planeación:

a).- Establecer prioridades: posterior a la valoración y etapa de diagnóstico se concluye con un número determinado de diagnósticos y problemas interdependientes, lo que hace indispensable la identificación de los problemas de salud en los cuales se debe centrar la atención, y realizar acciones inmediatas, porque representan una amenaza para la vida de la persona.

La priorización, siguiendo la jerarquía de las necesidades humanas de Maslow y Kalish, resulta fácil cuando la enfermera sigue el orden señalado por:

³²KIM, MI JA, MCFARLAND, GERTRUDE, ET.; “diagnosticos de enfermería” 2008:12-32

Prioridad 1. Problemas que amenazan la vida e interfieren con las necesidades fisiológicas.

Prioridad 2. Problemas que interfieren con la seguridad y la protección.

Prioridad 3. Problemas que interfieren con el amor y la pertenencia.

Prioridad 4. Problemas que interfieren con la autoestima.

Prioridad 5. Problemas que interfieren con la capacidad para lograr objetivos personales.

b.- Los objetivos: son una parte indispensable dentro de la etapa de planeación, ya que con ellos "usted mide el éxito de un plan determinado" (Alfaro 1998:121) al valorar el logro de resultados. También permiten dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados.

c.- Determinación de acciones de enfermería: "Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos," (ibid., 1997:186) y están encaminadas a tratar los factores relacionados o de riesgo del problema de salud señalado en el diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

En la determinación de dichas estrategias se emplean el pensamiento crítico, para analizar la situación "problema mediante cuestionamientos que conducen a la elección de acciones de enfermería específicas

d.- Es el registro que la enfermera realiza de los componentes de un plan de cuidados en el formato especial, que permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados.

Ejecución, comienza una vez que han elaborado los planes de cuidado "y está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados".

Los pasos de la ejecución son:

Preparación .Antes de llevar a cabo un plan de cuidados se debe:

Revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del usuario y que sean "compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la atención sanitaria", haciéndose necesaria la revaloración.

Analizar y estar seguros de que se tienen los conocimientos y habilidades necesarios para realizar las actividades planeadas.

Tener en mente las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar cada actividad de enfermería.

Reunir el material y equipo necesario para llevar a cabo cada intervención.

Crear un ambiente confortable y seguro para el usuario durante la realización de cada actividad.

Delegar cuidados enfermeros que se apeguen a “ los cuatro puntos clave de la delegación: tarea correcta, persona correcta, comunicación correcta y evaluación correcta”.³³

La intervención. Posterior a la fase de preparación pueden llevarse a cabo las intervenciones de enfermería independiente e interdependiente planeadas, que incluyen: la valoración; “ la presentación de cuidados para conseguir los objetivos; la educación del usuario, familia y comunidad, y “la comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria” . Es fundamental considerar las capacidades físicas, psicológicas y personales del usuario durante la ejecución de las acciones de enfermería, para lograr su participación e independencia.

Como las respuestas humanas y fisiopatologías son cambiantes, es preciso la revaloración del usuario, familia y comunidad para estar seguros de que las intervenciones de enfermería son las apropiadas. Cada acción de enfermería debe de ser el resultado de una valoración y de la aplicación del pensamiento crítico, por consiguiente el termino RUTINA es inadecuado, cuando se emplea la metodología del proceso enfermero.

En cada intervención de enfermería,” usted es tan responsable de los resultados emocionales, como de los resultados físicos “, por lo que es necesario actuar siempre “con pleno conocimiento de los principios y razones observando atentamente la persona “ del usuario y familia.³⁴

3.- Documentación. Es el registro que realiza la enfermera en las notas de enfermería, en calidad de documento legal permanente del usuario y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud. Son propósitos de los registros de enfermería: *mantener* informados a otros profesionales del área de la salud sobre los datos de valoración de los usuario, cuidados proporcionados y las respuestas del usuario / familia; *ser* “base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados “ *respaldar* legalmente las actuaciones de la enfermera y *servir* para estimar “el pago de los servicios prestados.

³³LYNDA CARPENITO, “ Aplicación a la practica clínica” 2009:12-35

³⁴NANDA/INTERNACIONALES, “ Definiciones y clasificaciones” 2010:456

Evaluación última etapa del proceso enfermero y a la vez una exigencia en toda práctica de enfermería; la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que está presente en la valoración , diagnóstico, planificación y ejecución.

La evaluación en el proceso enfermero es útil para: "determinar el logro de los objetivos; identificar las variables que afectan , decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado", por consiguiente es necesario la valoración del usuario, familia y comunidad para confrontar el estado de salud actual con el anterior y corroborar la consecución de objetivos.

Cuando los resultados no son los esperados o simplemente no hay una respuesta satisfactoria, la enfermera debe revisar cada una de las etapas del proceso, detectar posibles fallas y proceder a corregirlas. Para el desarrollo de esta actividad "la enfermera y el paciente deben determinar el progreso o la falta de progreso hacia la realización de sus metas ", en forma conjunta; identificando obstáculos y estrategias.³⁵

4.5 ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN ADULTO

La frecuencia e impacto de las enfermedades del sistema respiratorio esta claramente constatada, ya que entre un 10 y un 15% de los ancianos presentan patología respiratoria crónica. Y suponen estas enfermedades, el 14% de los motivos de ingreso hospitalario de los ancianos.

Dentro de las enfermedades respiratorias podemos destacar, las siguientes: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Asma Bronquial, Infecciones Respiratorias.

LOS PULMONES Y LA EDAD, el principal papel de los pulmones es cambiar el oxígeno por bióxido de carbono. Los pulmones deben mantenerse elásticos y flexibles para poder realizar el trabajo de inhalación y exhalación, conforme pasan los años estos actos se vuelven más lentos y menos elásticos.

Otros cambios se presentan con la edad como: El reflejo de TOSER es más lento y menos fuerte. Aumento en la producción de moco, el cual puede bloquear los conductos. Aumento en el riesgo de infecciones, como gripe, neumonia y bronquitis.

Limitación en la EXPANSIÓN DE LOS PULMONES, debido a cambios en la columna vertebral. Debilitamiento de los músculos que están relacionados con la respiración.

ALTERACIONES DE LA FUNCIÓN RESPIRATORIA Hiperventilación: ventilación mayor que la requerida. Puede originarse por ansiedad, infecciones, fármacos,

hipoxia y otros. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE HIPERVENTILACIÓN ALVEOLAR. Taquicardia Embotamiento Respiración jadeante Tinnitus Dolor torácico Visión borrosa Vértigos Desorientación Tetania Parestesias Disminución de concentración

Hipoventilación: cuando la ventilación alveolar es insuficiente para satisfacer las exigencias del organismo. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE HIPOVENTILACIÓN ALVEOLAR. Mareos, Convulsiones, Arritmias cardíacas, Paro cardíaco, Cefalea (puede ser occipital solamente al despertar), Desequilibrios electrolíticos., Letargia, Desorientación, Disminución de la capacidad para seguir instrucciones., Coma

Atelectasia: colapso de los alvéolos pulmonares que impide el intercambio respiratorio normal de O₂ y CO₂ Ej. EPOC Hipoxia: estado de oxigenación celular inadecuada que se produce como consecuencia de una utilización insuficiente de O₂ a nivel celular. Hipoxemia es una disminución anormal de oxígeno en sangre arterial. No debe confundirse con hipoxia , una disminución de la difusión de oxígeno en los tejidos.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE HIPOXIA Desasosiego, Aumento de frecuencia respiratoria, Aprensión, ansiedad, Dificultad para la concentración, Hipertensión arterial, Disminución del nivel de conciencia, Aumento de la fatiga, Palidez, Mareos, Cianosis, Alteraciones de la conducta, Aumento del pulso, Disnea, Arritmias, cardíacas

OBSERVACIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS EN EL PACIENTE RESPIRATORIO. Fatiga: sensación subjetiva en la que el paciente se queja de falta de resistencia. Disnea: esfuerzo respiratorio exagerado, aleteo nasal y aumento rápido de la frecuencia respiratoria. Ortopnea: capacidad para respirar solamente en posición de sentado o de pie.

Ruidos respiratorios: ESTRIDOR: sonido estridente y duro que se escucha durante la inspiración. ESTERTOR: ronquido o respiración sonora, generalmente debida a obstrucción parcial de vía aérea superior. SIBILANCIA : pito o silbido continuo, musical, de alta frecuencia, debido al paso de aire a través de una vía aérea estenosada o parcialmente obstruida GORGOTEO: sonidos burbujeantes por el paso de aire a través de secreciones húmedas en vías respiratorias.

OBSERVACIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS EN EL PACIENTE RESPIRATORIO. Eupnea: respiración normal, silenciosa, rítmica y sin esfuerzo. Taquipnea: respiración rápida y superficial. Bradipnea: respiración anormalmente lenta. Apnea: ausencia de respiración. Respiración de Cheyne - Stokes: respiración que se caracteriza por períodos alternados de apnea y respiraciones profundas y rápidas

Movimientos torácicos: Retracción intercostal: hundimiento entre las costillas
Retracción subesternal: hundimiento bajo el esternón Retracción supraesternal:
hundimiento encima de las clavículas Tiraje traqueal: hundimiento y descenso de
la tráquea durante la inspiración.

OBSERVACIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS EN EL PACIENTE RESPIRATORIO.
Secreciones y tos. Tos: expulsión repentina y sonora de aire, procedente de los
pulmones. Tos productiva: tos acompañada de expectoración de secreciones. Tos
no productiva o seca: tos seca y áspera, sin secreciones. Hemoptisis: esputo con
sangre.³⁶

PRINCIPALES ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO
ENFERMEDAD PULMONAR RESTRICTIVA. Existe disminución del volumen
pulmonar y de la distensibilidad pulmonar. ENFERMEDAD PULMONAR
OBSTRUCTIVA. Se caracteriza por un aumento de la resistencia de la vía aérea.
El volumen residual aumenta y la capacidad pulmonar total se conserva o
aumenta.

ENFERMEDADES PULMONARES RESTRICTIVAS. Infecciones de las vías
respiratorias.

1. Virales: bronquitis aguda, resfriado común
2. Bacterianas: neumonía, TBC
3. Micóticas: histoplasmosis, blastomycosis
4. Inhalación de polvo orgánico: alveolitis alérgica (granjeros)
5. Síndrome de dificultad respiratoria del adulto
6. Cáncer de pulmón

ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS

Enfisema pulmonar: Destrucción de las paredes Alveolares. Aumenta la
distensibilidad pulmonar, disminuye la capacidad pulmonar.

Asma: Se caracteriza por obstrucción intermitente de la vía aérea.

³⁵MORJOR GORDON, " Manual de diagnosticos de enfermería" 2007:472-13
³⁶KASPER, BRAUNWALD, FAUCI, ET,;" Medicina Interna vol.I" 2000: 236

4.5.1 LAS 5 PRINCIPALES ENFERMEDADES RESPIRATORIAS DE PUNTO DE VISTA EPIDEMIOLOGICO

1.- ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA CRONICA

El enfisema es un trastorno en el que las estructuras de los pulmones conocidas como alvéolos o sacos aéreos se inflan de manera excesiva. Esta inflación excesiva resulta en la destrucción de las paredes alveolares, lo que causa una disminución de la función respiratoria (la manera en que funcionan los pulmones) y, a menudo, falta de aire. Los síntomas precoces del enfisema incluyen falta de aire y tos.³⁷

2.- INFECCIONES RESPIRATORIAS

GRIPE

La gripe es una infección respiratoria causada por cierto número de virus. El virus se transmite por el aire e ingresa al organismo a través de la nariz o la boca. Entre el 5 y 20 por ciento de las personas en los Estados Unidos tiene gripe todos los años. La gripe puede ser grave, incluso mortal, entre los ancianos, recién nacidos y personas con ciertas enfermedades crónicas

NEUMONIA

La neumonía es un término general que hace referencia a una infección de los pulmones, que puede ser provocada por diversos microorganismos, entre los que se incluyen virus, bacterias, hongos y parásitos, la mayoría de los casos de neumonía son provocados por virus, tales como el adenovirus, el rinovirus, el virus de la influenza (gripe), el virus respiratorio (RSV, en inglés) y el virus para influenza (que provoca crup), a menudo, la neumonía comienza después de una infección de las vías respiratorias superiores (una infección de la nariz y la garganta), y los síntomas de la neumonía comienzan 2 ó 3 días después de un resfriado o dolor de garganta

BRONQUITIS

La bronquitis es una inflamación de las vías aéreas bajas. Sucede cuando los bronquios, situados entre los pulmones, se inflaman a causa de una infección o por alguna otra causa. Según su duración y etiología, se distingue entre bronquitis aguda, de corta duración, bronquitis crónica de larga duración.³⁸

³⁷BRUNNER Y SUDDARTH, " Medico quirúrgico" 1999: 912-919

³⁸HARVEY, JOHNS, OWENS, ROSS, " Tratado de medicina interna"1999:372-86

3.- ASMA BRONQUIAL

El es una enfermedad pulmonar con las siguientes características:

Obstrucción de la vía aérea total o parcialmente reversible, bien espontáneamente o con tratamiento.

Inflamación bronquial y remodelado (fibrosis) de la arquitectura del bronquio, con infiltración de la mucosa por eosinófilos y otras células, y un mayor o menor grado de fibrosis subepitelial permanente, aún en ausencia de síntomas.

Hiperreactividad bronquial, o respuesta aumentada de la vía aérea frente a distintos estímulos.³⁹

4.5.2 ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA CRÓNICA

ANATOMIA Y FISILOGIA DEL SISTEMA RESPIRATORIO

El sistema respiratorio está formado por un conjunto de órganos que tiene como principal función llevar el oxígeno atmosférico hacia las células del organismo y eliminar del cuerpo el dióxido de carbono producido por el metabolismo celular.

Los órganos que conforman el sistema respiratorio se agrupan en:

- Vías aéreas superiores: cavidades nasales, faringe y laringe.
- Vías aéreas inferiores: tráquea, bronquios y pulmones.

Los pulmones son los órganos centrales del sistema respiratorio donde se realiza el intercambio gaseoso. El resto de las estructuras, llamadas vías aéreas o respiratorias, actúan como conductos para que pueda circular el aire inspirado y espirado hacia y desde los pulmones, respectivamente.

Por su contacto con la faringe, la cavidad bucal permite la entrada de aire a las vías respiratorias aunque no forme parte el sistema respiratorio.⁴⁰

³⁹Ibid, 1999:390-18

⁴⁰C.P. ANTHONY Y G.A. THIBODEAU, "Anatomía y Fisiología" 2000:440-469

La parte interna de todos los órganos respiratorios está cubierta por:

- Una capa de tejido epitelial, cuyas células muy unidas entre sí protegen de lesiones e infecciones.
- Una mucosa respiratoria, responsable de mantener las vías bien húmedas y una temperatura adecuada.

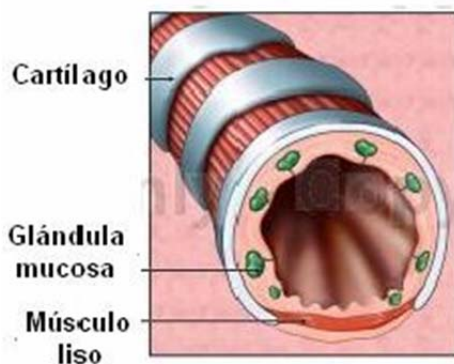
La superficie de la mucosa respiratoria posee dos siguientes tipos de células:

- Células mucosas: elaboran y segregan moco hacia la entrada de las vías respiratorias.
- Células ciliadas: poseen cilios en constante movimiento con el fin de desalojar el moco y las partículas extrañas que se fijan en la mucosa respiratoria.

BRONQUIOS

Son dos estructuras de forma tubular y consistencia fibrocartilaginosa, que se forman tras la bifurcación de la tráquea. Igual que la tráquea, los bronquios tienen una capa muscular y una mucosa revestida por epitelio cilíndrico ciliado. El bronquio derecho mide 2-3 cm y tiene entre 6 y 8 cartílagos. El bronquio izquierdo mide de 3 a 5 cm y posee entre 10 y 12 cartílagos.

El bronquio izquierdo mide de 3 a 5 cm y posee entre 10 y 12 cartílagos.

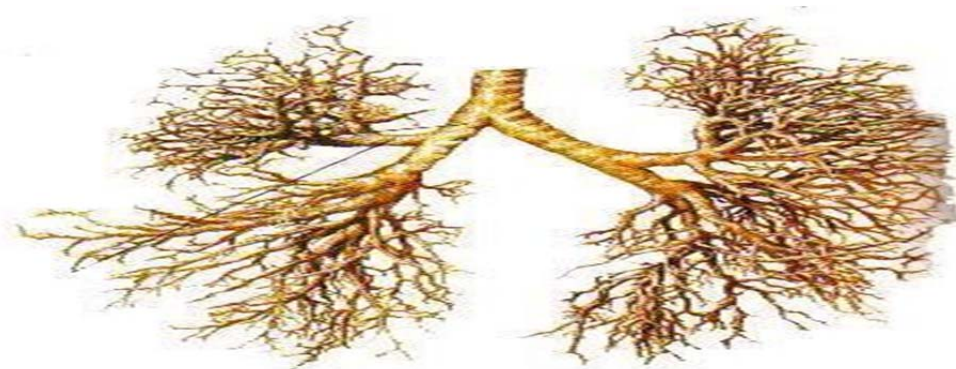


Los bronquios penetran en cada pulmón y van reduciendo su diámetro. A medida que progresan van perdiendo los cartílagos, se

adelgaza la capa muscular y se forman finos bronquios secundarios y terciarios. La función de los bronquios es conducir el aire inspirado de la tráquea hacia los alvéolos pulmonares.⁴¹

BRONQUIOLOS

Son pequeñas estructuras tubulares producto de la división de los bronquios. Se ubican en la parte media de cada pulmón y carecen de cartílagos. Los bronquiolos están formados por una delgada pared de músculo liso y células epiteliales cúbicas sin cilios. Penetran en los lobulillos del pulmón donde se dividen en bronquiolos terminales y bronquiolos respiratorios.⁴²



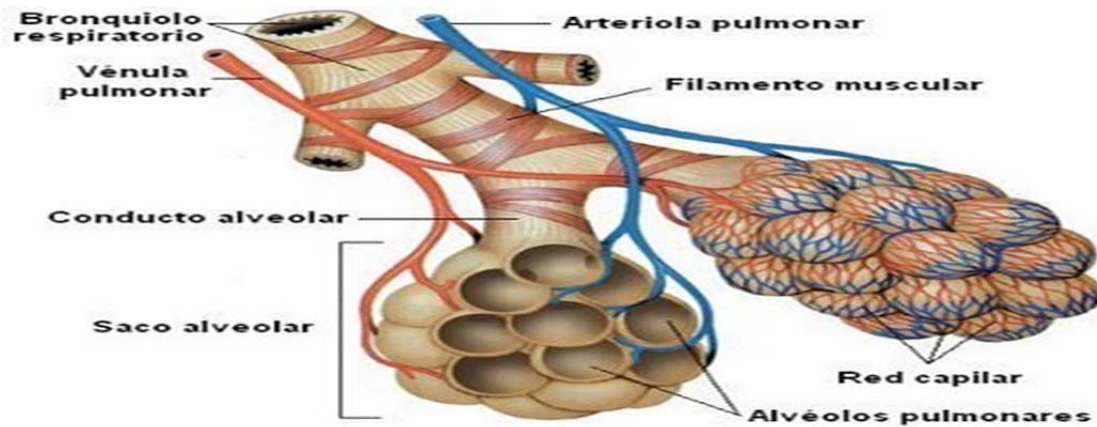
ALVEOLOS PULMONARES

Los bronquiolos respiratorios se continúan con los conductos alveolares y estos con los sacos alveolares. Los sacos alveolares contienen muchas estructuras diminutas con forma de saco llamadas alvéolos pulmonares. El bronquiolo respiratorio, el conducto alveolar, el saco alveolar y los alvéolos constituyen la unidad respiratoria.⁴³

⁴¹TORTOLA G.J. Y N.P. ANAGOSTAKOS, " Principios de Anatomía y Fisiología" 1995:86-90

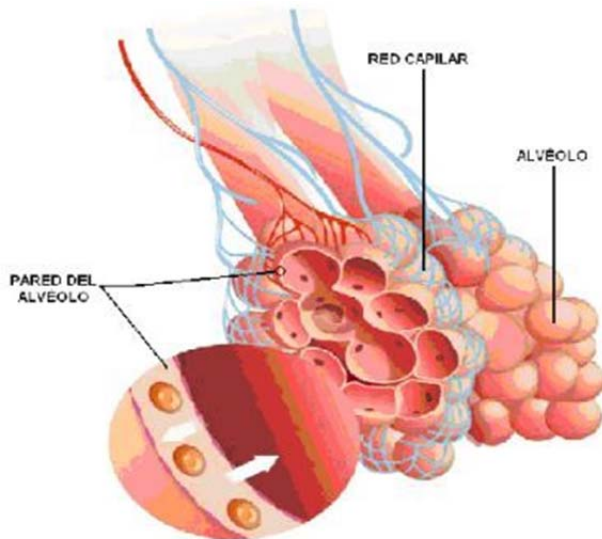
⁴²THIBOLEAU. PATTON, " Anatomía y Fisiología" 2007:1300-45

⁴³ADOLFO CASSAS TACHLITZKY," Atlas de anatomía " 2000:96



En los alvéolos del pulmón se lleva a cabo el intercambio de oxígeno y de dióxido de carbono, proceso que se denomina hematosis. La pared de los alvéolos se reduce a una muy delgada membrana de 4 micras de grosor. Uno de sus lados contacta con el aire que llega de los bronquiolos. El otro lado se relaciona con la red capilar, donde los glóbulos rojos realizan la hematosis.

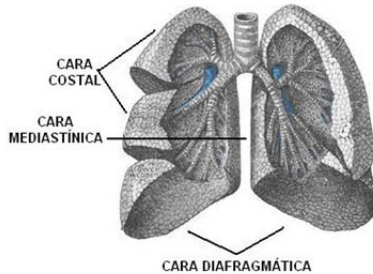
PARED DEL ALVEOLO PULMONAR



Dentro de los alvéolos existe un tipo de células que elaboran una sustancia que recubre el epitelio en su parte interna. Dicha sustancia es el surfactante, cuya misión es evitar que el alveolo se colapse luego de una espiración al reducir la tensión superficial del alveolo. El surfactante pulmonar produce una mejor oxigenación, un aumento de la expansión alveolar y una mayor capacidad residual del pulmón. El surfactante está compuesto por un 90% de fosfolípidos y 10% de proteínas.

PULMONES

Órganos huecos, situados dentro de la cavidad torácica, a ambos lados del corazón y protegidos por las costillas. Posee tres caras: costal, mediastínica y diafragmática.



Los pulmones están separados entre sí por el mediastino. El mediastino es una cavidad virtual que divide el pecho en dos partes. Se ubica detrás del esternón, delante de la columna vertebral y entre ambas pleuras derecha e izquierda. Por debajo limita con el diafragma y por arriba con el istmo cervicotorácico.

Dentro del mediastino se ubican: el corazón, el esófago, la tráquea, los bronquios, la aorta y las venas cavas, la arteria y las venas pulmonares y otros vasos y estructuras nerviosas.

Los pulmones están llenos de aire, y su estructura es elástica y esponjosa. Están rodeados por la pleura, que es una cubierta de tejido conectivo que evita el roce de los pulmones con la cara interna de la cavidad torácica, suavizando así los movimientos. La pleura tiene dos capas (parietal y visceral) y entre ambas se encuentra el líquido pleural, de acción lubricante.

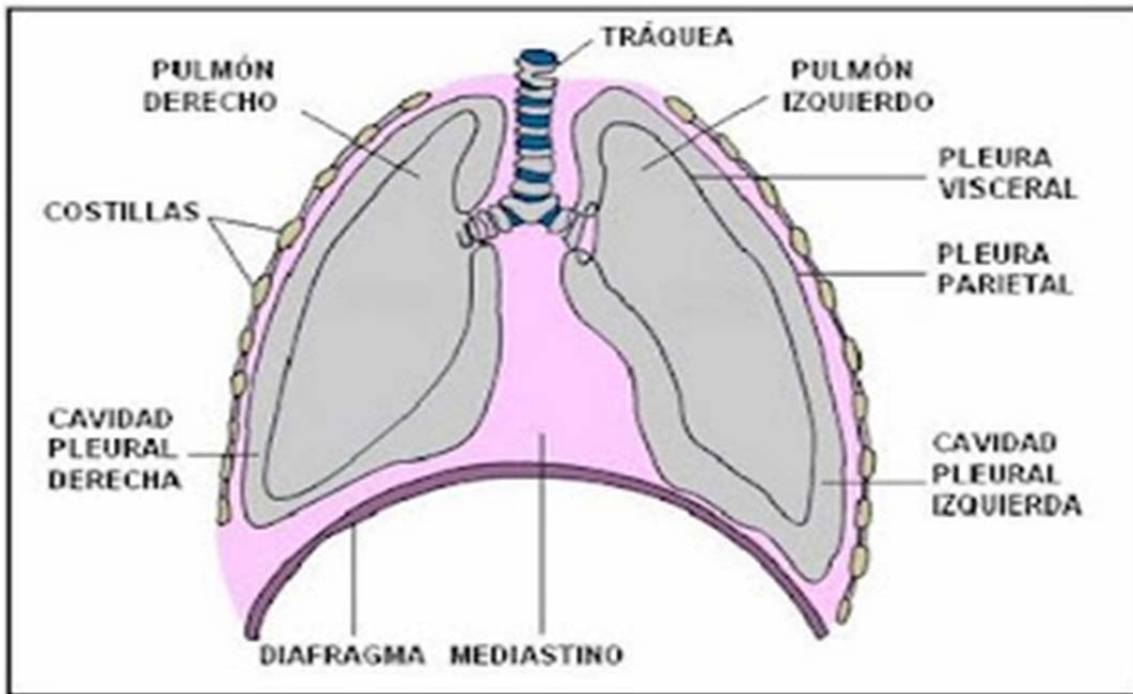
-Pulmón derecho: es algo mayor que el izquierdo y pesa alrededor de 600 gramos. presenta tres lóbulos: superior, medio e inferior, separados por cisuras.

-Pulmón izquierdo: pesa cerca de 500 gramos y tiene dos lóbulos, uno superior y otro inferior.

Cada pulmón contiene alrededor de 300 millones de alvéolos. La principal función de los pulmones es establecer el intercambio gaseoso con la sangre. Es por esa razón que los alvéolos están en estrecho contacto con los capilares.⁴⁴ Además,

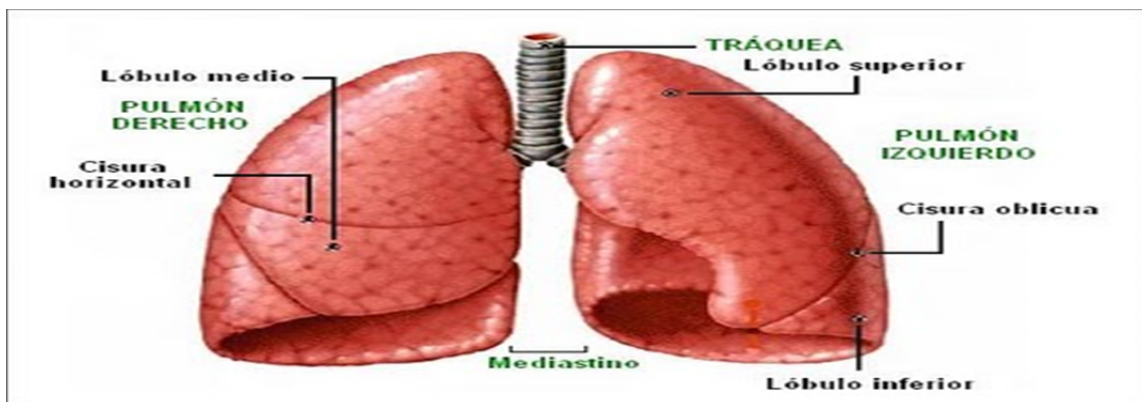
actúan como un filtro externo ante la contaminación del aire, mediante sus células mucociliares y macrófagos alveolares.

ESQUEMA DE LOS PULMONES



LOBULOS PULMONARES

Lóbulos pulmonares



CIRCULACIÓN PULMONAR

Los pulmones son órganos que reciben dos tipos de irrigación sanguínea.
-Recibe sangre de las arterias pulmonares que parten del ventrículo derecho (circulación menor) para su oxigenación.

-Es irrigado con sangre oxigenada por las arterias bronquiales, procedentes de la arteria aorta (circulación mayor).

Las principales funciones del sistema respiratorio son:

- Realizar el intercambio gaseoso entre los alvéolos y la sangre
- Acondicionar el aire que arriba a los pulmones
- Regular el pH de la sangre
- Actuar como vía de eliminación de distintas sustancias
- Permitir la fonación

MECÁNICA RESPIRATORIA

El intercambio de oxígeno y de dióxido de carbono (hematosis) tiene lugar entre los alvéolos y los capilares del pulmón a través de la membrana alveolocapilar, que es semipermeable. Con la inspiración, el aire ingresa a los pulmones porque la presión dentro de ellos es menor a la presión atmosférica.

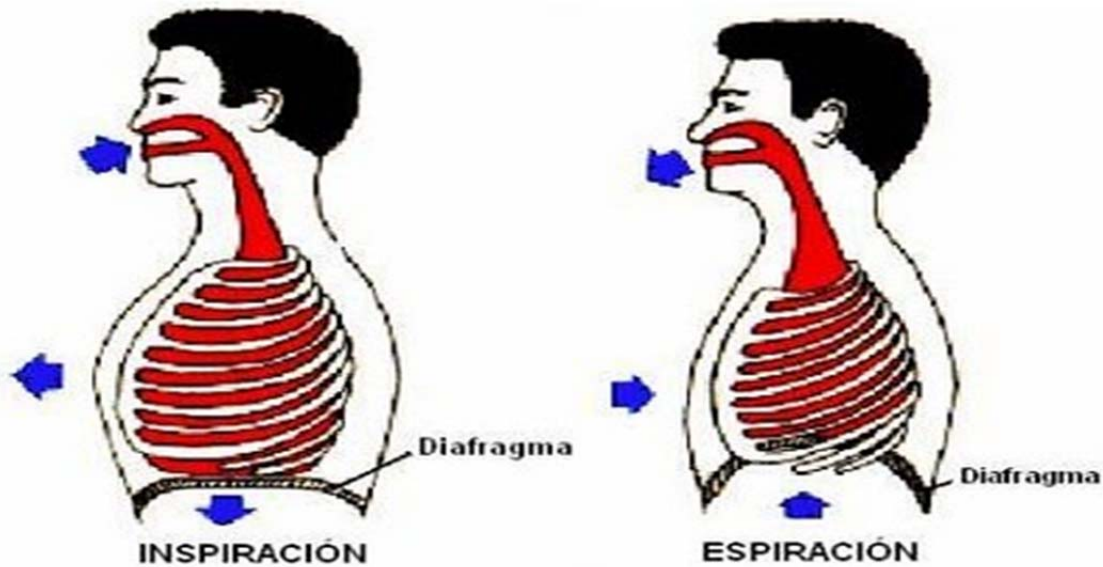
-Inspiración

Se contraen el diafragma, los músculos intercostales externos, los serratos anteriores y los pectorales. La cavidad torácica se expande. Los pulmones se dilatan al entrar aire oxigenado. Tras la inspiración, el oxígeno llega a los alvéolos y pasa a los capilares arteriales.

-Espiración

Intervienen los músculos intercostales internos, los oblicuos abdominales y el recto abdominal. El diafragma, los músculos pectorales y los intercostales externos se relajan. La cavidad torácica se reduce en volumen. Los pulmones se contraen al salir aire desoxigenado. Con la espiración el aire sale de los pulmones porque la presión en los alvéolos es mayor que la atmosférica.⁴⁵

La inspiración es un proceso activo, ya que necesita del trabajo muscular. Antes de cada inspiración, la presión intrapulmonar es casi igual a la existente en la atmósfera. La espiración es un fenómeno pasivo, que solo depende de la elasticidad de los pulmones. Antes de cada espiración, la presión intrapulmonar es mayor a la atmosférica.



CONCEPTO DE EPOC

Enfermedad crónica e irreversible que impide el flujo de aire a los pulmones. Se caracteriza, precisamente por la obstrucción permanente, progresiva y casi siempre irreversible, del flujo de aire en los pulmones, lo que es provocado por que los alvéolos o sacos de aire de los pulmones, pierden su elasticidad, se extienden y se llenan de aire viciado. Al hacerlo los vasos capilares de los sacos no pueden realizar su función normal de recoger una nueva provisión de oxígeno y eliminar el bióxido de carbono y otros productos de desecho del cuerpo, provocando con esto que la respiración sea difícil e ineficaz.

⁴⁴BRANDON LEIGH, " anatomía & entretenimiento" 2010:144

⁴⁵ADRIANA GRACIELA CUENCA, " Anatomía y fisiología del cuerpo humano" 2000:1300

A medida que se enferman los alvéolos, el organismo sufre cada vez más, por falta de oxígeno y el mínimo esfuerzo produce una respiración entrecortada y fatiga, y con el tiempo la incapacidad para realizar actividades cotidianas, lo que afecta enormemente la calidad de vida, de quien la padece y de sus familias.

Clasificación

La Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease ha categorizado los estadios de la EPOC en:

GOLD 1: Leve (FEV1/FVC < 70%; FEV1 > 80% predicho, con o sin síntomas crónicos)

GOLD 2: Moderada (FEV1/FVC < 70%; 50% < FEV1 < 80% predicho, con o sin síntomas crónicos como tos, expectoración, disnea)

GOLD 3: Severa (FEV1/FVC < 70%; 30% < FEV1 < 50% predicho, con o sin síntomas crónicos)

GOLD 4: Muy severa (FEV1/FVC < 70%; FEV1 < 30% predicho o FEV1 < 50% predicho más insuficiencia respiratoria crónica (PaO₂ < 60 mmHg)

Fisiopatología

La respuesta inflamatoria exagerada a la inhalación de partículas o gases (fundamentalmente al humo del tabaco), más allá de una respuesta inflamatoria *normal* de protección, es un evento característico de la EPOC que provoca lesiones pulmonares en fumadores susceptibles. La lesión de la célula epitelial bronquial y la activación de los macrófagos causan la liberación de los factores quimiotácticos que reclutan a los neutrófilos de la circulación. Los macrófagos y neutrófilos liberan entonces unas proteasas que afectarán a la metaloproteinasas de la matriz (MMP) y a la elastasa de los neutrófilos (NE) provocando alteraciones en el tejido conjuntivo. Una vez secuestrados los neutrófilos se adhieren a la célula endotelial y migran al tracto respiratorio bajo el control de factores quimiotácticos como el leucotrieno B₄ o la interleucina (IL).⁴⁶

Así mismo los linfocitos T CD8⁺ citotóxicos juegan un papel en la cascada inflamatoria. Se ha señalado que la presencia de linfocitos T podría diferenciar entre los fumadores que desarrollan EPOC y aquellos en que no la desarrollan, basado en la relación entre el número de células T, la cantidad de destrucción alveolar y la intensidad de obstrucción al flujo aéreo. Una de las causas que se han descrito para explicar la respuesta inflamatoria amplificada en la EPOC es la colonización de la vía aérea por patógenos bacterianos o víricos. Es posible

también que el humo del tabaco dañe la célula epitelial bronquial generando nuevos autoantígenos que estimulan respuesta inflamatoria, llegando a postular que la EPOC fuera una enfermedad autoinmune (Resumen 2006: Estrategia Global para Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2006.)

Factores de riesgo

En los países desarrollados, el tabaquismo contribuye al 95% de los casos de EPOC, siendo el factor de riesgo más prevalente. Otros factores comúnmente asociados a una EPOC son:

Dieta: Una ingesta pobre en vitaminas antioxidantes (A, C, E) se ha asociado en algunas ocasiones a un mayor riesgo de EPOC y en estudios más recientes se contempla la importancia de la vitamina C y del magnesio. Existe alguna evidencia de que las dietas ricas en aceite de pescado van ligadas a una menor prevalencia de EPOC, aunque estudios similares no confirmaron estos hallazgos. Los flavonoides de las frutas y verduras sí que parecen beneficiosos. Una buena nutrición desde los primeros años de la vida es muy importante y los recién nacidos de bajo peso para su edad gestacional tienen mayor riesgo de desarrollar EPOC en etapas posteriores.

Atopia e hiperreactividad bronquial: En neumología la llamada *hipótesis holandesa* que proponía que la atopia y la IgE estaban implicadas en el desarrollo de la EPOC. La EPOC puede tener una mayor reactividad de la vía aérea a la histamina y a la metacolina. Se conoce que la mortalidad por EPOC aumenta con atopia más severa y con hiperreactividad de la vía aérea. Un estudio longitudinal indicó una asociación entre eosinofilia y mortalidad por EPOC sólo en grupos que habían sufrido ataques de asma.

Género: Varios estudios han encontrado una mayor prevalencia de EPOC en mujeres que en hombres, aunque se discute si las mujeres son más sensibles a los efectos del tabaco, existe evidencia que confirma que las adolescentes jóvenes fumadoras alcanzan una menor función pulmonar. En los países en desarrollo las mujeres pueden estar expuestas en mayor grado que los hombres debido a la contaminación ambiental al usar combustibles en la cocina.⁴⁷

⁴⁶ESTRATEGIA GLOBAL PARA DX, TRATAMIENTOS Y PREVENCIÓNES, 2006:199-2001

⁴⁷A.MARTIN ZURRO: " dx. De medicina de familia, atención al paciente con asma y epoc"2002:405-420

Factores ambientales:

Tabaquismo

Contaminación atmosférica: La contaminación del aire, especialmente la del dióxido de azufre y la contaminación por partículas respirables (humo negro o partículas de materia < 10 µm [PM₁₀]) está asociada a bronquitis crónica simple y a la EPOC. Puede haber interacción entre la contaminación ambiental y el consumo de tabaco.

Polvo y productos químicos en ambiente laboral: La exposición laboral al polvo (carbón, sílex, cuarzo) a vapores de isocianato y disolventes pueden ser un factor asociado a la aparición de EPOC, actuando con el consumo de tabaco. Se ha estudiado que la exposición al cadmio y la exposición a vapores de soldadura podría estar asociado a la aparición de enfisema.

Infección: Las infecciones respiratorias durante las primeras etapas de la vida están asociadas a la EPOC en etapas posteriores de la vida. Se ha visto que infecciones víricas latentes (como la del adenovirus) pueden causar amplificación de la respuesta inflamatoria en el enfisema y predisponer al desarrollo de EPOC. (Martín Zurro: *Claves diagnósticas en Medicina de Familia, atención al paciente con asma y EPOC en la consulta del médico de familia*. Editorial Masson S.A. 2002, ISBN 84-458-1236-X)

Sintomatología

En estadios iniciales de la enfermedad, los síntomas pueden estar ausentes o ser mínimos, aunque siempre debe considerarse ante la presencia de los factores de riesgo antes referidos.

A medida que avanza el proceso, aparecen los tres síntomas principales:

Tos crónica: En general, productiva y de predominio matutino. No guarda relación con la gravedad del proceso ni con las alteraciones funcionales respiratorias.

Expectoración

Disnea: Es progresiva a lo largo de la evolución de la enfermedad.

Existen varias clasificaciones, la British Medical Research Council propone la siguiente:

Grado 0: Ausencia de disnea excepto al realizar ejercicio intenso.

Grado 1: Disnea al andar deprisa o al subir una cuesta poco pronunciada.

Grado 2: Incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria, o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso.

Grado 3: Tener que parar a descansar al andar unos 100 metros o a los pocos minutos de andar en llano

.Grado 4: La disnea impide al paciente salir de casa o aparece con actividades como vestirse o desvestirse.⁴⁸

Medio de diagnostico

RADIOLOGIA

La radiología puede ser normal o presentar anomalías mínimas hasta en el 50% de los pacientes. Sin embargo el enfisema puede modificar sustancialmente la apariencia radiológica del tórax, produciendo cambios en la aireación, la distribución vascular y la configuración del tórax. Los signos radiológicos mas sugerentes de enfisema son la hiperinsuflación, la oligoemia y la presencia de bulas. Puede observarse aumento del diámetro anteroposterior del tórax.

El TAC de tórax proporciona imágenes que definen con mayor precisión los cambios morfológicos producidos por el enfisema.⁴⁹

Tratamiento

La terapia con oxígeno es de uso obligatorio en caso de disminución en la concentración de la saturación de oxígeno, bien sea esta medida con unos gases arteriales o con un oximetría de pulso.

Los casos de enfermedad crónica se tratan además de los beta 2 agonistas con esteroides inhalados como la beclometasona; además se usa el Bromuro de ipratropio. No se recomienda el uso de esteroides orales superior a 14 días como la Prednisona porque después de este tiempo no hay un efecto demostrado; se han usado esquemas de 5 días de tratamiento oral con buenos resultados los esteroides parenterales como la Hidrocortisona o Metilprednisolona se indican en el caso de que durante la enfermedad se presente broncoespasmo, de esta manera se reduce la obstrucción al flujo. El uso de Teofilina no es contradictorio.

OXIGENOTERAPIA

En general, la administración de oxígeno de forma crónica está indicada en pacientes con EPOC que tienen hipoxemia (PaO₂ menor de 55 mm Hg), o una PaO₂ entre 55 y 60 mm Hg asociado a hipertensión pulmonar, o poliglobuliasecundaria (hematocrito >55%). En estos pacientes la oxigenoterapia

continua al menos > de 15 horas al día ha demostrado mejorar la supervivencia. Puede ser necesario bajos flujos de oxígeno dado que en pacientes con EPOC, el control de la respiración está controlado fundamentalmente por los niveles de oxígeno más que por los de carbónico, aumentos de la entrega de oxígeno puede disminuir esta respuesta y causar insuficiencia respiratoria con retención carbónica.⁵⁰

⁴⁸CARLOS VILLASANTE, " Enfermedades respiratorias" 2009: 209

⁴⁹RODRIGUEZ DUQUE, JUAN CARLOS UNDURRAGA, " Enfermedades respiratorias" 2000: 1230-1237

⁵⁰GOODWAN & GILMAN, " Las bases farmacológicas de la terapéutica" 1992: 98

V.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA A..ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA CRONICA

5.1 PRESENTACION DEL CASO HISTORIA CLINICA

Se trata de un paciente adulto mayor de 70 años, femenino que ingresa al servicio de urgencias el 12 de octubre de 2011, presentando una coloración cianótica en los labios y dedos, dolor de cabeza, desorientada, fatiga y dolor de pecho.

Antecedentes heredofamiliares: Padres diabéticos, (finados ambos, muerte natural) la madre fue ama de casa estudios hasta la secundaria terminada, sin toxicomanías, padre fue empleado, estudios hasta la secundaria terminada, niega que haya tenido alguna toxicomanía, ambos padres eran católicos, hermanos 7, 2 de ellos diabéticos, y los 5 al parecer sanos, zoonosis una perra de raza coker.

Antecedentes no patológicos: es originaria de San Luis Potosi, su nivel socioeconómico es medio, su casa es de blok, con servicios básicos, hábitos higienicos adecuados,

Alimentación: Es a base de tacos y refresco por la mañana, por la tarde 2 huevos estrellados con frijoles, tortilla, salsa y refresco y en la cena un café con leche y dos tacos, pocas veces come frutas(mango y/o manzana) y verduras(calabaza, nopales y flor de calabaza).

Antecedentes ginecoobstetras: no recuerda fecha de su primera menstruacion solo que fue a los 12 años, FUM-. A los 45 años, gestas 3, partos 3, cesáreas 0, abortos 0,.

VALORACION: Paciente femenina de 70 años, se encuentra un poco desorientada, color cianótico en labios y denos de las manos, fatigada, dolor de cabeza y de pecho,

Tiene un peso de 55kg, talla de 1.55 cm. Presenta un frecuencia cardiaca de 87latidos por minuto y tensión arterial de 88/53 mgHg, temperatura 37°. , a la percusión se le escucha estertores.

Actualmente se encuentra con oxigeno por puntas nasales.

5.2 ANALISIS DE LOS RESULTADOS

14 NECESIDADES	NECESIDADES SATISFECHAS	NECESIDADES NO SATISFECHAS	
		REALES	POTENCIALES
1.-OXIGENACION		*	
2.-NUTRICION E HIDRATACION		*	
3.- ELIMINACION		*	
4.-MOVERSE		*	
5.-DESCANSO Y SUEÑO		*	
6.-USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS	*		
7.- TERRMOREGULACION		*	
8.-HIGIENE	*		
9.-EVITAR PELIGROS	*		
10.-COMUNICARSE			*

11.-CREENCIAS Y VALORES	*		
12.- TRABAJAR Y REALIZARSE		*	
13.-JUGAR Y HACER ACTIVIDADES RECREATIVAS		*	
14.- APENDIZAJE	*		

5.3 DESARROLLO DEL PROCESO ATENCION ENFERMERO

DIAGNÒSTICOS

REALES

Necesidad Insatisfecha : Oxigenación

Causa de la dificultad : Fuerza

Grado de dependencia/Independencia: Parcialmente dependiente

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES
<i>Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con la falta de aporte de oxigeno manifestado por el acumulo de secreciones y por mal funcionamiento pulmonar</i>	Que el paciente mejore su frecuencia respiratoria y que entienda su patología y sus riesgos.	<p>Administrarle oxigenación con puntas nasales.</p> <p>Monitorización de signos vitales</p> <p>En la monitorización FR observar labios fruncidos, ruidos, frecuencia y color</p> <p>Realizarle fisioterapia</p>

		<p>(técnicas de clapping)</p> <p>Manejar técnicas de drenaje postural</p> <p>Estimularla a que de caminatas lentas</p> <p>Administrarle nebulizaciones con: conviven o salmutamol (.6ml con 2.5ml de salino)</p> <p>Administrarle fármacos prescritos: aerosolterapia</p> <p style="padding-left: 40px;">Oral, venosa, nebulizaciones</p> <p>Observar si hay signos de toxicidad o hipoventilación por la oxigenoterapia con: angustia, irritabilidad, cambios de conducta, cefalea, etc...</p> <p>Observar el color de la piel y lechos unguales en cada turno</p> <p>Explicar la importancia del horario en el tratamiento tanto al familiar como al paciente.</p>
--	--	--

EVALUACION: Durante mis intervenciones la paciente como el familiar entendieron la importancia del horario y tratamiento de la enfermedad, en las intervenciones la paciente se mantuvo estable y respondió afirmativamente a los tratamientos proporcionados durante el turno.

2.- Necesidad insatisfecha: Nutricional

Causas de dificultad: Fuerza

Grado de dependencia/independencia: Parcialmente dependiente

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES
<i>Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con el bajo peso, manifestado por la falta de apetito, cansancio, fatiga, por la tos continuas</i>	Que el paciente mejore su peso y su dieta para un mejor estado de salud	Recomendar que vea a una nutriología para que le pueda proporcionar una dieta hipocalórica adecuada. Vigilar que como toda su dieta proporcionada durante el turno (a tolerancia)

EVALUACION: La paciente tolero su dieta hipocalórica, al recomendarle una nutrióloga se le dijo la importancia de la buena alimentación para que así pueda tener un aporte calórico adecuado.

3.-Necesidad Insatisfecha : Jugar y hacer actividades

Causa de la dificultad : Fuerza

Grado de dependencia/Independencia: Parcialmente dependiente

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES
<i>Déficit de actividades recreativas relacionadas con disneas matutinas manifestado por excesos de tos, fatiga, cansancio, falta de oxigenación</i>	<p>Que la paciente pueda tolerar mas sus actividades para un mejor bienestar durante su internamiento</p> <p>Que la paciente entienda la importancia de realizar actividades en casa para que pueda mejorar su descanso</p>	<p>Administrarle oxigeno durante las actividades en periodos cortos</p> <p>Fisioterapias</p> <p>Monitorios antes y después de cada ejercicios (caminata, uso de pesas en ambos brazos)</p>

EVALUACION: la paciente tolero los periodos cortos de caminata, no se descompenso ya que se realizo sus intervenciones antes de sus caminatas.

4.- Necesidad Insatisfecha : Descanso y sueño

Causa de la dificultad : Fuerza

Grado de dependencia/Independencia: Parcialmente dependiente

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES
<i>Deterioro del patrón del sueño relacionado con apneas nocturnas manifestado por los excesos de tos y acúmulo de secreciones</i>	Que la pueda conciliar el sueño tranquilo durante la noche	Cuidados del descanso en cama (postura) Manejo de un entorno tranquilo Masajes simples Administración de medicamentos preescritos (PRN)

EVALUACION: La paciente durmió tranquila durante su estancia hospitalaria y no hubo necesidad de administrarle medicamentos para dormir.

5.- Necesidad Insatisfecha :evitar riesgo

Causa de la dificultad : Fuerza

Grado de dependencia/Independencia: Parcialmente dependiente

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES
<i>Dolor relacionado con los excesos de tos manifestado por acumulo de secreciones, apneas y desneas</i>	Que la paciente mejore su dolor con ayuda de terapias apropiadas	Administración de medicamentos: *ranitidina 1c/8 *seretide 1 diario

		<ul style="list-style-type: none">*aspirina 1c/8*broncodilatadores*esteroides*mucoliticos*antibióticos <p>Valoración del dolor (tés de EVA)</p> <p>Manejo del dolor</p> <p>Implicación familiar</p> <p>Posiciones de drenaje postural</p>
--	--	---

EVALUACION: La paciente mantuvo tranquila al administrarle sus medicamento, no sintió muchas molestias y pudo expectorar mejor.

6.- Necesidad Insatisfecha : AUTOPERCEPCION

Causa de la dificultad : Fuerza

Grado de dependencia/Independencia: Parcialmente dependiente

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES
<i>Ansiedad relacionada con la falta de sueño manifestado por los excesos de tos, apneas, disneas y miedo al muerte</i>	Que la paciente entienda y comprenda que su ansiedad puede disminuir si sigue las indicaciones y que el de ponerse ansiosa no le ayuda mucho a su enfermedad	Mejorar su autoestima Disminuir su ansiedad Terapia de relajación (música) Canalizarla a terapias de tanatolo

EVALUACION: La paciente se mantuvo sin ansiedad durante las intervenciones de relación y acepto tener terapia de tanatologia para poder entender el proceso por el cual está pasando y así poder mantenerse más tranquila libre de ansiedad.

7.- Necesidad Insatisfecha : Creencias

Causa de la dificultad : Fuerza

Grado de dependencia/Independencia: Parcialmente dependiente

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES
<i>Riesgo de sufrimiento espiritual relacionado con el miedo a la muerte manifestado por la falta de sueño y su patologia</i>	Que la paciente disminuya su sufrimiento hacia la muerte	Apoyo espiritual Apoyo entoma de decisiones Interactuar con la familia Administración de oxigeno nocturno Terapias de descanso

EVALUACION: La paciente tomo el apoyo espiritual según su religión adecuadamente para así poder estar más tranquila espiritualmente y la familia entendió el sufrimiento que la paciente está teniendo en este momento .

VI.- CONCLUSIONES

La elaboración del Proceso Atención Enfermero es muy útil y laborioso, pero con este instrumento nos ayudamos mucho para así poder abarcar toda la complejidad que presenta una persona, al elegir los diagnósticos nos ayuda a entender la importancia de cada intervención.

El Proceso Atención Enfermero nos favorece el fin principal de la enfermera para dar una atención de cada individuo, familia y comunidad, por lo tanto podemos concluir que cuando realizamos un PAE debemos tener un conocimiento amplio y previo de la patología de base (significado, signos y síntomas y complicaciones) para así antes de iniciar el proceso tener las bases adecuadas para saber que afecta y que trastornos padece y puede producir.

Con la entrevista se establece cuáles son los patrones alterados ; según los patrones y etiquetas de la NANDA, y así a partir de los datos obtenidos iniciar las intervenciones que se han de hacer para el cuidado del paciente. Estas han de tener una secuencia y así a la vez priorizar para que al final poder evaluar si las intervenciones han sido efectivas a través de la relación entre los objetivos y los resultados obtenidos.

Por otro lado la elección de estos diagnósticos me han ayudado a entender a centrarme en los cuidados pertinentes a la situación. Una persona que permanece ingresada necesita que le resuelvan el problema que le ha llevado a su ingreso, por lo que los diagnósticos deben estar dirigidos y priorizados al motivo de su ingreso (EPOC). La realización de este trabajo me ha ayudado a entender más las necesidades de un paciente con esta enfermedad y entender las prioridades y jerarquizarlas para una mejor ayuda durante su internamiento.

La evaluación de los diagnósticos aquí presentados fueron favorables ya que durante su internamiento en el hospital general de ISSSTE la paciente se sintió más tranquila y estable.

VII.- BIBLIOGRAFIA

- COLLIER.M.F. (1993), “ IDENTIFICAR LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA”
- FRANK-ELISONDO (1987) “DESARROLLO HISTORICO DE LA ENFERMERIA” ,MEXICO, PRENSA, MEDICA MEXICANA, 76:5-
- JAMIENSON ELIZABETH (1968) “ HISTORIA DE LA ENFERMERIA” MEXICO, INTERAMERICANA
- GARCIA MARTIN Y M.L. MARTINEZ (2001) “ HISTORIA DE LA ENFERERIA”, ESPAÑA, HARCOURT.
- KOZIER, BARBARA,ET; AL (2005)” ENFERMERIA FUNDAMENTAL, CONCEPTOS, PROCESOS Y PRACTICA, MADRID/MEXICO, Mc,GRAY Y PRACTICA.
- FERNANDEZ F.M. NAVARRO, ET, AL; (2000) “ DE LA TEORIA DE LA PRACTICA. EL PENSAMIENTO DE VIRGINIA HENDERSON EN EL SIGNO XXI , BARCELONA, MASSON.
- BASES CONCEPTUALES DE ENFERMERIA, COLECTIVO DE AUTORES, ED. CIENCIAS MEDICAS (ECIMED) PAG.67., edición 2008, se puede consultar: <http://medicomodernp.blogspot.com>
- ENFERMERIA: HISTORIA DE 1857, TOMAS URIEM BLAZQUEZ, ED. VISION Y se puede consultar en: librosbajosdemando.elcorteingles.es
- MARIA CAROLINA ORTEGA VARGAS, GUADALUPE SUAREZ VAZQUEZ, 2° EDICION, ENFERMERIA MODERNA, PAG: 240 y se puede consultar en: www.medicapanamericana.com/enfermeraortega
- PROCESO DE ENFERMERIA, VICTORIA MORAN AGUILAR, ALBA LILY MENDOZA, ED. TRILLAS, 2010:324.
- HISTORIA DE LA ENFERMERIA FORMACION Y PROSPECTIVA; EDITORIAL ATENCO; MARIA TERESA RUCCI, RAUL E. DE TIFFO; 1993:3
- INVESTIGACION CIENTIFICA EN CIENCIAS DE LA SALUD; EDITORIAL MC GRAW- HILL INTERAMERICANA; POLIT, HUNGLER; 1999: 7.
- EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA, JOS MARIA VAZQUEZ, ASUNCION GONZALEZ, EDITORIAL MAD, 2°EDICION.
- DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA, KIM, MI JA; MCFARLAND, GEERTRUDEZ. 3° EDICION,
- VARIOS AUTORES. “ MANUAL DE TECNICAS BASICAS DE ENFERMERIA”, ASIGNATURA PROCESO DE ENFERMERIA II, ESCUELA DE ENFERMERIA, FACULTAD DE MEDICINA, 2003: 2005-15; 2005-17:29.

- DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA “ APLICACIÓN A LA PRACTICA CLINICA” EDITORIAL MC GRAW HILL, 9° EDICION 2009: 12-35, LYNDA CARPENITO, ISBN 8448604830.
- DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA “ DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES “ NANDA/ INTERNACIONAL, 2009-2011; 2010: 456.
- MANUAL DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA, 11° EDICION, EDITORIAL MC GRAW HILL, MARJON GORDON, 2007: 472, ISBN 9788448160630.
- TRATADO DE MEDICINA INTERNA, HARVEY, JOHNS, OWENS, ROSS, VOL.I, 22° EDICION, EDITORIAL MC GRAW HILL INTERAMERICANA, 1999: 372-86., 390-18.
- ISICS. EL PROYECTO NIPE: LA NORMALIZACION DE LA PRACTICA PROFESIONAL PROFESIONAL (ACCESO 26 OCT. 2005), disponible en: <http://www.nipe.enfermundi.com>.
- CARMONA M, GARCIA C, SALCES R, SANLES E, PEREZ M. ESTUDIO DE CASO BAJO LA APLICACIÓN DE LA TEORIA GENERAL DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO (MODELOS DE AUTOCUIDADO DE OREM) 2000: 10-36,38.
- RESUMEN 2006: ESTRATEGIA GLOBAL PARA DIAGNOSTICOS, TRATAMIENTOS Y PREVENCION DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, GLOBAL,
- A MARTIN ZURRO: CLAVES DIAGNOSTICAS EN MEDICINA DE FAMILIA, ATENCION AL PACIENTE CON ASMA Y EPOC EN LA CONSULTA DEL MEDICO DE FAMILIA, EDITORIAL MASSON S.A. 2000:405-420.
- PARA NOSOTROS ERA EL CIELO, ANGELA JACKSON, EDICIONES SAN JUAN DE DIOS, PAG 280, CONSULTADO EL 7 DE MARZO DE 2010 EN: online www.santjuandedeu.edu.es.
- TEORIAS Y MODELOS DE ENFERMERIA, WENDY DE CORDOBA, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
- MODELOS DE ENFERMERIA, APLICACIONA LA PRACTICA, JOHN CUTCIFFE, HUGN MCKENNS, ED. MANUAL MODERNO, 7° EDICION, 2011.
- CURSO: FUNDAMENTO DE ENFERMERIA, METODOLOGIA DEL PROCESO DE ATENCION, MODELO I, ED. SEPTIEMBRE 2007: 220, EDITORIAL MANUAL MODERNO, EVA REYES GOMEZ.
- FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA PRACTICA, SORRENTINO, REMMERT, GOREK, EDITORIAL MC GRAW HILL, PAG 976.
- ANATOMIA Y FISIOLOGIA, C.P.ANTHONY, G.A. THIBODEAU, EDITORIAL MC. GRAW-HILL INTERAMERICANA, 10° EDICION, PAG 440-469.

- TORTOLA G.J. Y N.P.ANAGOSTAKOS, 1995: 86-90, PRINCIPIOS DE ANATOMIA Y FISILOGIA, 6° EDICION, MEXICO, HARLA.
- ANATOMIA Y FISILOGIA, 6° EDICION, THIBOLEAU. PATTON, 2007:1300-45, EDITORIAL MC GRAW-HILL.ADOLFO CASSAS TACHLITZKY, 2009: 96, ATLAS DE ANATOMIA, EDITORIAL MC GRAW HILL
- ANATOMIA & ENTRETENIMIENTO, BRANDON, LEIGH, EDITORIAL MC GRAW HILL, 2010: 144.
- ANATOMIA Y FISILOGIA DEL CUERPO HUMANO, EDITORIAL EL EQUIPO, ADRIANA GRACIELA CUNCA, 2000: 1300.
- MEDICO QUIRURGICO DE BRUNNER Y SUDDARTH, 8° EDICION, S.C. SMELTZER, B.G. BARE; VOL. II; EDITORIAL MC GRAW HILL; 1999:912-919.
- PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA, VOL. I; KASPER, BRAUNWALD, FAUCI, HAUSE, LONGO, JAMESON, EDITORIAL MC GRAW HILL, 16° EDICION; 2000: 236
- ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, 2° EDICION; CARLOS VILLASANTES; GRUPO AULA MEDICA, S.L.; 2009: 209-
- ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, EDITORIAL MEDITERRANEO, 2° EDICION; 2000: 1230-1237; RODRIGUEZ DUQUE, JUAN CARLOS UNDURRAGA.
- LAS BASES FARMACOLOGICAS DE LA TERAPEUTICAS; EDITORIAL MC GRAW HILL; GOODWAN & GILMAN; 9° EDICION; VOL. I; 1992: 98,

VIII.- ANEXO

INSTRUMENTO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

INSTRUMENTO DE VALORACION DE LAS NECESIDADES BASICAS EN EL ADOLESCENTE Y EL ADULTO.

FICHE DE IDENTIFICACIÓN

Nombre M.A.M.A edad 70 AÑOS sexo FEMENINO

Fecha de nacimiento 27 DE AGOSTO escolaridad UNIVERSITARIA

Ocupación EDUCADORA(JUBILADA) estado civil CASADA

Lugar de residencia SAN LUIS POTOSI

NECESIDAD DE OXIGENACION

¿Padece algún problema relacionado con su respiración? SI

¿cuál? _ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA CRONICA.

¿Cuál es su opinión en relación con el acto de fumar? MAL

¿Usted fuma? YA NO

¿desde hace cuanto tiempo? DESDE 15 AÑOS

¿Qué cantidad de cigarrillos al día? 3 CAJAS AL DIA

¿Cómo influye su estado emocional en el acto de fumar?

_ME TRANQUILIZABA AL FUMAR.

¿Considera usted que el lugar donde vive, estudia o trabajo puede afectar su oxigenación? NO

¿en que forma? _____

¿Qué medidas toma para prevenir daños en su oxigenación? TENER LA CASA BIEN VENTILADA, LIMPIEZA

¿En que forma? TRAPEANDO Y SACUDIENDO CADA TERCER DIA NO TENER GATOS YA QUE SULTA MUCHO PELO

Fármacos
específicos _____

EXPLORACIÓN FÍSICA

La exploración física se le observa piel y mucosas deshidratadas, al auscultarle el torax se le escucharon sonidos de estertores, y u poco de sibilancias ambos pulmones .

2. NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATAACION

¿Qué alimentos consume regularmente?

REFRESCOS, TACOS, HUEVO Y CAFE

¿Cuántas veces se alimenta al día? 3

¿Qué alimentos prefiere? ___ TACOS Y GORDITAS _

¿Qué alimentos le desagradan? LA CARNE DE PESCADO

¿Tiene problemas para masticar o deglutir? _NO

¿Cuáles? _____

¿Utiliza suplementos vitamínicos en su alimentación? NO

¿Cuales? _____

¿Cómo influye su estado de ánimo en la ingestión de líquidos? CUANDO ESTA DEPRIMIDA NO LE DAN GANAS O CUANDO TIENE LOS ACCESOS DE TOS O NO DURMIO BIEN

¿Influyen sus creencias religiosas en la forma como se alimenta? NO

¿De _____ que
manera? _____

¿Conoce el valor nutritivo de los alimentos? NO

¿Qué porcentaje económico destina para su alimentación? MINIMO 100 AL DIA

¿Utiliza sustancias para reducir el apetito? NO

¿Cuáles? _____

Fármacos
especificos _____

EXPLORACION FÍSICA GASTROINTESTINAL

Peso 45 km Talla _____
IMC _____

A la valoración se le observa piel deshidratada y escamosa y palida. A la palpación muestra y dice haber dolor en el cuadrante superior derecho y izquierdo, y la auscultación se le escucharon los ruidos peristálticos disminuidos.

3.- NECESIDAD DE ELIMINACION

¿Cuántas veces evacua al día? 2 VECES Y CUANDO HAY ESTREÑIMIENTO COMO 5 VECES

¿Qué características tienen sus heces? CONSISTENTES, EN POCA CANTIDAD Y DE COLOR CAFE

¿Cuántas veces micciona al día? 6 VECES

¿Qué características tiene su orina? AMARILLO FUERTE, CON OLOR DESAGRADABLE Y EN MUCHA CANTIDAD Y MUY CALIENTE

¿Qué características tiene su menstruación?

¿Utiliza laxantes o sustancias que favorezcan la evacuación o la micción? SI

¿Cuáles? YOGURT DE CIRUELA PASA

¿Padece da algún problema relacionado con la evacuación, micción o menstruación?

SI, ESTREÑIMIENTO

¿Cómo influye su estado emocional en su eliminación intestinal, urinaria o menstrual?

SI ESTA ANSIOSA LE DAN GANAS DE MICCIONAR Y SI ANDA A LAS PRISAS DE DAN GANAS DE EVACUAR

Fármacos: SONOSIDOS Y PLANTAGO PSYLLIUM, PARA MICCIONAR SE TOMA EL FUROSEMIDE POR PREESCRIPCION MEDICA

EXPLORACIÓN FISICO EN LA ELIMINACION

Se observo en la miccion que es abundante, de color amarrillento y a la palpacion y percusion en el cuadrante superior derecho no manifestodolor .

4. NECESIDAD DE MOVILIDAD Y POSTURA

¿Cómo es su actividad física cotidiana?

IR A MISA DIARIO POR LA MAÑANA Y NOCHE

¿Realiza ejercicio? SI

¿Qué tipo de ejercicio? CAMINATA

¿Cómo es su tolerancia física cuando realizar ejercicio? SE FATIGA MUCHO Y TIENE QUE HACER PARADAS CONTINUAS PARA PODER RECUPERAR LA FUERZA

¿Cómo influye en ejercicio en su estado emocional? CUANDO CAMINA SE SIENTE UTIL, PERO SE CANSA MUCHO

¿Padece algún problema relacionado con la movilidad y postura? NO

¿Cuáles? _____

¿Utiliza algún dispositivo para favorecer su movilidad y postura? _____

¿de _____ que
tipo? _____

¿Cómo influye el lugar donde vive, estudia o trabaja en la satisfacción de su movilidad y postura?

SE SIENTE COMODA EN SU CASA YA QUE TIENE JARDIN DONDE ESTAR

fármacos _____

EXPLORACION FÍSICA

Se le observa una postura encorvada ya que dice sentirse mejor en esa posición, la fuerza muscular es limitada, ya que si se esfuerza mucho empiezan los accesos

de tos, se le observan deformaciones en los metacarpianos de los pies, la función motora no la pudo realizar ya que se cansa fácilmente, la función sensitiva la realizo correctamente, en la escala de reflejos se le da un (+1) actividad mínima.

5. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

¿Cuanto tiempo destina para descansar? POCO

¿cuantas horas duerme? DE 3 A 4 HORAS

¿Se duerme fácilmente? NO

¿cree tener alteración del sueño? SI

¿aque considera que se deba estas alteraciones? A LA TOS

¿Ronca ruidoso? SI

¿usted cree que el roncar es un problema de salud? NO

¿Que ha hecho para solucionarlo? NADA

¿Como influye su estado emocional en su descanso y sueño? DE TAN SOLO PENSA QUE SE VA A ACOSTAR LE DA LA ENSIEDAD Y COMINZA CON LA TOS

¿Como influye el lugar donde vive, estudio o trabaja para su descanso y sueño? ESTA BIEN

¿De que manera equilibra el ejercicio con el descanso y sueño? DESPUES DEL EJERCICIO LE DA SUEÑO, PERO TAN SOLO PENSAR EN ACOSTARSE LE DA TEMOR POR LA TOS

Fármacos _____

EXPLORACION FÍSICA

A la observación se le nota al a paciente ojerosa, encorvada, desesperada, somnolienta, la platica fue sentada ya que manifiesta que es mejor estar sentada ya que le facilita la respiración y asi no lr da tos

6. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

¿Necesita de ayuda para vestirse y desvestirse? NO

¿enque medida?_____

¿Elige su vestuario en forma independiente? SI

¿Por qué? LE GUSTA ELEGIR SU ROPA

¿Cómo influye su estado de animo en la selección de sus prenda de vestir?ESTOY TRANQUILA

¿Cómo influye el clima en la selección de sus prendas de vestir? AUNQUE HAGA CALOR DE TODAS FORMAS SE PONE CHALECO

¿Cómo influye la moda en la selección de sus prendas de vestir? EN NADA, SE VISTE NORMAL DE ACUERDO A SU EDAD

¿Qué opinión tiene sobre el pudor y la vergüenza hacia la forma de vestir? QUE ESA NO PASA DE MODA, SIEMPRE EL VESTIRSE CORRECTAMENTE HABLA BIEN DE UNO Y NO LE FALTAN AL RESPETO

EXPLORACION FÍSICA

7. NECESIDAD DE TERMORREGULACION

¿Cómo influyen las emociones en su temperatura corporal? CUANDO ESTA TRISTE LE DA SUEÑO Y EMPIEZA A SUDAR

¿Regularmente que temperatura tiene el lugar donde usted, vive estudia o trabajan? LA CASA SE LE HACE FRIA, YA QUE NO LE GUSTA LOS MUEBLE YA QUE NO ENCUENTRA UN LUGAR ESPECIFICO DONDE ESTAR BIEN

¿Cómo se adapta a los cambios de temperatura diurna y nocturna? EN LAS MAÑANAS SE SIENTE MEJOR YA QUE EN LAS NOCHES SE SIENTE DEPRIMIDA

¿Que medidas emplea para mantener su temperatura corporal? USANDO ROPA ABRIGADORA O NO CUIDAR CORREINTES DE AIRE

¿Padece de algún problema relacionado con su temperatura corporal? NO

Fármacos _____

EXPLORACION FÍSICA

A la entrevista en el momento se observa inquieta, desesperada por tener sueño y calor

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

¿Con que frecuencia se realiza baño de cavidades? DIARIO

¿A que hora del día prefiere bañarse? AL MEDIO DIA

¿cuántas veces se lava los dientes? 3 veces al dia y si detecta mal olor aunque estén limpios se la vuelve a lavar

¿Cómo se lava los dientes? Con pasta, cepillo y astringosol

¿En que casos se lava las manos? Antes de comer y después de ir al baño y si cree necesario se las lava

¿Con que frecuencia se realiza el corte de uñas? Según que tan grandes este o que animo tenga

¿Cómo lo hace? Tigera y cortauñas

¿Qué aspecto de la higiene considera más importante? En general todo pero al menos la mas importante es el genital y cabeza.

¿Qué significa para usted la higiene? Limpieza e importante para la salud.

Fármacos _____

EXPLORACION FISISCA

Se observa limpia y sin mal olor a pesar de que esta internada, ya que si no se baña se asea con tuallitas y se lava con gel antibacterial.

9. NEFEISDAD DE EVITAR PELIGROS

¿Cuenta con su esquema completo de vacunación? Si

¿Qué vacunas no se le han aplicado? NINGUNO

¿Qué tipo de autoexploración física realiza para evitar daños en su salud?
PAPANICOLAO, EXAMEN MAMARIO

¿Con que frecuencia se realiza la autoexploración física? UNA VEZ ALMES

¿Tienes vida

Sexual activa? NO ¿Qué preferencia sexual tiene? _____

¿Utiliza _____ algún _____ método _____ de
protección? _____

¿Cuál? _____

¿Ha padecido algún tipo de enfermedad protransmisión sexual? NO

¿Cuál? _____

¿Toma bebidas alcohólicas? NO¿ Desde cuando y con que
frecuencia? _____

¿Qué opinión tiene usted sobre la ingestión de bebidas alcohólicas? QUE EN EXCESO ES MALA

¿Consumes drogas? NO ¿De qué tipo? _____

¿Desde cuándo y con qué frecuencia? _____

¿Qué opinión tiene sobre el consumo de drogas? QUE ES LO PEOR QUE EXISTE YA QUE HACE MUCHO DAÑO Y DESYTUYE FAMILIAS Y LA SALUD

¿Ha tomado fármacos o remedios sin prescripción médica? SI _

¿Cuales? PARA LA GRIPA, LA GASTRITIS Y DOLOR DE CABEZA

¿Durante este año, ha presentado algún problema de salud relacionado con ojos, nariz, garganta, sensibilidad o movimiento? SI ¿Cuál? IRRITACION

¿En el lugar donde vive, estudia o trabaja, existen peligros que le pudieran provocar daños a la salud? NO ¿Cómo cuales? _____

¿Cómo reaccionaría usted ante una situación de urgencia? NO SE EXPLICO YA QUE DICE QUE NO SABE QUE A LO MEJOR SE QUEDA PARADA.

¿Qué medidas preventivas conoce para evitar accidentes? CERRAR BIEN LAS LLAVES DEL GAS, NO DEJAR LOS CERRILLOS A LA MANO DE LOS NIÑOS, NO DEJAR AGUA HIRVIENDO EN LA ORILLA, NO TENER ACEITE CALIENTE.

¿Cómo maneja una situación de estrés? LLORRANDO, LE DA DOLORES DE CABEZA, ANSIEDAD

EXPLORACION FÍSICA

10. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

¿Con quien vive? CON UNA HIJA, SU ESPOSO Y SUS 2 HOJAS (11 Y 8 AÑOS)

¿Cómo se relaciona con sus familiares, amigos y vecinos? MI FAMILIA ME LLEVO BIEN CLARO CON SUS RESPECTIVOS DESACUERDOS, AMIGOS TENGO BUENA AMISTADES DESDE HACE 30 AÑOS Y CON MMIS VECINOS ES UNA RELACION CORDIAL

¿Pertenece algún grupo social? NO ¿A cual? _____

¿Durante cuanto tiempo esta solo? POR LAS MAÑANAS

¿Tiene pareja? SI ¿Cómo considera que es la comunicación sexual con su pareja?

YA NO TENEMOS RELACIONES SEXUALES PERO NOS LLEVAMOS BIEN

¿Padece algún problema relacionado con la comunicación? NO
¿Cuál? _____

¿Utiliza algún aditamento para comunicarse con los demás? NO ¿De que tipo? _____

¿Considera usted que existen factores en su hogar, escuela o área de trabajo, que limiten la comunicación con los demás? NO
¿Cuáles? _____

Fármacos _____

EXPLORACIÓN FÍSICA

La comunicación fue buena y clara respondia sin ningún problema de titubeos

11. NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES

¿Tiene alguna creencia religiosa? SI ¿Cual? CATOLICA

¿Cómo relaciona la fe, la religión y la espiritualidad? COMO ALGO SANO Y BUENO PARA MI VIDA DIARIA

¿con que frecuencia acude a su centro religioso? DIARIO ¿Tiene algún problema que limite o impida asistir a su centro religiosa SI _¿De que tipo? POR PROBLEMAS RESPIRATORIOS Y FATIGA

¿sus creencias religiosas le generan conflictos personales? NO ¿Por qué? _____

¿Sus creencias religiosas pudieran interferir en su salud? NO ¿Por qué? _____

¿Qué significa para usted un valor? ALGO CORRECTO PARA PODER SER ACEPTADO Y RESPETADO ANTE LA SOCIEDAD

¿Considera que es congruente su forma de pensar con su manera de vivir? NO

¿Por qué? POR QUE SE QUE ESTA MALMI FORMA DE ALIMENTARME PERO POR FLOJERA, RAPIDEZ O CANSANCION LO HAGO MAL

¿Qué significa para usted la vida y la muerte? LA VIDA SUFRIMIENTO Y APRENDIZAJE, LA MUERTE PAZ PERO SOBRE TODO MIEDO

EXPLORACIÓN FÍSICA (ver si cuenta con imágenes religiosas)

Se le observaba tranquila, pasiva, y se le observa que tiene imágenes de la virgen de Guadalupe, del papa y de dios

12. NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACION

¿Cuál es su rol familiar? LA CABEZA DE LA FAMILIA ¿Esta satisfecho con el rol que desempeña? SI

¿Por qué? MIS HIJOS ME RESPETAN

¿Qué significado tiene para usted participar en el ingreso económico familiar? ME HACE SENTIRME SATISFECHA

¿Sus ingresos económicos le permiten satisfacer sus necesidades básicas? CLARO

¿Cómo percibe sus expectativas en relación con su situación social? BUENA

¿Cómo participa en las actividades propias del hogar? SIENDO AMA DE CASA

¿Realiza alguna actividad altruista? NO ¿De que tipo? _____

¿Esta satisfecho(a) con su manera de pensar y actuar? EN OCACIONES SI

EXPLORACION FÍSICA

Se ve tranquila y relajada

13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

¿Su condición física le permite jugar y participar en actividades recreativas? NO

¿Por qué? ME FATIGO Y COMIENZA MI EXCESO DE TOS

¿En que forma influye su estado de ánimo para jugar y realizar actividades recreativas?

¿Qué juegos y actividades recreativas realiza? _____

¿Con que frecuencia? _____ ¿Se integra con su familia y otras personas en la realización de actividades recreativas? NO ¿Por qué? ME CANSO

¿Cómo se siente después de jugar y realizar actividades recreativas? _____

Fármacos _____

EXPLORACION FÍSICA

Se le observa una flacidez a nivel del brazo, complejion desgada y sin animo de realizar actividades recreativas

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

¿Padece de algún problema que interfiere en su aprendizaje? NO

¿De que tipo? _____ que

¿Qué significado tiene para usted al escuela? UN LUGAR DONDE SE DA LA SABIDURIA PARA PODER LLEGAR A SER ALGUIEN EL LA VIDA

¿A que cree que se deba ese rendimiento? _____

¿Cómo influye la relación que tiene usted con sus padres, hermanos, docentes y compañeros en su aprendizaje? LA RELACION ERA BUENO

¿Con que fuentes de apoyo para el aprendizaje cuenta su comunidad? LIBROS, COMPUTADORA, TELEVISION

¿Sabe como utilizar esas fuentes de apoyo? SI

Identifique fuentes de apoyo para el aprendizaje en la comunidad LIBROS, COMPUTADORA Y TELEVISION