



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A UNA ADULTA MAYOR CON DAÑO CARDIO-RESPIRATORIO POR
TRATAMIENTO INVASIVO BAJO EL ENFOQUE TEÓRICO DE VIRGINIA
HENDERSON

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
MONICA RAMOS MORALES

308146365

ASESORA:
DRA. MARTHA LILIA BERNAL BECERRIL

CIUDAD DE MÉXICO 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

I.	Introducción	1
II.	Justificación	2
III.	Objetivos	3
	3.1. Objetivo General	
	3.2. Objetivos Específicos	
IV.	Metodología	4
V.	Marco Teórico	5
	5.1. Enfermería Como Profesión	5
	5.2. El Cuidado Como Objeto de Estudio	6
	5.3. Filosofía, Modelos Y Teorías de Enfermería	7
	5.4. El Modelo de Virginia Henderson	9
	5.5. El Proceso de Atención de Enfermería	13
	5.5.1. Etapas	14
	5.6. Características del Adulto Mayor	20
	5.7. Hipertensión	22
	5.8. Neumonía	23
	5.8.1. Tipos de Neumonía	24
VI.	Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería	27
	6.1. Presentación del Caso	27
	6.2. Valoración de las Necesidades	28
	6.3. Desarrollo de las etapas del PAE	32
VII.	Plan de Alta	41
VIII.	Conclusión	42
IX.	Bibliografía	43
X.	Glosario	44
XI.	Anexo	48

I. INTRODUCCIÓN

El Proceso de Atención de Enfermería es un método sistemático y organizado para administrar cuidados integrales de enfermería, que ofrece atención individualizada de acuerdo a las necesidades de cada persona, por ende, es la herramienta más importante de la enfermera para brindar calidad en el cuidado y mejorar la condición de la persona con cuidados de enfermería especializados.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) que a continuación se desarrolla es aplicado a una persona adulta mayor con daño cardiorrespiratorio con tratamiento médico invasivo, hospitalizada en el área de Terapia Intensiva de un Hospital General de Zona. Se desarrollan las etapas del PAE conforme las necesidades de la señora MOS basadas en la teoría de Virginia Henderson y de las 14 necesidades que ella plantea, además se contempla el plan de alta y el papel tan importante que tiene Enfermería en pacientes con apoyo ventilatorio, ya que el personal de enfermería puede agravar o mejorar la condición del individuo.

Podemos encontrar once capítulos; el primero es la introducción, segundo justificación, tercero objetivos general y específicos, cuarto metodología, quinto incluye el marco teórico donde se describe el concepto de enfermería, el cuidado como objeto de estudio, la filosofía de Virginia Henderson, conceptualización, características, ventajas y etapas de Proceso de Atención de Enfermería y las características específicas del adulto mayor; el sexto capítulo es el desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería que incluye plan de cuidados, el séptimo capítulo aloja el plan de alta con medidas higiénico-dietéticas, actividad y signos de alarma; el octavo capítulo es la conclusión, el noveno capítulo bibliografía consultada, el décimo capítulo es el glosario de términos y finaliza con el anexo, el cual es el instrumento de valoración por 14 necesidades.

II. JUSTIFICACIÓN

La neumonía es una de las principales causas de morbimortalidad en México y el mundo, afectando principalmente a los grupos vulnerables en los extremos de la pirámide poblacional que incluye a los adultos mayores. En los hospitales del país aún existe una gran cifra de fallecimientos por esta causa. Tan sólo en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias es una de las principales causas de mortalidad, y en el Instituto Mexicano del Seguro Social, donde tienen infraestructura hospitalaria de tercer nivel y todas las variedades de medicamentos, en 2014 se registraron 15 mil decesos.¹

El personal de enfermería tiene un papel muy importante en el restablecimiento de la salud de la persona enferma, ya que, de no tomar las medidas preventivas para el manejo y cuidado de ella, existe la posibilidad de agravar su condición. Al ser quien más tiempo dedica a la persona enferma, es la encargada de verificar que estas medidas se lleven a cabo.

Para enfermería, el Proceso de Atención de Enfermería es una valiosa herramienta metodológica que permite brindar cuidados de forma razonada, lógica y sistemática, y también obtener información e identificar los problemas y necesidades del individuo, familia y comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar la atención de enfermería, por ello es de suma importancia hacer uso de ella para el cuidado de la persona. Con el Proceso de Atención de Enfermería es posible ver a la persona desde distintos aspectos y no únicamente con la patología que cursa en el momento, por lo cual se puede brindar un cuidado integral.

¹ Guía de Práctica Clínica. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Neumonía Asociada a la v¿Ventilación Mécanica. México, IMSS. 2013 En internet: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas>

III. OBJETIVOS

Objetivo general.

- Aplicar y documentar los cuidados de enfermería otorgados, favoreciendo la calidad en el cuidado de la persona.

Objetivos específicos.

- Identificar y jerarquizar las necesidades afectadas para poder darle la atención necesaria y enfocada a la paciente de acuerdo con el Proceso de Atención de Enfermería.
- Lograr mejorar su condición con cuidados enfermeros individualizados de acuerdo a las necesidades por atender.
- Orientar acerca del cuidado de su salud a familiares o cuidadores.

IV. METODOLOGÍA

Para la realización de este PAE, se identificó a una mujer adulta mayor en el área de Terapia Intensiva de un Hospital General de Zona del IMSS, con un diagnóstico de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica.

Para la primera etapa del PAE, se utilizó el instrumento de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson de la academia de la AAA de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, además de realizar la consulta y recogida de datos de su expediente clínico, así como la exploración física céfalo-caudal.

Se dio seguimiento durante una semana en el área de terapia intensiva hasta que fue reubicada de área.

Mediante consultas bibliográficas y consultas en páginas web académicas, se completó el marco teórico.

Por último se realizaron diagnósticos de enfermería mediante el formato PES y se realizó un plan de cuidados de acuerdo a sus necesidades más afectadas.

V. MARCO TEÓRICO

5.1. ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN

A principios del siglo XX, la enfermería no era ni una disciplina académica ni una profesión. Aunque estos términos están interrelacionados y a veces se utilizan indistintamente, deben señalarse las importantes diferencias que hay entre ellos. Cada uno tiene un significado específico que es importante conocer.

Disciplina: Es específica de una escuela y hace referencia a una rama de la educación, un departamento de aprendizaje o un dominio de conocimiento.

Profesión: Hace referencia a un campo especializado de la práctica, está creada sobre la estructura teórica de la ciencia o conocimiento de esa disciplina y las habilidades prácticas que la acompañan.²

Los elementos que hacen de la enfermería una profesión son:

- Proporciona un servicio específico
- Posee formación científica, tecnológica y humanística
- Tiene un cuerpo de conocimientos propios que generan habilidades y destrezas específicas del área.
- Autonomía de gestión en relación con su práctica
- Un código de ética para fundamentar su práctica.³

Hoy en día la enfermería conserva un papel muy importante en la atención de una persona y gracias a los logros del siglo pasado en esta rama se ha generado el reconocimiento de la enfermería tanto en profesión como en disciplina.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias.

² Marriner, A., Modelos y teorías de enfermería, séptima edición, ed. Elsevier, p. 8

³ Alba, M., Fundamentos de enfermería 1, segunda edición, ed. Trillas p. 30

Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

Virginia Henderson fue una de las primeras enfermeras modernas en definir a la enfermería, ella escribió que la función propia de la enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo en el desempeño de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a la recuperación (o a una muerte apacible) que él llevaría a cabo sin ayudas, si tuviera fuerza, voluntad o conocimiento y hacerlo de tal forma que le ayude a adquirir independencia tan rápidamente como sea posible.⁴

A través de los tiempos, la enfermería ha ido desarrollando el contenido de su función como lo han hecho la medicina y otras profesiones, por lo que hoy día su historia puede dar razones de esta evolución, que se ha hecho irreversible para convertirse en una profesión sin perder la originalidad de su esencia: el cuidado.⁵

5.2. EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO

El cuidado es la razón de ser de la profesión y constituye su objeto de estudio, por lo que se hace necesario convertirlo en el centro de interés, se manifiesta en la relación interpersonal y en la utilización de diversas técnicas y procedimientos, donde se vinculan la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis, la aplicación del conocimiento, el juicio crítico y la intuición que permiten crear cuidado.⁶

Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad, se refieren a la sinonimia de atención

⁴ Kozier, B., Conceptos y temas en la práctica de enfermería, segunda edición, ed. McGraw-Hill p.

⁵ León, R., Enfermería ciencia y arte del cuidado. En la Revista Cubana de Enfermería versión, 2006 22(4): www.scielo.sld.cu

⁶ Id

oportuna, rápida, continua y permanente, orientada a resolver problemas particulares que afectan la dimensión personal de los individuos.⁷

Los escenarios de cuidado se dan en la vida cotidiana, en tanto que es ahí donde se desarrollan las actividades diarias de la personas. Por otro lado, los cuidados también se dan en el ambiente hospitalario, pero no es ese el único espacio donde se desarrolla enfermería, es una disciplina que se desenvuelve en diferentes espacios y escenarios sin perder su esencia.

De esta manera, la enfermería tiene un amplio marco de acción, se pueden dar en ámbitos diversos como sitios de recreación, sitios de trabajo, lugares de estudio y no se da solamente a individuos, sino a familias y comunidades.⁸

5.3. FILOSOFÍA, MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA

Para poder entender el PAE es importante conocer algunos conceptos.

Filosofía: Explica el significado de fenómenos de la enfermería a través del análisis, del razonamiento y del argumento lógico. Las cuestiones que se plantea la filosofía no tienen una base empírica, y sus componentes no tienen comprobación empírica.

Modelo: Es una representación esquemática de algún aspecto de la realidad y se agrupan en dos grandes clasificaciones: teóricos y empíricos. Los empíricos son una réplica de la realidad observable, en cambio un modelo teórico es una representación del mundo real expresada en símbolos lingüísticos y matemáticos.

Los modelos son útiles para la elaboración de teorías porque ayudan a la elección de conceptos relevantes y necesarios para representar un fenómeno de interés.⁹

⁷ Báez, F., El significado del cuidado en la práctica profesional de enfermería. En la Revista Aquichan 2009 en internet: www.redalyc.org/articulo.oa?id=74112142002

⁸ Lagoueyte, M., El cuidado de enfermería a los grupos humanos. En la Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud.2015; 47(2): 209

Teoría: Es un conjunto de conceptos, definiciones, relaciones, suposiciones o propuestas que proyectan una visión objetiva y sistemática de los fenómenos, diseñando relaciones específicas entre los conceptos.

El desarrollo de las teorías en enfermería es un componente esencial de la erudición enfermera para fomentar el conocimiento de la disciplina. Las teorías enfermeras claramente explicadas fomentan la comprensión y el análisis de fenómenos enfermeros y guían el desarrollo académico de la ciencia de la práctica enfermera a través de la investigación.

El desarrollo de la teoría requiere un conocimiento de términos, definiciones y suposiciones eruditas, con el fin de que se pueda llevar a cabo la revisión y el análisis académico.¹⁰

La disciplina de enfermería se rige de un metaparadigma, que integra un conjunto de definiciones conceptuales; las teorías de enfermería describen, por lo general, cuatro conceptos en su metaparadigma: persona, entorno, enfermería y salud, y con base en ellos se realiza cada componente del proceso de enfermería.

Persona. Ser humano con funciones biológicas, sociales y simbólicas; con potencial para aprender y desarrollarse. Un ser unitario dentro de sus costumbres, cultura espiritualidad y religión, que busca conseguir una armonía total y es consciente de la esencia de su ser.

Entorno. Se considera el entorno como un ambiente cambiante con factores positivos y negativos, relevantes o insignificantes donde las personas cercanas interactúan con la persona que posee su propia concepción del mundo, tanto físico como espiritual.

Salud. Sentimiento de bienestar, comodidad física y mental donde se alcanza un equilibrio, un nivel máximo de adaptación al entorno, diferenciándola de las alteraciones y enfermedades importantes. La pérdida de la salud puede depender de aspectos físicos, psicológicos, sociales, culturales e interpersonales.

⁹ Marriner, A., Op Cit. p.15

¹⁰ Ibid., p. 36

Fuerza, voluntad y conocimiento han de dirigirse hacia la promoción del mantenimiento de la salud a través del autocuidado, del tratamiento y de la prevención de las enfermedades.

Enfermería. Disciplina científica y humanística del arte de cuidar. Nace del esfuerzo creativo de un ser humano por ayudar a otro u otros seres humanos. Se establece una relación terapéutica interpersonal con un perfil profesional específico ejerciendo roles, así mismo, dentro de un equipo transdisciplinar.

La enfermera adquiere el rol de compañera, maestra, sustituta, asesora, líder e investigadora. Se caracteriza por habilidades, en la autonomía, el dinamismo, la colaboración, la negociación y la coordinación.¹¹

Aunque sea la base para el estudio de cada modelo, la mayoría de las teóricas de enfermería modifican estos conceptos de acuerdo a su propio modelo de enfermería, tal es el caso de Virginia Henderson, la teórica en la que se basó este PAE.

5.4. EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería; planteó el modelo de enfermería por necesidades humanas, su metaparadigma se describe enseguida.



¹¹ Morales V., E, *Metaparadigma y teorización actual e innovadora de las teorías y modelos de enfermería*, En la Revista Científica de Enfermería 2012 4(6) 6-8 p. En internet: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/44871/1/RECIEN_04_06.pdf

Enfermería: Considera la función propia de la enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo en el desempeño de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a la recuperación (o a una muerte apacible) que él llevaría a cabo sin ayudas, si tuviera fuerza, voluntad o conocimiento y hacerlo de tal forma que le ayude a adquirir independencia tan rápidamente como sea posible.

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

Considera la salud en términos de habilidad del individuo para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de enfermería. Equipara salud con independencia.

Individuo: Es un individuo que requiere asistencia para alcanzar la salud y la independencia o la muerte pacífica. La mente y el cuerpo son inseparables. El individuo y su familia son considerados como una unidad.

Entorno: Sin definirlo explícitamente, Henderson lo relaciona con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. La sociedad espera de los servicios de la enfermería para aquellos individuos incapaces de lograr su independencia y por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera.

La salud puede verse afectada por diferentes factores en el entorno, como son factores físicos: aire, temperatura, sol, etc.; factores personales: edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia; entre otros.

Henderson define las Necesidades por ser un elemento fundamental en su teoría como: “todo aquello que es esencial al ser humano para mantener su vida o asegurar su bienestar”, siendo concebida esta necesidad como un requisito más que como una carencia. Todos los seres humanos tienen las mismas necesidades humanas comunes de satisfacer, independientemente de la situación en que se

encuentre cada uno de ellos; puede variar el modo de satisfacerlas por cuestiones culturales, modos de vida, motivaciones.¹²

Hay 14 necesidades básicas que componen los cuidados enfermeros y se explican detalladamente.

1. *Respirar normalmente.* Capacidad de la persona para mantener sus intercambios gaseosos con un nivel suficiente y con una buena oxigenación.
2. *Comer y beber de forma adecuada.* Capacidad de la persona para beber y comer, masticar y deglutir; y de igual manera el tener hambre para poder aportar a su organismo los nutrientes necesarios para su desarrollo óptimo.
3. *Evacuar los desechos corporales.* Capacidad de la persona para que en forma autónoma elimine orina y materia fecal, asegurando su higiene íntima, así como mantener una buena higiene corporal para eliminar otros desechos del organismo.
4. *Moverse y mantener una postura adecuada.* Capacidad de la persona para desplazarse sola o con mecanismos de apoyo a la marcha, procurar su confort y conocer los límites de su propio cuerpo.
5. *Dormir y descansar.* Capacidad de dormir lo suficiente para sentir descanso, tener más respuesta y con renovada iniciativa, así como saber gestionar la propia fatiga y energía.
6. *Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse).* La satisfacción de esta necesidad implica capacidades cognitivas que permiten elegir adecuadamente las prendas, así como capacidades y habilidades para vestirse y desvestirse.

¹² Alba, M., Op Cit, p. 169

7. *Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.* Capacidad de la persona para abrigarse en función de la temperatura ambiental, se refiere a la necesidad de la persona por mantener su temperatura corporal dentro de los parámetros normales según haga frío o calor, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. *Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física.* Capacidad de la persona por lavarse por sí misma y mantener su higiene personal, así como el servirse de productos y de utensilios para mantener el aspecto de piel, cabello, uñas, dientes, encías, orejas, etc. Para su bienestar y mayor conformidad consigo mismo.
9. *Evitar peligros y no dañar a los demás.* Capacidad para promover la propia integridad física y mental de sí mismo y de terceros, en conocimiento de los peligros potenciales del entorno.
10. *Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones.* Capacidad para ser comprendido y comprender, gracias a la actitud y postura, a las palabras y/o a un código. De igual manera la capacidad para integrarse a un grupo social, viviendo plenamente en relaciones afectivas y la propia sexualidad.
11. *Profesar su fe.* Capacidad de la persona a explorar, conocer y promover sus propios principios, valores y creencias; y manejar esas cuestiones a efectos de elaborar el sentido que se desea dar a la propia vida y a su paso por la sociedad.
12. *Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo.* Capacidad de participar e interesarse en alguna actividad creativa o de interés social,

reforzando su autoestima y su sentimiento de realización personal.

13. *Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas.* Capacidad para distraerse, entretenerse y cultivarse obteniendo con ello algún tipo de satisfacción personal.

14. *Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud y acudir a los centros de salud disponibles.* Capacidad para aprender de otros o de la producción de algún evento y capacidad para recrearlo, así como adaptarse al cambio y tener resiliencia para poder sobreponerse a periodos de dolor emocional y a situaciones adversas.

Los datos obtenidos en la valoración nos permiten determinar si los comportamientos y conductas de la persona con objeto de satisfacer su necesidad son adecuados y suficientes.

Retomando lo que Henderson dice, el papel de enfermería es ayudar a la persona a recuperar su independencia, cuando una persona tiene dificultad por cubrir estas necesidades de manera independiente, puede ser por falta de fuerza, falta de voluntad o por falta de conocimientos, de tal manera que la enfermera debe intervenir para aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, voluntad o conocimientos de la persona.

5.5. EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El objetivo primordial del personal de enfermería es proporcionar una atención integral y oportuna que garantice y asegure la calidad de los cuidados que se proporcionan al individuo, la familia y la comunidad.

Para ello se cuenta con una valiosa herramienta metodológica: el proceso de atención de enfermería (PAE), es un método que permite brindar cuidados de forma razonada, lógica y sistemática, y también obtener información e identificar

los problemas y necesidades del individuo, familia y comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar la atención de enfermería.

Sus objetivos son:

- Establecer una base de datos sobre el paciente.
- Identificar las necesidades y problemas reales y potenciales del paciente, la familia y la comunidad.
- Determinar las prioridades de los cuidados, programando y poniendo en práctica las actividades de enfermería.
- Brindar cuidados en forma racional, lógica y sistemática, para prevenir, disminuir o resolver los problemas del paciente, familia y comunidad.
- Determinar la eficacia de los cuidados.

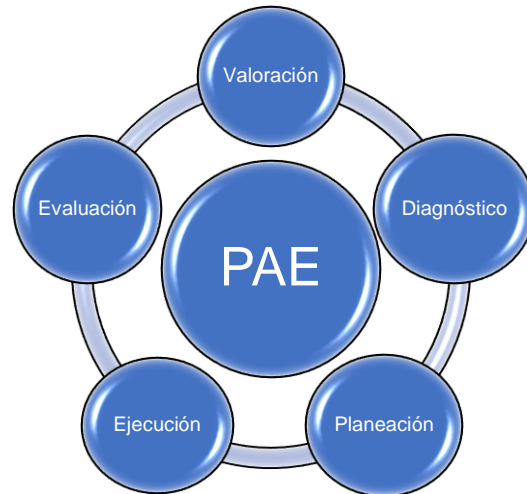
Sus principales características son:

- Tiene una finalidad específica, ya que se dirige a uno o a varios objetivos. Es sistemático ya que parte de un planteamiento organizado de cinco etapas para alcanzar el objetivo. Es dinámico al responder a un cambio continuo de la respuesta del paciente, durante su evolución.
- Interactivo porque se establecen relaciones recíprocas entre el personal de enfermería, el paciente, su familia y el equipo de salud. Y es ético, ya que actúa con respeto a la dignidad humana.
- Su principal ventaja se encuentra el hecho de mejorar la calidad de la atención al mantener la continuidad y el trato personalizado.¹³

5.5.1. ETAPAS

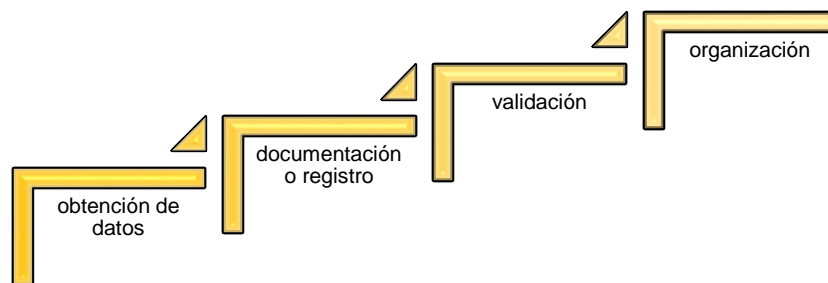
El Proceso de atención de enfermería consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

¹³ Alba, M., Op Cit, pp. 155, 156



VALORACIÓN: Primera etapa del PAE.

Es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recolección e interpretación de datos sobre el estado de salud del paciente; identifica cuál es la respuesta que presenta ante problemas de salud, reales o potenciales, cuenta con cuatro fases:



Obtención de datos. Es la recopilación de toda la información sobre el estado del paciente, buscando evidencia del funcionamiento anormal o factores de riesgo que puedan generar problemas de salud. Se realiza de forma sistemática y continua, y se obtiene de fuentes directas, indirectas y los métodos de información, entrevista clínica y examen físico. Los datos pueden ser objetivos, subjetivos, históricos y actuales.

- **Objetivos:** se pueden observar y medir por escala o instrumento y a su vez, comparar según un parámetro de referencia aceptado.

- **Subjetivos:** no se pueden medir con precisión, son propios del paciente, lo que la persona dice que siente o percibe, sentimientos, valores, creencias, actitudes.
- **Históricos:** situaciones o acontecimientos que han tenido lugar en el pasado y que pudieran tener algún efecto sobre el estado de salud de la persona
- **Actuales:** estos datos son importantes en su valoración inicial y en las valoraciones posteriores, todos los datos deben ser descriptivos, concisos, completos, asequibles, comunicados y anotados.

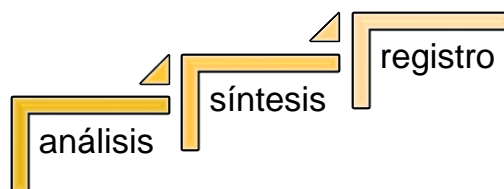
Documentación o registro. Los datos del individuo obtenidos se deben documentar y registrar, para ello se cuenta con guías de valoración de enfermería, estructuradas de acuerdo con el modelo de enfermería seleccionado.

Validación o verificación. Se trata de verificar que la información que se ha reunido sea verdadera.

Organización. Se agrupan los datos obtenidos de forma tal que ayude a identificar el problema. La organización de datos depende del modelo de enfermería seleccionado.

DIAGNÓSTICO: Segunda etapa del PAE.

Es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud o procesos vitales, reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería que consigan los resultados de los que es responsable el personal de enfermería. Sus fases son el análisis, la síntesis y el registro.



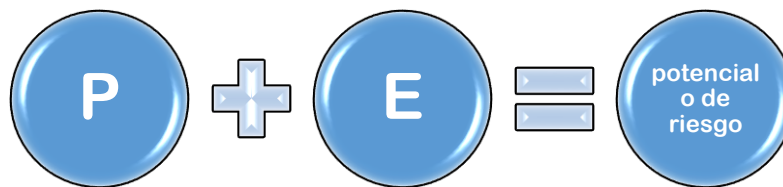
Análisis: En esta fase se clasifica, interpreta, agrupa y se validan los datos obtenidos en la valoración, su análisis y su procedencia. Se identifica qué necesidades están alteradas o en riesgo.

Síntesis: Aquí se identifican cuáles son los problemas de salud reales o potenciales y las respuestas de la persona, para seleccionar una etiqueta diagnóstica de la taxonomía NANDA o formular el diagnóstico con el formato PES.

Registro: Se procede al registro de dicho diagnóstico de enfermería, ya sea potencial, de riesgo o real.

Un diagnóstico en formato PES se puede escribir en dos o tres partes dependiendo si el problema es real, potencial o de riesgo.

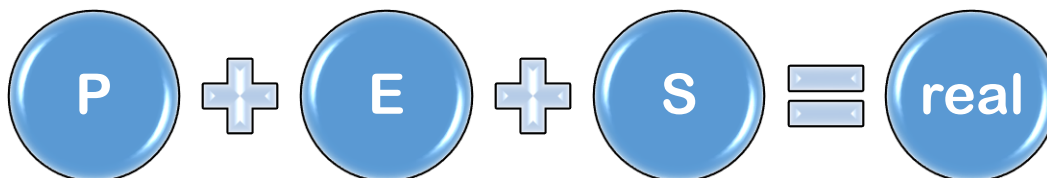
Siendo de dos partes se habla de un diagnóstico potencial o de riesgo:



1. Problema (P): enunciado de la respuesta del paciente.
2. Etiología (E): factores que contribuyen a las causas probables de las respuestas.

Unidos con la frase relacionado con o asociado con.

Conformado por tres partes es un diagnóstico real e incluye:



1. Problema (P): enunciado de la respuesta del paciente.
2. Etiología (E): factores que contribuyen a las causas probables de las respuestas.

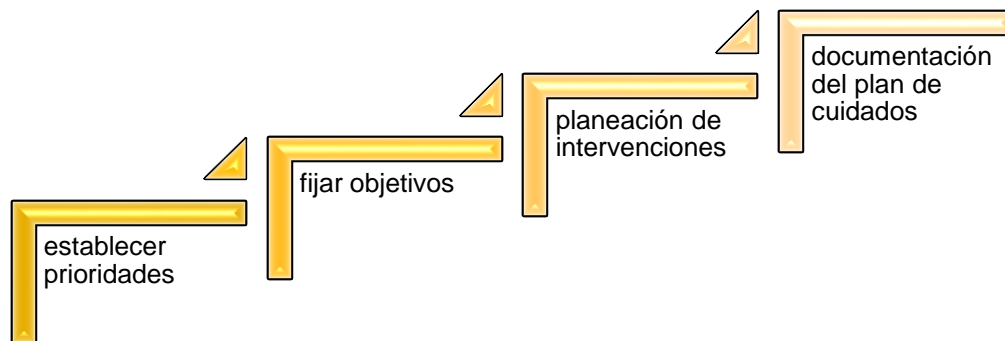
3. Signos y síntomas (S): características definitorias manifestadas por el paciente.

El primer y segundo punto deben ser unidos con la frase relacionado con o asociado con, el segundo y tercer punto se unen con la frase manifestado por,

PLANEACIÓN. Tercera etapa del PAE.

Es la etapa donde se lleva a cabo la presentación de los cuidados o tratamiento de enfermería que conduzcan al paciente a prevenir, reducir o eliminar los problemas reales o en potencia, señalados en los diagnósticos de enfermería.

Tiene cuatro fases, establecimiento de prioridades, fijar objetivos, planeación de las intervenciones y la documentación del plan de cuidados



Establecer prioridades: quiere decir que la enfermera, la persona y la familia determinan la importancia y el orden en que los problemas deban resolverse.

Fijar objetivos: se definen los objetivos a los que se quiere llegar para conseguir con ayuda de la persona y la familia, que se prevenga, disminuya o se resuelva el problema en el diagnóstico.

Planeación de intervenciones: las intervenciones de enfermería son el tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, mediante las

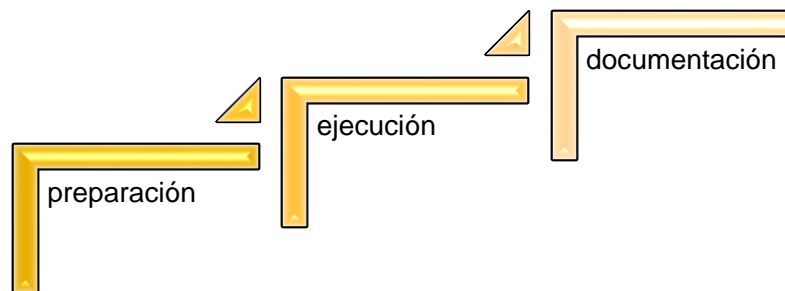
intervenciones se cumplen los objetivos fijados y van dirigidos a actuar sobre los factores de riesgo, relacionados o etiológicos.

Documentación del plan de cuidados: cada enfermera documenta su propio plan, mediante el plan de cuidados se documenta y comunica la situación, de la persona, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de ello.

EJECUCIÓN. Cuarta etapa del PAE.

Es la aplicación del plan de cuidados por el personal de enfermería, el paciente y la familia, que conduce a prevenir, reducir o eliminar los problemas reales o en potencia, señalados en los diagnósticos de enfermería.

Sus fases son preparación, ejecución y documentación.



Preparación: en esta fase se revisan las intervenciones planeadas y se determina si son apropiadas para el paciente, el personal de enfermería valora si se tiene los conocimientos y las habilidades para realizarlas y se prepara lo necesario para su ejecución.

Ejecución: se realizan las intervenciones, además de educar a la persona y a su familia.

Documentación: por último se registran los cuidados proporcionados en la fecha y hora, así como la respuesta de la persona en la hoja de enfermería.

EVALUACIÓN. Quinta etapa del PAE.

Es la apreciación y comparación de los resultados obtenidos en relación con lo esperado, mide el progreso del paciente, la eficacia de las intervenciones de enfermería y el resultado esperado.

Sus fases son la evaluación del logro de objetivos (resultados esperados) y revaloración del plan de cuidados.



Evaluación del logro de objetivos (resultados esperados): En esta fase se observan los resultados de la persona y se comparan con los datos esperados, se emite un juicio sobre el progreso de la persona y la capacidad que tiene para realizar las actividades del plan de cuidados.

Revaloración del plan de cuidados: es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos previos, objetivos y acciones con base a los nuevos datos de la persona. Si se resolvió el diagnóstico se cancela el problema, si no se resolvió se continúa con las actividades, si no se logró el objetivo se reactiva la secuencia del PAE.

5.6. CARACTERÍSTICAS DEL ADULTO MAYOR

La última etapa de la vida es la vejez, a las personas que se encuentran dentro de esta etapa son consideradas como adultos mayores. De acuerdo a la ONU a partir de los 60 años de edad una persona es considerada como adulta mayor, aunque en países desarrollados se considera que la vejez empieza a los 65 años. Si bien

el envejecimiento es un proceso que comienza desde el momento de nuestro nacimiento, es esta etapa en la que los cambios se hacen más notorios.



La forma en la que la vejez se experimenta tiene mucho que ver con la personalidad, expectativas, condición física, seguridad económica, experiencias de la vida, cuidado médico, redes de apoyo y capacidad para aceptar las realidades del envejecimiento y la muerte. Además de eso la realidad podría significar aislamiento, malnutrición, pobreza instantánea si caen enfermos de gravedad, pérdidas personales y físicas, desesperación y depresión en una sociedad que tiende a exaltar a su juventud y a veces hacer caso omiso de sus adultos mayores.¹⁴

Los cambios son inevitables, en referencia al cambio físico, no es ordenado y no afecta en igual forma todos los sistemas, ya sea en términos de secuencia o severidad. Algunos cambios son consecuencia de la edad; otros son manifestaciones de nuevas enfermedades o su continuación y los efectos crecientes de incapacidad por enfermedades crónicas con síntomas que ya estaban presentes en la adultez, pero que entonces no alteraban la homeostasis.

Existen cambios a diferentes niveles; los cambios neurológicos afectan al sistema nervioso central, se puede ver afectado el equilibrio, la memoria y ocasionar alguna privación sensorial; a nivel respiratorio hay una disminución de la elasticidad de los bronquios, así como disminución de la movilidad del tórax por alteraciones esqueleto-musculares, esto ocasiona que la capacidad pulmonar sea menor, hay un aumento en el tejido fibroso entre los alveolos, lo que dificulta el intercambio gaseoso, así mismo se producen cambios en el sistema de defensa

¹⁴ Camachione, J.M.A, vejez, aspectos biológicos, psicológicos y sociales, Ed. Brujas, Córdoba 2006.

de la vía aérea, con la disminución de cilios en el árbol bronquial y un aumento en la producción de moco.

En el aparato cardiovascular, es común que se presente un leve aumento en el tamaño del corazón, asimismo se hace más gruesa la pared cardiaca, la aorta se vuelve más gruesa, de la misma manera que todos los vasos sanguíneos. La velocidad con que se producen los eritrocitos disminuye en respuesta al estrés o la enfermedad, esto crea una respuesta más lenta a la pérdida de sangre y la anemia, la mayoría de los glóbulos blancos, especialmente neutrófilos, disminuyen en cantidad y capacidad para combatir bacterias, lo que reduce la efectividad para combatir infecciones.

A nivel gastrointestinal, los adultos mayores generalmente presentan lentitud en la peristalsis, disminución de la absorción de nutrientes y cambios en la acción de las enzimas del tubo digestivo. En el aparato genitourinario, casi el 50% de los varones presentan hipertrofia de la próstata, lo que ocasiona problemas al orinar, retención de orina en la vejiga, infecciones recurrentes de próstata y la disminución de la cantidad de sangre a los riñones, que a la larga disminuye el número de nefronas funcionales.

En mujeres, el principal problema es el prolapso de vejiga, por el debilitamiento de los músculos del piso pélvico, lo que puede provocar incontinencia urinaria al realizar esfuerzos.

El sistema esquelético también presenta cambios, la gente reduce su tamaño y se debe al adelgazamiento de los discos intervertebrales y las articulaciones pueden inflamarse y hacerse delicadas y dolorosas.

5.7. HIPERTENSIÓN

La Hipertensión Arterial Sistémica (HTAS) es un Síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial a cifras \geq 140/90 mm/Hg.

La hipertensión arterial sistémica es causada usualmente por constricción de las arteriolas. Este aumento de presión eleva las resistencias periféricas al flujo de sangre, lo que aumenta la carga de trabajo al corazón, elevando la presión arterial.

Es uno de los principales factores de riesgo para enfermedad arterial coronaria, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal, accidente vascular cerebral e infarto agudo al miocardio. Se calcula que aproximadamente el 1.5% de todos los hipertensos mueren cada año por causas directamente relacionadas a HTAS.

El diagnóstico se realiza a través de la toma periódica de la presión arterial por personal de enfermería capacitado¹⁵. Así como el protocolo de estudio del paciente con HTAS: Biometría hemática, química sanguínea y electrolíticos séricos, ácido úrico, perfil del lípidos incluyendo HDL, LDL; colesterol total y triglicéridos y examen general de orina.

El tratamiento inicial consiste en diuréticos tipo tiazidas, IECA, ARA II, calcio-antagonistas o beta-bloqueadores. Se inicia con un solo medicamento a dosis bajas y se incrementa gradualmente, dependiendo de la respuesta y control de la presión arterial.

5.8. NEUMONÍA

La neumonía es inflamación del parénquima pulmonar ocasionada por un proceso infeccioso, en la que los alveolos están llenos de líquido, eritrocitos, leucocitos y macrófagos polimorfonucleares, lo que hace dolorosa la respiración y limita el intercambio gaseoso.

Es causada por diversos agentes infecciosos ya sea virus, bacterias u hongos. Siendo las más frecuentes: *Streptococcus pneumoniae*, responsable del casi 90% de las neumonías bacterianas, es un coco grampositivo; *Haemophilus influenzae*

¹⁵ Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión Arterial en el primer nivel de atención. México, CENETEC, 2014: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/076-GCP__HipertArterial1NA

de tipo b (Hib) es una causa frecuente de un tipo secundario de neumonía después de una infección primaria, afecta principalmente a infantes con edades entre un mes y seis años; el virus sincitial respiratorio es la causa más frecuente de neumonía vírica, se presenta con más frecuencia en menores de 6 meses y en adultos mayores con enfermedades pulmonares subyacentes; *Pneumocystis jirovecii* es una causa importante de neumonía en niños menores de seis meses con VIH/SIDA, responsable de al menos uno de cada cuatro fallecimientos de lactantes seropositivos al VIH¹⁶.

Existen diferentes mecanismos para que los microorganismos lleguen al tejido pulmonar: Por vía aérea, diseminación de la garganta a los bronquiolos y por vía hematológica.

5.8.1. TIPOS DE NEUMONÍA

Los tipos de neumonía son: Adquirida en la comunidad, nosocomial y la asociada al uso de ventilador mecánico.

Adquirida en la comunidad. Es provocada por microorganismos adquiridos fuera del ámbito hospitalario. Este tipo de neumonía se adquiere en el seno de la población en general y se desarrolla en una persona no hospitalizada.

Nosocomial. El mecanismo más frecuente en neumonía nosocomial es la aspiración de microorganismos que colonizan la orofaringe y/o el tracto gastrointestinal. El origen de los agentes causales de la colonización e infección puede ser exógeno, cuando el patógeno procede del entorno, o endógeno, cuando proviene de la flora bacteriana del enfermo. Adquirido después de las 48 horas de su estancia hospitalaria, que no estaba en periodo de incubación a su ingreso y que puede manifestarse hasta 72 horas después de su egreso.

¹⁶ OMS, , nota descriptiva: Neumonía, noviembre 2016

Asociada al uso de ventilador mecánico. Se denomina al subgrupo de neumonía nosocomial que incide en pacientes con vía aérea artificial y que llegan a representar más del 80% de las neumonías adquiridas en la unidad de cuidados intensivos y se desarrolla después de 48 a 72 horas de ser intubados.

El tubo endotraqueal es un reservorio de microorganismos infectantes que se adhieren a la superficie del cuerpo extraño produciendo un biofilm, que es altamente resistente a los efectos de los antimicrobianos y a los mecanismos de defensa del huésped, y representan un medio de colonización persistente.¹⁷

La neumonía se divide en cuatro etapas. La etapa de la congestión de las 24 horas es la primera, se produce dentro de las 24 horas después de la infección, el pulmón se caracteriza por la congestión vascular y el edema alveolar. El examen microscópico muestra la presencia de gran cantidad de bacterias y pocos neutrófilos.

La hepatización roja es la segunda, se observa cuando los eritrocitos y la fibrina entran a los alveolos. El tejido pulmonar se vuelve rojo y esto conduce a la disnea o la taquicardia.

La tercera es la hepatización gris en la que los filamentos de la fibrina y la formula blanca y roja de la sangre se acumulan en los espacios alveolares. El esputo contiene un tinte de sangre o secreción purulenta, en esta etapa se produce la atelectasia.

La etapa de resolución es la última, en la que la inflamación disminuye y la formula blanca de la sangre ataca a los antígenos. Las manifestaciones clínicas son: fiebre, taquicardia, escalofríos, diaforesis, adinamia, astenia, disnea, cefalea, etc.

A la exploración física se notará el uso de los músculos accesorios de la respiración y se observa desaturación de O₂. El diagnóstico se realiza mediante una radiografía de tórax y hemocultivos.

¹⁷ Consejo de Salubridad General, Guía de Práctica Clínica: prevención, diagnóstico y tratamiento de la neumonía asociada a ventilación mecánica

El tratamiento es a base de antibióticos de acuerdo al patógeno que cause la neumonía, analgésicos que se prescriben para disminuir el dolor pleurítico y mejorar la profundidad de inspiración y el esfuerzo de la tos. Además de administrar oxigenoterapia dependiendo el grado de hipoxemia.

En ocasiones es necesaria una toracocentesis cuando surge un derrame pleural por neumonía, el líquido se analiza para obtener los datos siguientes:

- Color
- Olor
- Número de eritrocitos
- Número de leucocitos
- Proteínas
- Glucosa
- Lactato-deshidrogenasa
- Amilasa
- pH
- Tinciones de Wright, Gram y acidorresistente
- Cultivo de microorganismos aerobios, anaerobios, tuberculosos y hongos
- Citología. ¹⁸

¹⁸ Des Jardins, T., enfermedades respiratorias, segunda edición, ed. El manual moderno, S.A de C.V, México 1993, p 141-151.

VI. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

6.1. PRESENTACIÓN DEL CASO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: MOS Edad: 81 años Sexo: Femenino Peso: 70 kg

Lugar de residencia: Ciudad de México Religión: Testigo de Jehová

Escolaridad: Primaria Estado civil: Viuda

SIGNOS VITALES

FC: 69 FR: 27 T°: 37.5 T/A S: 111

T/A M: 81 T/A D: 69

RESUMEN CLÍNICO

La Sra. MOS de 81 años de edad originaria de Pachuca Hidalgo, ingresa a la unidad de terapia Intensiva de adultos por neumonía que inicialmente había sido contraída en comunidad y evolucionando a neumonía asociada a ventilación mecánica. Al momento se encuentra consciente, inquieta, con palidez de tegumentos y edema generalizado; tiene cabeza sin deformaciones ni protuberancias, sus pupilas son isocóricas y mióticas al estímulo de luz, tiene instalada una sonda nasogástrica funcional de 16 French, sus mucosas están secas y carece de todas sus piezas dentales.

Comenzó con disneas de medianos esfuerzos hasta llegar a pequeños esfuerzos, presentó fiebre, expulsión de secreciones verdes, espesas, astenia y adinamia, con Hipertensión Arterial Sistémica de 15 años de evolución controlada con Losartán 50 mg VO cada 24 hrs.

Se encuentra en fase de ventilación III (Ventilación Mecánica Espontánea) por traqueostomía en proceso de destete, siendo intubada en dos ocasiones, tiene una cicatriz por debajo de la traqueostomía funcional.

Se le instaló un catéter venoso central cursando sin datos de infección; su torác es simétrico, con respiraciones superficiales y usando los músculos accesorios de la respiración; tiene mamas acorde a edad y sexo sin alteraciones.

Tiene el abdomen blando, depresible y es alimentada con gastroclisis con un total de 1500 kcal dividida en tercios.

En la zona coccígea se encuentra una úlcera por presión de segundo grado que es tratada con sulfadiazina de plata para evitar su agravación, tiene instalada una sonda Foley de 14 French a derivación, por el momento la orina es clara aunque presenta oliguria, tiene los miembros pélvicos con vendaje compresivo.

Es tratada con Tigeciclina 50 mg iv cada 12 horas por 10 días, omeprazol 40 mg iv cada 24 horas, metoclopramida 10 mg iv 15 minutos antes de cada toma de gastroclisis, fluconazol amp 100mg ib cada 12 horas, enoxoparina 40 mg SC cada 24 horas, metamizol 1gr IV cada 8 horas PRN PVM, clonixinato de lisina 1 ampula iv cada 8 horas, furosemide 10 mg cada 12 horas PRN PVM, espironolactona 25 mg por SNG cada 12 horas, teofilina tab 100 mg cada 8 horas por SNG y amiodarona tabletas de 200 mg, media tableta cada 24 horas por SNG.

6.2. VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES

1. Respirar normalmente: **(Dependiente)**

La Sra. MOS mantiene esta necesidad alterada de acuerdo a la neumonía que está cursando, manteniendo des-saturación, disnea de pequeños esfuerzos, uso de músculos accesorios de la respiración y utilizando como apoyo ventilatorio el ventilador mecánico espontáneo.

2. Comer y beber de forma adecuada: **(Dependiente)**

Es alimentada con sonda nasogástrica en gastroclisis 1500 kcal. En tercios, posición semifowler con técnica de residuo.

3. Evacuar los desechos corporales: **(Dependiente)**

Tiene instalada una Sonda Foley de 14 Fr a derivación, drenando orina amarilla clara con oliguria, además del edema que presenta y el uso de protector sanitario para evacuaciones, esto demuestra que la Sra. MOS es dependiente en esta necesidad.

4. Moverse y mantener una postura adecuada: **(Dependiente)**

La Sra. MOS no puede moverse adecuadamente por el ventilador, además de presentar dolor del miembro torácico izquierdo. Y de acuerdo a su infección, presenta astenia y adinamia.

5. Dormir y descansar: **(independiente)**

Al estar hospitalizada y por la disnea, no mantiene un sueño reparador. Aunque intenta hacerlo y duerme a ratos.

6. Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse): **(Dependiente)**

Al estar intubada no le es posible realizar esta actividad, y al estar hospitalizada, únicamente es vestida con bata del hospital.

7. Mantener una adecuada temperatura: **(dependiente)**

Por la infección que tiene no puede mantener una termorregulación. Se encuentra con picos febriles de hasta 38°C

8. Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física: **(dependiente)**

Esta necesidad la cubre de manera sustituta el personal de enfermería al hacer baño de esponja y proteger la piel lubricándola con crema, así como cepillar el cabello y realizar aseo bucal.

9. Evitar peligros y no dañar a los demás **(dependiente)**

Está encamada, con barandales en alto y se realizan cambios de posición constante.

10. Comunicarse con otros: **(Dependiente)**

Por la traqueostomía que tiene es difícil la comunicación, al no poder articular palabras y el personal al tratar de entender lo que quiere decir, aunque trata de articular palabras, no le es posible generar sonido.

11. Profesar su fe: **(independiente)**

La Sra. MOS es Testigo de Jehová, por lo que aún enferma, profesa su religión y la fe de recuperarse.

12. Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo: No valorable

13. Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas: No es posible cubrir esta necesidad en el área de terapia intensiva.

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud y acudir a los centros de salud disponibles: No valorable en el momento.

ANÁLISIS DE LA VALORACIÓN

	Necesidad	Área de dependencia	Causa	Interv Enf.	Diagnóstico
1	Respirar	Dependiente	FF	S	Patrón respiratorio ineficaz R/C Fatiga de músculos de la respiración M/P Uso de músculos accesorios de la respiración, disnea de pequeños esfuerzos, des saturación de O2
2	Comer y beber	Dependiente	FF	S	Deterioro de la deglución R/C modificación de la estructura faríngea M/P Incapacidad de deglución por sonda nasogástrica e instalación de ventilador mecánico
3	Eliminación	Dependiente	FF	C	Deterioro de la eliminación urinaria R/C Deterioro sensitivo motor M/P Incontinencia urinaria e instalación de Sonda Foley
4	Moverse y mantener la postura	Dependiente	FF	S	

5	Dormir y descansar	Independiente			
6	Elegir la ropa adecuada	Dependiente	FV	S	
7	Termorregulación	Dependiente	FF	C	Alteración de la termorregulación R/C proceso infeccioso M/P picos febriles
8	Mantener higiene corporal	Dependiente	FFyFC	S	Deterioro de la integridad cutánea R/C Estancia hospitalaria prolongada y encamación M/P Ulcera por presión de segundo grado en zona coccígea
9	Evitar peligros	Dependiente			
10	Comunicarse con otros	Dependiente	FF	C	Deterioro de la comunicación verbal R/C traqueostomía M/P Incapacidad para emitir sonido
11	Profesar su fe	Independiente			
12	Autosatisfacción	No valorable			
13	Actividades recreativas	No valorable			
14	Aprendizaje	No valorable			

Área de dependencia: dependiente, independiente

Causa: Falta de fuerza (FF), falta de voluntad (FV), falta de conocimiento (FC)

Intervención de enfermería: aumentar (a), completar (c), reforzar (r) o sustituir (s) la fuerza, voluntad o conocimientos de la persona

*Para fines prácticos de este trabajo se decidió realizar el plan de cuidados de los cinco diagnósticos que resultan más importantes.

6.3. DESARROLLO DE LAS ETAPAS DEL PAE

Necesidad alterada: Respirar normalmente	
Área de dependencia: Dependiente	Causa: Falta de fuerza
Diagnóstico: <i>Patrón respiratorio ineficaz R/C Fatiga de músculos de la respiración M/P Uso de músculos accesorios de la respiración, disnea de pequeños esfuerzos, desaturación de O2</i>	
Objetivo Mantener la vía aérea permeable mediante intervenciones de enfermería especializadas y comenzar con el proceso de destete del ventilador mecánico.	
Intervención.	Fundamentación.
Posición fowler o semi-fowler para mantener vía aérea permeable.	La Posición Fowler o semi-fowler permite una mejor expansión pulmonar, lo que la respiración se realiza de manera más fácil.
Monitorización respiratoria y saturación de O2.	La monitorización respiratoria y desaturación permite ver si existe una buena oxigenación.
Manejo de ventilador mecánico en modo espontaneo.	Saber manejar y manipular el ventilador mecánico es de gran importancia para verificar que se encuentre configurado en el modo correcto.
Aspiración de secreciones como procedimiento estéril.	Después de una traqueostomía, la tráquea y los tejidos respiratorios que la rodean están irritados y reaccionan produciendo una gran cantidad de secreciones. Es necesaria una aspiración para eliminarlas y mantener la vía aérea permeable. ¹⁹ Al realizar esta técnica de manera estéril, evita que más microorganismos se introduzcan al tracto respiratorio.

¹⁹ Kozier B., Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y práctica Vol. II. Editorial Mc Graw Hill, 5ta ed. México. 1999, 1228 p.

<p>Enjuague de Cavidad Bucal con clorhexidina al 0.2%.</p>	<p>La clorhexidina, al ser un antiséptico, elimina microorganismos y con esto reduce el riesgo de que se diseminen hasta la tráquea.</p>
<p>Ministración de Tigeciclina 50 mg iv cada 12 horas por 10 días</p>	<p>La tigeciclina es un antibiótico bacteriostático de amplio espectro que inhibe la traducción de proteínas en las bacterias uniéndose a la subunidad ribosomal 30S, Al ser una neumonía bacteriana, es de los antibióticos de elección para su recuperación.</p>
<p>Ejecución: Se realizó la aspiración de secreciones cada que era necesario, el enjuague de cavidad con clorhexidina después de la rutina de aseo, así como las demás intervenciones.</p>	
<p>Evaluación. Mediante la aspiración de secreciones se ha mantenido la vía aérea permeable y a lo largo de la semana se observó, en dos ocasiones, una buena tolerancia al proceso de destete, aguantando una hora sin ventilador mecánico en cada sesión.</p>	

Necesidad alterada: Comer y beber de forma adecuada	
Área de dependencia: Dependiente	Causa: Falta de fuerza
Diagnóstico: <i>Deterioro de la deglución R/C modificación de la estructura faríngea M/P Incapacidad de deglución por sonda nasogástrica e instalación de ventilador mecánico.</i>	
Objetivo. Reintroducir la alimentación a medida que la Sra. MOS responda.	
Intervención.	Fundamentación.
Posición Fowler o semi-fowler para alimentación por sonda nasogástrica y mantener durante 1 o 2 horas después de la toma.	La aspiración es un riesgo principal en alimentación por sonda y puede ser causada por regurgitación, mantener a la persona en posición fowler o semi-fowler reduce el riesgo.
Vigilar náusea o vómito durante la toma.	El vaciamiento retrasado del estómago y el exceso de alimentación pueden causar náusea o vómito.
Ministrar metoclopramida 10 mg iv 15 minutos antes de cada toma de gastroclisis.	La metoclopramida es un antiemético, antagonista de receptores dopaminérgicos D2 de estimulación quimioceptora y en el centro emético de la médula implicada en la apomorfina, medida de precaución para evitar el vómito mientras se esté ministrando el alimento por SNG
Ministrar alimentación por sonda nasogástrica, 1500 kcal en tercios cada 8 horas	Algunas personas necesitan SNG al no poder o no querer comer por si solas, se adecuan las kilocalorías de acuerdo a las necesidades de cada individuo.
Limpieza de nariz y boca.	La sonda nasogástrica puede causar irritación y presión en la narina y por ende una úlcera por presión o necrosis, al realizar limpieza, además de ser higiénico y estético, permite notar cambios en la narina. ²⁰

²⁰ Sorrentino S., Fundamentos de enfermería práctica, Ed. Elsevier, 4ta. Ed., Barcelona 2012.

Avanzar la dieta según tolerancia: dieta líquida, papilla, dieta blanda, etc.	La reintroducción de alimento se debe realizar de manera paulatina después de retirar la SNG para evitar vómito.
---	--

Ejecución. Se realizaron todas las intervenciones de este plan de cuidados: posición para alimentación, vigilancia de náusea y vómito, aseo de nariz y boca

Evaluación. A mitad de la semana la Sra. MOS ya pedía agua y papilla, en algunas ocasiones toleraba bien la vía oral aunque en muy poca cantidad.

Necesidad alterada: Evacuar los desechos corporales	
Área de dependencia: Dependiente	Causa: Falta de fuerza
Diagnóstico: <i>Alteración de la eliminación urinaria R/C Deterioro sensitivo motor M/P Incontinencia urinaria e instalación de sonda Foley</i>	
Objetivo. Mantener funcional la sonda Foley y evitar infección de vías urinarias.	
Intervención.	Fundamentación.
Atención de sonda Foley y bolsa recolectora: Mantener sistema de drenaje cerrado	Para los catéteres se utiliza un sistema de drenaje cerrado. Desde el catéter hasta la bolsa de drenaje, el sistema es hermético e impide la entrada de cualquier elemento del exterior. El sistema urinario es estéril y puede producirse una infección si los microorganismos entran en el sistema de drenaje, ya que de allí pueden trasladarse a la vejiga o riñones.
Mantener la bolsa recolectora por debajo del nivel de la vejiga de la persona.	Si la bolsa de drenaje se encuentra por arriba del nivel de la vejiga, puede haber un flujo retrogrado y puede producirse una infección. ²¹
Cambio de bolsa recolectora cada 72 horas.	El cambio de la bolsa evita que sea un medio de cultivo para microorganismos y ocasione infección en vías urinarias.
Cambio de lugar de fijación de sonda.	El cambiar de lugar la fijación de la sonda evita que la piel limítrofe se dañe o exista el riesgo de sufrir un cizallamiento

²¹ Ibid. 296 p.

Diuresis horaria para controlar pérdidas.	Medir la orina por hora, además que es una actividad que se realiza en terapia intensiva, permite verificar si la persona tiene una buena función renal.
Ministrar furosemide 10 mg cada 12 horas PRN PVM	Cuando se presenta edema es importante utilizar un diurético para eliminar todo ese líquido intersticial. El furosemide es un diurético de asa, los diuréticos de asa inhiben la reabsorción desde el asa ascendente de Henle en el túbulo renal bloqueando el sistema de transporte Na + K + Cl -, y son útiles en situaciones en las que es necesaria una diuresis eficaz y rápida.
Ejecución. Se realizó el cambio de bolsa recolectora en una ocasión de la semana, se cambió la fijación de la sonda y se verificó el aspecto de la orina.	
Evaluación. Hasta ese momento no presentó ningún signo de infección u obstrucción en la sonda Foley, no era posible retirarla ya que era necesario control de líquidos.	

Necesidad alterada: Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física	
Área de dependencia: Dependiente	Causa: Falta de fuerza y conocimiento
Diagnóstico: <i>Deterioro de la integridad cutánea R/C Estancia hospitalaria prolongada y postración M/P Úlcera por presión de segundo grado en zona coccígea</i>	
Objetivo. Disminuir la úlcera por presión tanto en área afectada, como en grado.	
Intervención.	Fundamentación.
Cambios posturales cada 2 o 3 horas para cambiar los puntos de apoyo	Los cambios posturales previenen la aparición de úlceras por presión y otras complicaciones derivadas de la inmovilidad, ayudando a la persona a mantener una postura adecuada y proporcionándole comodidad.
Lubricar de la piel con crema o aceites esenciales para evitar la aparición de otras úlceras.	La piel de los adultos mayores es más frágil y tiende a secarse; un paciente encamado tiene posibilidades elevadas a generar una úlcera por presión y la piel lubricada disminuye los riesgos.
Reducción de puntos de presión mediante almohadillas, sábanas, entre otros.	Las almohadillas, sábanas, etc., ayudan a reducir la presión en los salientes óseos.
Curación de úlcera por presión con sulfadiazina de plata.	La curación mantiene limpia la zona y evita que se infecte, además de permitir visualizar el proceso de curación.

<p>Reducir contacto constante con humedad: Cambiando protector sanitario y manteniendo seca la ropa de cama y sin arrugas.</p>	<p>La humedad aumenta el riesgo de generar una úlcera, al ya existir una, mantener la zona seca permite que la curación sea más rápida.</p>
<p>Ejecución. El cambio postural se realizó de manera puntual, se realizó curación de la úlcera con sulfadiazina de plata, se pusieron sábanas en los salientes óseos para reducir la presión y se mantuvo seca la cama.</p>	
<p>Evaluación. La úlcera no disminuyó hasta el momento, sin embargo se ha mantenido en buen estado con piel viable para su curación.</p>	

Necesidad alterada: Mantener una adecuada temperatura	
Área de dependencia: Dependiente	Causa: Falta de fuerza
Diagnóstico: <i>Alteración de la termorregulación R/C proceso infeccioso M/P picos febriles.</i>	
Objetivo. Mantener la temperatura dentro de los rangos normales.	
Intervención.	Fundamentación.
Toma de signos vitales cada hora con énfasis en la temperatura.	La toma de signos vitales reflejan funciones esenciales del cuerpo y nos permite notar si algo anda mal en el organismo
Administración de metamizol 1gr IV cada 8 horas PRN	El metamizol es un antiinflamatorio no esteroideo (AINE), reúne la capacidad para quitar dolor, desinflamar y reducir la fiebre.
Mantener ropa de cama acorde al ambiente del área	La ropa de cama puede alterar la temperatura de la persona.
Ejecución. Se tomaron signos vitales cada hora, se mantuvo fresca a la Sra. MOS y no fue necesario ministrar el metamizol	
Evaluación. La temperatura de la Sra. MOS se mantuvo en rangos normales gracias a las intervenciones	

VII. PLAN DE ALTA

Una vez que se determine el alta, la señora MOS podrá irse a su casa con algunas medidas para continuar la rehabilitación de su enfermedad. Con la dificultad respiratoria remitida y con un plan que se llevará a cabo en el hogar.

HIGIENE:

Deberá mantener su rutina higiénica, con un baño diario o cada tercer día dependiendo su fuerza y voluntad, al inicio será necesario proporcionar ayuda por un familiar para posteriormente recuperar su independencia en esta actividad.

De la misma manera con el lavado de manos antes de comer y después de ir al baño; la limpieza adecuada de la cavidad oral y la higiene en sus prótesis.

DIETA:



Comenzar con dieta líquida, posteriormente papilla, dieta blanda y de acuerdo a la tolerancia de la vía oral y uso de prótesis, ir introduciendo texturas. Es importante evitar sal en las comidas, así como el consumo excesivo de líquidos.

ACTIVIDAD:

Ir introduciendo la actividad física a medida de lo posible, caminatas, ejercicios para la recuperación de la movilidad en miembros pélvicos, quehaceres domésticos, mantener humectada la piel.

SIGNOS DE ALARMA:

Tomar medicamentos de acuerdo a la prescripción médica, evitar automedicación. Presentarse al área de urgencias en caso de presentar: fiebre, agotamiento, falta de aire, escalofríos, tos productiva (con flemas).

VIII. CONCLUSIÓN

A lo largo de la carrera profesional he realizado distintos Procesos de Atención de Enfermería que sinceramente, sólo había tomado como requisito para aprobar una materia, sin embargo en la realización de este PAE, me he dado cuenta de la importancia que tiene este instrumento, que cada una de las partes que lo componen tienen relevancia y de no cumplir cada una de ellas, el trabajo del personal de enfermería no tendría el renombre que actualmente tiene y la calidad en la atención se vería afectada de gran manera. Todo paso va ligado al anterior y esa es la clave para el éxito en la atención integral de la persona.

Es importante conocer las características de la etapa de vida en la que se encuentra una persona. Específicamente en la señora MOS, me he dado cuenta que su edad fue uno de los factores que contribuyó a que llegará hasta el área de terapia intensiva y que se fuera agravando.

En este PAE se pudo lograr el objetivo general: *Documentar los cuidados otorgados de enfermería, favoreciendo la calidad en el cuidado de la persona.* Así como un objetivo específico: *Identificar y jerarquizar las necesidades afectadas para poder darle la atención necesaria y enfocada a la paciente de acuerdo con el Proceso de Atención de Enfermería.*

A pesar de no cumplirse dos objetivos específicos, la atención de la Sra. MOS fue integral en todo momento, de manera organizada gracias a este instrumento y por ende, aumentan las posibilidades para su pronta recuperación.

IX. BIBLIOGRAFÍA

Alba, M., *Fundamentos de enfermería 1*, ed. Trillas, segunda edición, México 2015, 392 pp.

Báez, F., *El significado del cuidado en la práctica profesional de enfermería*. En la Revista Aquichan 2009 en internet: www.redalyc.org/articulo.oa?id=74112142002 Consultado el 19 de agosto de 2017

Camachione, J.M.A, *Vejez, aspectos biológicos, psicológicos y sociales*, Ed. Brujas, Córdoba 2006.

Consejo de Salubridad General, *Guía de Práctica Clínica: prevención, diagnóstico y tratamiento de la neumonía asociada a ventilación mecánica*.

CENETEC, *Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión Arterial en el primer nivel de atención*. México, 2014:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/076-GCP__HipertArterial1NA

Des Jardins, T., *Enfermedades respiratorias*, ed. El manual moderno S.A de C.V, segunda edición, México 1993, pp.

Dirección General de Comunicación Social, *Neumonía, una de las principales causas de morbimortalidad en México y el mundo*, boletín UNAM-DGCS-648, noviembre 2015. En internet: [www.dgcs.unam .mx](http://www.dgcs.unam.mx). Consultado el 18 de agosto de 2017

Kozier, B., *Conceptos y temas en la práctica de enfermería*, ed. McGraw-Hill, segunda edición, México 1995, 654 pp.

Kozier B., *Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y práctica Vol. II*. Ed. McGraw-Hill, 5ta ed. México. 1999, 0000pp.

Lagoueyte, M., *El cuidado de enfermería a los grupos humanos*. En la Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud.2015; 47(2): 209

León, R., *Enfermería ciencia y arte del cuidado*. En la Revista Cubana de Enfermería versión on-line ISSN 1561-2961, 2006 En internet: www.scielo.sld.cu, Consultado el 18 de agosto de 2017

Marriner, A., *Modelos y teorías de enfermería*, ed. Elsevier, séptima edición, Barcelona 2007, 797 pp.

Morales V., E., *Metaparadigma y teorización actual e innovadora de las teorías y modelos de enfermería*, Revista Científica de Enfermería 2012 4(6) 6-8 p. En internet: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/44871/1/RECIEN_04_06.pdf

OMS, nota descriptiva: *Neumonía*, noviembre 2016. En internet: www.who.org. Consultado el 17 de agosto de 2017.

Sorrentino S., *Fundamentos de enfermería práctica*, Ed. Elsevier, 4ta. Ed., Barcelona 2012.

X. GLOSARIO

Adinamia: La incapacidad de realizar algún movimiento, esto puede llevar a un estado de postración, con una pérdida de la vitalidad normal.

Alvéolos: Son pequeños sacos de aire que se encuentran al final de los bronquiolos, en los pulmones y son los encargados del intercambio gaseoso entre el aire inspirado y la sangre. Dentro de los dos pulmones hay más de 750 millones de alvéolos.

Aorta: Es la arteria más grande del sistema circulatorio y da origen a todas las arterias, a excepción de las arterias pulmonares, es la encargada de distribuir la sangre oxigenada a todo el cuerpo desde el corazón.

Astenia: Pérdida o falta de fuerza física, conocida también como debilidad generalizada, aún después de descansar.

Bronquios: Son los grandes conductos en los que se bifurca la tráquea, estos bronquios se ramifican en bronquios primarios, bronquios secundarios o lobares y los terciarios o segmentarios. Su función es conducir el aire desde la tráquea a los bronquios, bronquiolos y alvéolos.

Cognitivo: Está relacionado con el proceso de adquisición de conocimiento (cognición) mediante la información recibida por el ambiente, el aprendizaje, y deriva del latín *cognoscere*, que significa conocer.

Des saturación: Se considera que el porcentaje adecuado de oxígeno en la sangre es de entre 95% y el 100%, cuando éste está por debajo del 90% se dice que des satura.

Disnea: Se refiere a la dificultad respiratoria que se manifiesta como una falta de aire, esta puede aparecer tanto en estado de reposo como de esfuerzo físico y de acuerdo a eso se puede clasificar en disnea de pequeños, medianos o grandes esfuerzos.

Edema: Presencia de un exceso de líquido en el espacio extracelular o intersticial y puede dar un aspecto de hinchazón blanda.

Hemocultivo: Es un método diagnóstico empleado para detectar infecciones por bacterias u hongos en la sangre. Permite determinar qué medicamento dar dependiendo del agente patógeno que se visualice, para ello es necesario tomar una muestra de sangre para colocarlos en una placa que permite la proliferación de los microorganismos y al cabo de algunos días verificar si existe la presencia de alguno.

Hipertrofia: Sirve para dar nombre a un aumento de tejido muscular, dado el incremento de tamaño de las células que se encuentra formado, puede ser por una mayor cantidad de ADN en su núcleo.

Homeostasis: Es un fenómeno en seres vivos, que permite a los organismos sobrevivir en ambientes variados, desde los fisiológicamente favorables, hasta los hostiles para los procesos vitales. Sinónimo de un equilibrio en el organismo.

Intercambio gaseoso: El intercambio de gases es la provisión de oxígeno de los pulmones al torrente sanguíneo y la eliminación de dióxido de carbono del torrente sanguíneo a los pulmones. Esto tiene lugar en los pulmones entre los alvéolos y una red de pequeños vasos sanguíneos llamados capilares, los cuales están localizados en las paredes de los alvéolos.

Morbimortalidad: Se habla de la morbimortalidad como la interacción entre las defunciones de una población y las causas médicas que las producen.

Nefrona: Es la unidad estructural y funcional básica del riñón, responsable de la purificación de la sangre. Su principal función es filtrar la sangre para regular el agua y las sustancias solubles, reabsorbiendo lo que es necesario y excretando el resto como orina. Está situada principalmente en la corteza renal.

Parénquima: Se utiliza en la histología tanto para designar un tipo de tejido propio de las plantas como la parte que en un órgano animal realiza su función específica.

Toracocentesis: Es un procedimiento realizado para extraer el líquido pleural que se encuentra en el espacio entre la pleura y la pared torácica; se mete una aguja a través de la piel y músculos de la pared torácica dentro del espacio pleural para poder extraerlo.

XI. ANEXO

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES**

Nombre: MOS Edad: 81 AÑOS Religión: TESTIGO DE JEHOVÁ
 Ocupación: DESEMPLEADA Escolaridad: PRIMARIA Sabe leer y escribir: Si (X) No ()
 Estado Civil: Casado () divorciado () soltero () unión libre () viudo (X)
 Cuidador Primario: Familiar (X) (especificar) HIJA Dx. Médico NEUMONÍA

1.-OXIGENACIÓN

¿Fuma/ fumó? No

SIGNOS Y SÍNTOMAS	SI	NO	OBSERVACIONES
Oxígeno dependiente	X		
Tos	X		
Rinorrea		X	
Secreción nasal		X	
Epistaxis		X	
Ronquidos		X	
Disnea (especificar)	X		De pequeños esfuerzos
Expectoración	X		
Hemoptisis		X	
Respiración sibilante (especificar si es asmático)		X	
Edema en miembros inferiores	X		
Cambios en la coloración de la piel (especificar)		X	
Varices		X	

Farmacos: teofilina tab 100 mg cada 8 horas por SNG y amiodarona tabletas de 200 mg, media tableta cada 24 horas por SNG.

2. ALIMENTARSE E HIDRATARSE ADECUADAMENTE

Cuestionario para la Detección de Desnutrición en personas adultas mayores (DNA®) Riesgo Nutricional Moderado

Peso: 70 kg Talla: 160 Dieta por SNG Tolerancia Buena Agrado NA

¿Usa prótesis dentales? (X) Si () No Especificar dentadura completa

¿Siente la boca seca? (X) Si () No _____

¿Se ahoga al ingerir los alimentos? () Si (X) No ¿Con cuales es más frecuente? _____

Capacidad para alimentarse por sí mismo si () no (X) especifique falta de fuerza por neumonía

¿Agua ingerida al día, que tipo de líquidos, sed? Agua, té o jugos 50 ml
Preferencia en bebidas Tés

Adoncia total- parcial () si (X) no ¿Dificulta su alimentación? _____

Aspecto de piel, dientes, encías y mucosas

Mucosas secas, completa falta de piezas dentarias, encías y piel pálidas

Fármacos omeprazol 40 mg iv cada 24 horas, metoclopramida 10 mg iv 15 minutos antes de cada toma de gastroclisis

3. ELIMINACIÓN

	OBSERVACIONES		
Numero de micciones al día:	Sonda Foley	Cantidad en ml: 400	
CARACTERISTICAS			
Color	Amarillo claro		
Sedimento	no		
Olor	normal		
SIGNOS Y SÍNTOMAS	SI	NO	OBSERVACIONES
Disuria		X	
Poliuria		X	
Polaquiuria		X	
Oliguria	X		

Nicturia		X	
Anuria		X	
Hematuria		X	
Incontinencia urinaria		X	
Retención urinaria		x	

		OBSERVACIONES	
Número de evacuaciones Al día:	2	(características) liquida	
Continencia			
Incontinencia Fecal		X	
Dolor		x	
Sangre en heces		X	
Prurito anal		X	
Uso de auxiliares para la evacuación (especificar)		X	
OBSERVACION:			
Uso de protector. Especificar: Pañal	x		
Sonda vesical	x		

Fármacos: furosemide 10 mg cada 12 horas PRN PVM, espironolactona 25 mg por SNG cada 12 horas

4. MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS

¿Requiere de algún dispositivo (bastón, andadera) para la marcha? si () no (X)

¿Cuál? _____

¿Favorece su movilidad? Si () no () Porque _____

Dolor al movimiento si (X) no () Desde cuándo desde su hospitalización

Donde brazos y piernas

Escala Analógica del dolor EVA 4

Es independiente para trasladarse cama-silla-sillón y viceversa: no

Fármacos clonixinato de lisina 1 ampula iv cada 8 horas

5. DORMIR Y DESCANSAR

¿Le cuesta trabajo conciliar el sueño? Si () no (x) Especifique

¿Se levanta durante la noche? No (x) Si () ¿Por qué? _____

¿Acostumbra tomar siestas durante el día? sí Hora 15:00 hrs Tiempo 1 hora

¿Toma algún medicamento para conciliar el sueño? no

¿Le han dicho que ronca? si

Observaciones _____

	si	No	Observaciones
Ojeras	x		
palidez	x		
bostezos		X	
adinamia_	X		
Irritabilidad	X		Pocas veces

Fármacos: no

6.- ESCOGER ROPA ADECUADA, VESTIRSE Y DESVESTIRSE

(valorar aspectos que determinen deterioro físico y/o cognitivo Minimental de Folstein)

Se viste solo (a) ? Si () No (X) ¿Quién le ayuda? enfermería

¿En qué medida? Total

Tiene limitación: Física si (X) no () Cognitiva si () no ()

Especifique: astenia y adinamia por neumonía y ventilador mecánico

Fármacos no

7. MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES

Temperatura corporal: 37.5°c

Que factores dentro del hospital considera afectan su temperatura la ropa de cama

Fármacos metamizol 1gr IV cada 8 horas PRN PVM

8. MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL

Escala de Norton modificada al adulto mayor Riesgo moderado

Realiza su higiene personal de manera autónoma si () no (X)

En qué medida (ayuda o supervisión) Sustitución

	Si	No	Observaciones
Mal olor		x	
Micosis manos		x	
Cabello limpio	x		
Lentigo senil			
Piel seca	x		
Micosis pies	x		onicomicosis
Ulceras por presión	x		En zona coccigea
Halitosis		x	
Higiene dental	x		No cuenta con piezas dentales, enjuague con clorexhidina

Fármacos: fluconazol amp 100mg iv cada 12 horas

9. EVITAR LOS PELIGROS

Minimental de Folstein: NA

Esquema de vacunación completo: Sí (X) No () Especificar:

¿Se ha caído el paciente en el último año? Sí No x

¿Cuántas? _____

¿En qué circunstancia

sucedió? _____

Ingiere bebidas alcohólicas SI () NO (x) Frecuencia:

Problemas de audición: si () no (x) Especifique

Problemas de visión: si (x) no () Especifique disminuida por vejez

Fármacos: no

10. COMUNICACIÓN

Escala de Depresión Geriátrica GDS probable depresión

¿Tiene algún problema con el lenguaje y/ o el habla? Si (X) no () por traqueostomía

¿Qué rol familiar desempeña? Abuela

¿Ha tenido alguna pérdida significativa? Si (X) no () ¿Cuál? Su esposo

Déficits sensoriales (Audición - visión) disminución de la visión por vejez

Escala de Coma de Glasgow para valoración del nivel de conciencia 15/15

Fármacos:

11. VIVIR DE ACUERDO CON SUS PROPIOS VALORES Y CREENCIAS

¿La religión es importante en su vida? Si (X) no () Porque

¿Cómo es el apoyo de su familia con respecto a su enfermedad?

Sus hijos la apoyan, aunque a veces tienen que trabajar y no la ven

Percepción actual de su situación de salud y bienestar. Se siente mal por estar encamada

Fármacos: *No*

12.- TRABAJO Y REALIZACION

¿Cuál es su ocupación actual? Ama de casa

Es jubilado si () no (X) ¿Que ha representado para usted la jubilación?

Fármacos: no

13.- RECREACION

La hospitalización como afecta su estado de ánimo: demasiado

Presenta alguna dificultad para realizar sus pasatiempos habituales si (X) no () hospitalización

¿Causas a las que atribuye esta limitación? Física Cognitiva Especifique física

Fármacos: No

14. APRENDER

Circunstancias que influyen en el aprendizaje:

	Si	No	Observaciones
Limitaciones cognitivas		X	
Estado emocional	X		
Motivación	X		
Sabe leer y escribir	X		
Estado de conciencia		x	

Fuentes de aprendizaje (tv, internet, periódico, libros) No valorableal momento
¿Le gustaría aprender algo nuevo?

Realizo: L.E.O Maribel Mendoza Milo