



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y  
OBSTETRICIA

---

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Aplicado a una Persona con Dependencia en las Necesidades de Oxigenación, Nutrición, Eliminación y Movilidad, basado en el Modelo de Virginia Henderson.

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO DE ENFERMERÍA

PRESENTA:

Cruz Mendoza Laura

Número de Cuenta: 08751505-5

Directora de Trabajo:

MCE. Sara Esther Tellez Ortiz



CD.MX., Enero 2018



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.

# ÍNDICE

	Página
I. Introducción	3
II. Justificación	5
III. Objetivos	
Generales	
Específicos	8
IV. Marco Teórico	9
4.1 Antecedentes históricos de Enfermería	
4.2 Definición de enfermería	
4.3 Modelos y teoría de Enfermería	
4.4 Definición y Etapas del Proceso Enfermero	
4.5 Conceptos principales y definiciones del Modelo de Virginia Henderson	
4.6 Etapa del Adulto	
V. Metodología	38
VI. Desarrollo del Proceso	39
6.1 Presentación del Caso Clínico	
Instrumento Metodológico	
6.2 Valoración de necesidades	
6.3 Plan de Cuidados	
6.4 Plan de Alta	
VII. Conclusiones	75
VIII. Sugerencias	76
IX. Bibliografía	77
X. Anexos	80.

# I INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo se expone como parte de la culminación de los estudios profesionales de enfermería a nivel licenciatura, con la intención de profundizar en el conocimiento de la metodología de enfermería, así como en el aprendizaje y en la atención de los cuidados de enfermería a los pacientes con afecciones respiratorias causada por infección por el virus de H1N1.

En este documento el lector puede encontrar una Justificación, Marco teórico, objetivos, la metodología del trabajo y el desarrollo del plan de cuidados de enfermería, fundado en el Método de Enfermería o Proceso Atención de Enfermería; se ejecutaron cada una de las diferentes etapas de éste (Valoración, Diagnóstico de Enfermería, Planeación, Ejecución y Evaluación), con el soporte del uso la nomenclatura y lenguaje estandarizado. Los Diagnósticos de Enfermería se desarrollaron con base en la NANDA, así mismo, para las etapas de Planeación, Intervenciones o Ejecución y Evaluación del Plan de cuidados de Enfermería se empleó la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) y Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), los cuales han demostrado ser una excelente guía metodológica para la estructuración y ejecución de los planes de cuidados.

Como marco teórico se determinó aplicar desde la valoración de enfermería la propuesta filosófica de las 14 Necesidades Humanas de Virginia A. Henderson (1987-1996), para contribuir a disminuir esa brecha entre la teoría y la práctica asistencial, ya que los modelos teóricos (generalizando e incluyendo toda la clasificación desde filosofías hasta teorías de enfermería) son una herramienta útil para el razonamiento, el pensamiento crítico y la toma de decisiones, y además apoyan a los profesionales en el control de la información necesaria y a la organización de las actividades dirigidas a resolver los problemas identificados en cada persona.

En el Desarrollo del Proceso se presenta el caso clínico de un paciente adulto mayor jubilado, con afección en su estado de salud por influenza causada por el

Virus de H1N1 y agregada una enfermedad crónica degenerativa, internado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Servicio de Infectología del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".

El haber proporcionado los cuidados de enfermería a un paciente con afección por virus de H1N1, dio oportunidad de comprender la fisiopatología de la enfermedad, así como de conocer que las personas con enfermedades de tipo crónico degenerativas, son personas vulnerables para contraer este tipo de afecciones.

## II JUSTIFICACIÓN

La Influenza es una enfermedad respiratoria viral, contagiosa y aguda, cuyas manifestaciones clínicas características son fiebre, cefalea, mialgia, postración, coriza, dolor de garganta y tos. La sintomatología difiere en función de la edad de las personas infectadas.

La mayoría de las personas afectadas se recuperan en una o dos semanas sin necesidad de tratamiento médico; sin embargo, la influenza puede representar un grave riesgo para la salud de los niños menores de cinco años de edad, los ancianos y las personas que padecen ciertas afecciones, como obesidad, enfermedades crónicas como diabetes, enfermedades cardiovasculares, pacientes con infección por VIH y pacientes con terapias inmunosupresoras.

En estos pacientes la influenza puede provocar complicaciones graves, es por ello que las hospitalizaciones y las defunciones por influenza se dan principalmente en grupos de alto riesgo: niños de 6 meses a 5 años de edad, personas mayores de 60 años, mujeres embarazadas en cualquier trimestre de gestación, personal de salud y personas de cualquier edad que padezcan enfermedades crónicas como enfermedades vasculares (hipertensión), enfermedades cardíacas, diabetes, VIH/SIDA o que por la enfermedad o algún tratamiento se tenga comprometido el sistema inmune. (Dirección General de Epidemiología, 2013).

Las personas con diabetes (tipo 1 y 2) incluso cuando están bien controladas, corren mayor riesgo de desarrollar enfermedades graves y complicaciones, como hospitalizaciones e incluso la muerte, como consecuencia de la influenza. Esto se debe a que la diabetes hace que el sistema inmunológico es vulnerable para contrarrestar las infecciones. (Dirección General de Epidemiología, 2013).

En Estados Unidos, entre el 5 al 20% de la población se enferma de influenza cada año, cobrando la vida de unas 36,000 personas y la hospitalización de otras 200,000, ocasionando costos médicos de alrededor de 10 mil millones de dólares; el impacto económico total anual se estima en casi 90 mil millones de dólares.

En México, no se cuenta con estadísticas similares, aunque algunos estudios estiman que en nuestro país fallecen por influenza y neumonía alrededor de 10,000 personas al año. (Dirección General de Epidemiología, 2013)

Es importante establecer estrategias de prevención en el manejo de la influenza causada por el virus de H1N1, por ser una enfermedad aguda y recurrente que se presenta principalmente en la época invernal y que tiene un impacto en la salud pública a nivel mundial.

La enfermedad se manifiesta con altas tasas de morbilidad en individuos de todas las edades y elevadas tasas de mortalidad en niños, individuos mayores de 60 años, pacientes con enfermedades crónicas y mujeres de gestación. (Salud Pública de México, 2006)

La vigilancia epidemiológica de influenza en México, realizada a través de las Unidades de Salud Monitoras de Influenza (USMI) reportó que durante su temporada alta en el periodo 2015-2016, el porcentaje de casos de Enfermedad Temporal de Influenza e Infecciones Respiratorias Agudas (ETI/IRAG) es de 12 por cada mil consultas otorgadas. Hasta la Semana Epidemiológica (SE) 5, las entidades con mayor proporción de casos confirmados a influenza son: Distrito Federal, Nuevo León, Jalisco, Sinaloa y México.

En esa misma temporada alta de influenza 2015-2016, los grupos etarios con más números de casos con influenza son: el de >65, seguido del de 25 a 29 y 1 a 4. Se lograron confirmar 870 casos de influenza de los siguientes subtipos: 553 de AH3N2, 200 de AH1N1, 84 de B y 33 de otros subtipos. Los casos confirmados se distribuyen de la siguiente forma de acuerdo a institución y por subtipo:

Semana 2015-2016	Semanas	Casos confirmados	Defunciones confirmadas
40	Semana del 4 al 10 de octubre	8	0
41	Semana del 11 al 17 de octubre	11	2
42	Semana del 18 al 24 de octubre	13	0
43	Semana del 25 al 31 de octubre	8	1
44	Semana del 1 al 7 de noviembre	18	2
45	Semana del 8 al 14 de noviembre	10	0
46	Semana del 15 al 21 noviembre	15	0
47	Semana del 22 al 28 de noviembre	13	0
48	Semana del 29 de noviembre al 5 de diciembre	18	0
49	Semana del 6 al 12 de diciembre	36	2
50	Semana del 13 al 19 de diciembre	36	1
51	Semana del 20 al 26 de diciembre	45	1
52	Semana del 27 de diciembre al 2 de enero	43	5
1	Semana del 3 al 9 de enero	99	10
2	Semana del 10 al 16 de enero	145	6
3	Semana del 17 al 23 de enero	209	3
4	Semana del 24 al 30 de enero	138	1
5	Semana del 31 de enero al 4 de febrero	5	0
TOTAL		870	34

Finalmente se considera importante destacar como un factor justificante del presente trabajo, que en esa misma temporada se confirmaron 34 defunciones por influenza (24 por influenza A(H1N1), 8 por Influenza A(H3N2), 1 por influenza B y 1 otros tipos). El 65% de las defunciones ocurrieron en personas del sexo masculino y de las defunciones confirmadas cabe destacar que el 79% tenía alguna comorbilidad (diabetes, hipertensión, obesidad, EPOC, insuficiencia renal crónica, enfermedad cardíaca, inmunosupresión y/o asma). El 47% de las defunciones han ocurrido en personas mayores de 50 años y el 88% no se encontraba vacunado contra influenza. (CONAVE, 2016)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha dado instrucciones a los países miembros de la organización, para que se lleven a cabo planes de preparación y respuesta para hacer frente a esta enfermedad. México por su parte ha creado un Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de influenza con la finalidad de proteger a la población mediante acciones efectivas y oportunas. (Salud Pública de México, 2006)

El Hospital General de México “Dr Eduardo Liceaga” forma parte del Sistema Nacional de Salud adscrito a la Coordinación de Hospitales Federales de Referencia. Su objetivo ante este Plan de acción, consta de tener un instrumento operativo para el Hospital ante emergencias y desastres, cuya estructura facilite el funcionamiento oportuno y eficiente ante situaciones de crisis de diversa etiología, que garantice la atención oportuna y eficiente a las víctimas y la continuidad de los servicios de salud, para minimizar los daños en la población y dar seguimiento permanente a la implementación de las políticas y regulaciones como “Hospital Seguro” (Comité Hospitalario para emergencias y desastres Programa “Hospital Seguro”, 2012)

En este sentido la participación que deben tener los profesionales de enfermería para lograr este objetivo es sustancial, ya que como miembros del equipo de salud, las funciones de cuidado son básicas tanto para el manejo del problema de salud como en la prevención y reconstitución de las personas afectadas a su vida cotidiana.

## III OBJETIVOS

### GENERAL

- Desarrollar un Plan de Atención de Enfermería aplicado a una persona con dependencia en las necesidades de oxigenación, nutrición y eliminación, que cursa con un cuadro de Influenza H1N1, con una
- morbilidad de Diabetes Mellitus II, basado en el modelo de Virginia Henderson.

### ESPECÍFICO.

- Conocer de una manera más detallada la fisiopatología de la enfermedad, que permita ejecutar las acciones del Plan de Atención de Enfermería.
- Realizar un Plan de Seguimiento y Alta, que refleje las medidas de nutrición, medicamentos, actividades e instrucciones especiales que permita llevar a cabo un estilo de vida más saludable.
- Lograr el dominio en la elaboración del Plan de Cuidados de Enfermería con la aplicación de la nomenclatura estandarizada (NANDA, NOC, NIC.)

## IV MARCO TEÓRICO

### 4.1 Antecedentes históricos de Enfermería

En la actualidad la enfermería tiene un comportamiento y evolución que se explica por su proceso histórico y por su desarrollo científico, tal y como lo describen García M.C y Martínez M.M.L (2001) en su libro titulado Historia de la Enfermería, Evolución histórica del Cuidado Enfermero, lo cual describe la historia de la profesión en cuatro etapas: **Etapa Doméstica**, donde la mujer era delegada a las tareas que preservaban la vida, mediante el cuidado a la higiene, alimentación y agua. **La Etapa Vocacional**; donde la salud era asociada como algo todopoderoso, así como a las personas dedicadas al cuidado de la enfermedad, tendrían que mostrar voto de obediencia, sumisión y con un gran sentido de religiosidad y de caridad. **La Etapa Técnica**; está caracterizada por el uso de una tecnología más específica en la atención del cuidado del paciente con alguna enfermedad. Por último **la Etapa Profesional**; donde se conceptualiza el cuidado enfermero; con conocimiento propio, tomando como tal un cuerpo, una responsabilidad hacia la atención a la salud en la población. En esta etapa los factores que intervinieron en la profesionalización de la enfermería fueron: creación de organizaciones profesionales, cambio en los programas académicos en su formación y Normas legales que respaldan y regulan la educación y el ejercicio profesional.

A continuación se describen brevemente los aspectos generales de los cuidados en las diferentes etapas de la historia de enfermería:

**Doméstica:** En los tiempos remotos la salud- enfermedad era concebida como algo sobrenatural y los cuidados se generaban cuando las personas tenían alguna enfermedad y se ponían al cuidado de personas consideradas con poderes divinos.

Durante esta etapa; la mujer que proporcionaba los cuidados, era exclusiva para esas atenciones. Realizaban su tarea procurando preservar la vida mediante los elementos naturales como son: la higiene, el vestido y la alimentación.

**Vocacional;** La gente de esa época vivía apegada a una cultura religiosa, donde la iglesia se posesionó de una manera importante de la población, surgiendo instituciones que se dedicaban al cuidado de los enfermos y de los necesitados. (García y Martínez, 2001)

Los primeros registros que se tienen sobre los cuidados, muestran que estaban que estos los desarrollaban mujeres dedicadas a los enfermos que tenían la particularidad de ser entre otras, diaconisas, matronas y/o viudas y que se dieron en un fervor religioso, formándose congregaciones, hermandades y órdenes, donde los cuidados eran proporcionados por mujeres de buena cuna y una adecuada condición social, brindando auxilio a los hogares con alguna necesidad de atención de cuidado.

Matronas Romanas; mujeres que eran ricas que atendían a los enfermos, pobres y menesterosos, por lo que sus principales actividades estaban destinadas al cuidado y atención del enfermo.

**Edad media;** Un hecho importante fue la creación de los monasterios donde la atención de enfermería estaba dirigida a los pobres, enfermos y niños, con el propósito de dar un cuidado de tipo caritativo.

Por otra parte la Orden de las Agustinas fue la primera que contó con enfermeras registradas con una orden de tipo religioso para la atención de los cuidados, así como en la admisión y el alta del paciente, además de la administración del hospital y actividades religiosas.

En Londres, en el año 936 se funda el Hospital de Santa Catalina y San Bartolome, donde las tareas de enfermería se enfocaban en la admisión y el alta del paciente, en la responsabilidad de las cocinas y la lavandería. Este hospital ha funcionado de manera continua, desde sus inicios, el cual dispone de varias centenares de cama, además de ser Centro para la Enseñanza de la Enfermería y la Medicina (García y Martínez, 2001)

**Edad media Baja;** La edad media baja está abarca un periodo de tiempo que incluye los años 1000-1500, en donde se reporta un incremento en la población, motivo por el cual se tornan insuficientes los servicios sanitarios e higiénicos para ese momento. La guerra terminó y fueron disminuyendo las epidemias,

dando oportunidad de reiniciar la formación y la apertura de colegios y escuelas. La atención a las mujeres embarazadas estaba a cargo de las parteras. La creación de hospitales estaba dirigida solamente al cuidado de los pacientes con escasos recursos, así como para las personas con enfermedades infectocontagiosas.(García y Martínez, 2001)

**Mundo Moderno;** En los siglos XIII y XIV, en los hospitales, la mujer era quien administraba los cuidados y se responsabilizaba de la buena marcha del hospital. Entre los cuidados que se describen para llevarse a cabo están: Las necesidades básicas (alimentación, eliminación, higiene y confort); tareas técnicas, haciendo referencia a la vigilancia del estado de los enfermos y aplicación de ventosas, entre otras. En España, se editaron varios manuales destinados a la formación de las personas que administraban cuidados, con la finalidad de dar información para ejercer esas funciones, estos manuales fueron escritos por hombres enfermeros con extensa experiencia en cuidados y con necesidad de transmitir los conocimientos adquiridos (García y Martínez, 2001).

En este tiempo el protestantismo, que es un término para referirse a los grupos cristianos que se separaron de la Iglesia católica romana con la Reforma protestante del siglo XVI. Reflejaba la intolerancia hacia la educación femenina. En los países en que se forjó la Reforma Protestante, las órdenes religiosas se fueron dispersando y por consecuencia se fueron cerrando conventos, afectando la atención al cuidado de los enfermos. Para cubrir la necesidad de brindar atención a los enfermos, se incorporaron al cuidado de las personas mujeres de la vida galante. El trabajo que realizaban estas personas carecía de conocimientos y humanismo; era solamente una tarea ejercida con la finalidad de obtener un lugar para dormir y alimento a cambio de la escasa atención que ofrecían. *M. Patricia Donahue denominó a este período la «Época oscura de la Enfermería».* (García y Martínez, 2001)

**Etapa vocacional en España:** El conocimiento y la evolución de los cuidados de enfermería, según García (2001), se enmarca en 2 periodos; los primeros quince siglos y la época moderna de la historia (XVI al XVIII).

Para el año 1500 Domínguez Alcon, agrupó las tareas de enfermería como cuidados de base, cuidados técnicos, gestión, higiene, confort, alimentación,

eliminación y comunicación. Otorgaban alimentos a los enfermos llevando una preparación específica para ellos, así como en cantidad. En la necesidad de eliminación; los cuidadores de los enfermos dejaban un orinal en las noches para después vaciarlos. En la comunicación y contacto, era considerado una obligación de los cuidadores en preocuparse para mantener una comunicación estrecha y un contacto frecuente con los enfermos. (García y Martínez, 2001)

Los cuidados se estaban enfocando al manejo del diagnóstico y tratamiento de los enfermos. Existían tareas que se centraban específicamente en el personal, y estas eran: tiempo de espera entre actividad y otra, transporte de material o de enfermos, descanso personal. El personal dedicado al cuidado de los pacientes, estaba clasificado en dos tipos: personal de tipo sacerdotal y personal.

En el personal seglar (denominada así al personal femenino que no tenía un conocimiento de orden sacerdotal), ellas administraban los cuidados y se responsabilizaban del funcionamiento del hospital. Consideradas como las precursoras de la enfermería.

**Época Moderna:** Los cuidados de la Salud se encontraban clasificados según el servicio que prestaban, como son:

- Cubrir necesidades básicas de alimentación, eliminación, higiene y confort
- Tareas técnicas (aplicación de ventosas, administración de jarabes, purgas y otras indicaciones médicas.

**Etapa técnica de los cuidados:** En el mundo contemporáneo la enfermera era considerada por la sociedad, enfermeras con actitud maternal y abnegada. Los servicios de salud exigían de enfermería cada vez más especialización en técnicas curativas. Donde sus principales actividades estaban enfocadas a llevar a cabo al pie de la letra las indicaciones del médico en cuanto al diagnóstico y lo curativo, de tal manera que era considerada un auxiliar en la medicina y no en la atención del enfermo como persona. En esta etapa técnica de los cuidados sus principales tareas eran; medición de signos vitales, prácticas de curas, administración de fármacos y otros tratamientos. (García y Martínez, 2001)

Para el tiempo considerado "**Cuidados de la Salud**", este era considerado como un derecho del hombre por lo tanto la asistencia médica no debía ser un

acto curativo individual, sino un derecho de todo trabajador. Bajo este contexto en Alemania se crearon las primeras leyes de seguridad social en 1883, no fue sino hasta el siglo XIX que se dio la asistencia de una manera curativa e individual y de acuerdo a las clases sociales.

**Etapa Profesional (Nueva Concepción de la enfermería.)** La transformación de la práctica enfermera tiene lugar en el siglo XIX y parte del XX. El libro “*el arte de la enfermería*” escrito por los hermanos de la Orden de San Juan de Dios en el año 1833 es muestra de ello, ya que su finalidad era instruir a las enfermeras al cuidado de los enfermos, así como en la atención de la alimentación, ministración de medicamentos, el aseo personal entre otras actividades.

Florence Nightingale: (1820-1910) representa el fin de la actividad enfermera empírica e inicia la profesionalización. Durante la guerra de Crimea se ofrece como voluntaria para ir a Escutari. Ahí organizó un Departamento de Enfermería y dedicó sus esfuerzos a eliminar los problemas de saneamiento en los pabellones del hospital, ya que las condiciones eran deplorables y los soldados sufrían infecciones en las heridas; al tener esta situación la señora Nightingale organizó el saneamiento del hospital; se instalaron ebulliciones y lavaderos para la ropa, se habilitaron cocinas dietéticas, y al cabo de unos meses la mortalidad de los soldados ingleses descendió de un cuarenta a un dos por ciento. En 1859 trabajó en la mejora de las condiciones sanitarias del ejército inglés. Dejando por escrito un legado de obras principales como son: *Notas sobre hospitales*, *Estado sanitario del ejército en la India*, *Administración de los hospitales militares ingleses*, *Qué es y qué no es enfermería*. Incluyó conclusiones obtenidas durante 14 años que realizó mediante la observación y la reflexión del qué hacer de enfermería. Entre sus aportaciones importantes están: el inicio de la búsqueda de conocimientos propios de enfermería; la enseñanza y la educación de la profesión; la investigación de enfermería, la estadística, la epidemiología y los conceptos de higiene y saneamiento dentro de la profesión. (García y Martínez, 2001).

Para mediados del siglo XIX y mediados del Siglo XX la enfermería inicia su ocupación técnica como auxiliar del médico, mantuvo sus valores vocacionales

con aspectos técnicos y de tipo moral. Para las décadas de los 50,60 y 70s, el cuidado de enfermería se orienta hacia la enfermedad.

Para el año 1944 en el Viejo Mundo se crearon los Colegios Oficiales de Auxiliares Sanitarios y el Consejo General de Colegios que acogían a practicantes, enfermeras y matronas. Para el año 1952 en España se llevó a cabo la profesionalización de enfermería, en donde se unificaron los estudios de enfermería, practicante y matrona para la titulación, elevación del nivel profesional y ampliar la formación con las especialidades. Ya en el año 1952 en España se exigió el estudio de bachillerato y el estudio de Atención Técnicos Sanitarios (ATS) de tres años, teniendo funciones específicas en el Decreto que reguló sus competencias *“Cuando en la localidad no existan titulares especialmente capacitados para ello, el Ayudante Técnico Sanitario podrá prestar asistencia a los partos normales”*:

Para el año 1957 surgen las primeras especialidades, después de la formación básica como son:

- Actividad profesional centrada en servicios de diagnóstico y tratamiento(radiología, electrología y análisis clínicos)
- Las que se centraron en el cuidado al enfermo atendiendo al problema médico (neurología, urología, nefrología y psiquiatría)
- Enfocadas a la preparación para el cuidado en las distintas etapas de la vida, asistencia obstétrica, pediatría y puericultura específica: fisioterapia y podología (García y Martínez, 2001)

### **Historia de Enfermería en México**

En la revista electrónica de investigación en enfermería FESI-UNAM, la Dra. en Educación Leticia Cuevas Gajardo (2012), hace referencia sobre los diferentes momentos que vivieron las personas que se dedicaban al cuidado de los enfermos desde los tiempos prehispánicos. Desde la cultura Azteca, según la creencia de este pueblo, la estructura y la función del cuerpo humano era replica del universo. Se pensaba que los acontecimientos de tipo astronómicos podían afectar las funciones corporales y de manera inversa, el comportamiento

humano podía afectar el equilibrio y la estabilidad del universo. Los chamanes fueron considerados como agentes elegidos para curar a las clases de enfermedades por ese desequilibrio que manejaba el universo. En la actualidad la curación chamánica sigue teniendo una amplia difusión entre los grupos nativos de Mesoamérica.

En esta cultura existían reglas que se deberían cumplir rigurosamente para poner mantener la salud. Creían en el bien y el mal, por lo que la enfermedad era el resultado de un mal vivir por no cumplirlas. La salud y la felicidad eran resultado del equilibrio de la dieta y de la moderación en el comportamiento. (Cuevas y Guillén, 2012)

La Dra. Cuevas en el libro “La historia de la Enfermería” menciona que en los tiempos de Moctezuma se contaba con un hospital donde se atendían a los veteranos de guerra que se encontraban inválidos, así como el cuidado inmediato de los heridos en combate, atendido por mujeres. En ese entonces se conocía la figura del “Ticitil” que era el hombre o la mujer que se dedicaba a la atención de los enfermos.

- Para los aztecas la mujer era primordialmente partera, entrenada por su madre o abuela, utilizando el conocimiento del manejo de las hierbas (eran grandes conocedoras de la botánica) para acelerar el parto, forzar la dilatación del cuello uterino, rotación interna del feto, hasta embriotomías. Aunado a esta tarea, las mujeres que se dedicaban al cuidado de los enfermos administraban brebajes, lavados intestinales, curaban dando fricciones y colocaban férulas entre otras actividades. (García y Martínez, 2001)

Para el encuentro de los dos Mundos, México inicia una nueva etapa histórica y por ende una etapa de enfermería. Con la llegada de los españoles llegaron una serie de epidemias desastrosas para la población indígena como es la viruela, sarampión, gripe y paludismo, así como la fiebre amarilla y el dengue. Una matrona llamada Isabel Rodríguez que vino con la llegada de los españoles, atendía a los heridos de Zempoala y Cholula.

Las autoridades de la Colonia habían visto que la atención de los enfermos estaba costando mucho y ordeno al Protomedicato que interviniera al respecto, creando el “Hospital de la Inmaculada Concepción”, hoy “Hospital de Jesús”. (Cuevas y Guillén, 2012)

Entre los años de 1500 a 1620 empezó la enseñanza de la medicina, así como el inicio de las clases de anatomía y de cirugía. La enseñanza era puramente verbal, sin ningún tipo de práctica.

Debido a que Carlos IV en el año 1804 envió al Dr. Balmis con 50 niños para que tomaran la vacuna e inocular de brazo en brazo contra la viruela. A cargo del cuidado de esos niños se encontraba Isabel Cendela, considerada la primera enfermera sanitaria a nivel de Iberoamericana. (Cuevas y Guillén, 2012)

Por \$50.00 de ese entonces al año las mujeres solteras, viudas y honestas de edad madura hacían curaciones en hospitales y cárceles, para ese momento no se les pedía ningún tipo de examen para poder ejercer la enfermería.

Para la formación de las parteras en la República Mexicana, se tenía una serie de requisitos; ser mujer, con educación primaria y la aprobación de un examen preparatorio y conocimiento del idioma francés. La carrera duraba dos años, donde recibían una enseñanza objetiva.

- Considerado el periodo colonial como inicio de la educación y probablemente la profesionalización de enfermería ya que se inicio la educación universitaria en México. Para el año 1854 la Facultad de Medicina se establece en el edificio de la Santa Inquisición, en ese mismo lugar pero 60 años más tarde existió la Escuela de Enfermería y Obstetricia sin embargo su estructura y organización estuvo formada hasta principios del siglo XX. De esta manera la profesionalización de enfermería se instituyó por diversas causas, entre las cuales el grupo médico necesitaba formar recursos idóneos porque: Ya no disponían de religiosas que prodigaban atención cristiana y gratuita a sus enfermos; no podían utilizar a las parteras para atender a sus enfermos puesto que ellas tenían bien definidas sus funciones y nivel jerárquico, las enfermeras no estaban acordes con las enormes posibilidades de desarrollo médico,

este cambio se llevó a cabo desde los aspectos educativo, ideológico y de tipo administrativo (Cuevas y Guillén, 2012)

En los años 1900 el Dr. Eduardo Liceaga, quien fuera Director de los Servicios Médicos del Hospicio, Maternidad y Consultorio, le solicitó al Presidente de la república, Don Porfirio Díaz la autorización para establecer una Escuela de Enfermería en México, dependiente de la Facultad de Medicina, la cual fue inaugurada el 9 de febrero de 1907 en el Hospital General de México. Se creó el reglamento respectivo, donde se menciona que la carrera se cursaría en tres años. Los primeros cursos fueron impartidos por enfermeras extranjeras sin embargo para los primeros puestos fueron consideradas para las primeras mexicanas, la señorita Eulalia Ruiz Sandoval y la Señorita María Quiroz como Subjefas de la Escuela de las Enfermeras. (Cuevas y Guillén, 2012)

Para el tiempo de la Revolución Mexicana había mujeres que participaban en los campos de batalla para dar consuelo y atención a los caídos. Una de ellas fue Refugio Estévez Reyes llamada la Madre Cuca, considerada un ejemplo de vocación, desinterés, sacrificio y amor a la humanidad de la enfermería ya que en el cumplimiento de su deber recibió un balazo en el cuello del lado izquierdo y que lo acompañó durante toda su vida en la región carótida, a nivel de la cuarta vértebra cervical. (Cuevas y Guillén, 2012)

Para los años de 1910 la Universidad Nacional Autónoma de México hace la reapertura de la Escuela Justo Sierra, por lo que la escuela de Medicina se integra el 26 de mayo de 1910 y para el año de 1911 la Universidad aprueba a integrar la Enseñanza de la Enfermería a la Escuela de Medicina en las propias instalaciones de esta.

En 1920, José Vasconcelos señalaba “La Técnica y el arte” tienen como único fin social servir al hombre del pueblo. Reflejo de estas políticas se desarrolla un proceso de integración de programas de servicio social en las universidades.

La formación de las enfermeras y parteras bajo los reglamentos de los hospitales Juárez y General de México, incluía el internado, régimen que mantenía los estudiantes de enfermería las 24 horas del día en el hospital. (Cuevas y Guillén, 2012)

Para el año de 1932 la Enfermera Carmen Gómez Siegler con apoyo de un médico, reorganizó el Departamento de Enfermería y logró reducir la jornada de trabajo a 12 horas, así como de llevar a cabo las prácticas en los hospitales dejando por sentado que con las horas prácticas que realizaban en el hospital estaba cumplido el servicio social.

En 1935 se crea el nivel técnico de enfermería con duración de tres años de estudios, así como la carrera de partería.

En 1945 la Escuela de Enfermería logra su autonomía de la Facultad de Medicina, de esta forma surge la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Para entonces cada uno de los estados forma sus propias instituciones de Enfermería. (Cuevas y Guillén, 2012)

Para mediados del Siglo XX se consolida la enfermería como disciplina con conocimientos propios y una responsabilidad definida en la atención de la salud de la población. Formando a sus propios profesionales con la finalidad de organizar y dirigir los servicios de enfermería y de iniciar investigaciones encaminadas a incrementar su cuerpo de disciplina a nivel de licenciatura.

Los cambios que se han presentado en la profesión de enfermería han sido significativos. Donde inicio sus actividades de forma empírica y dirigida hacia la técnica, hasta una atención del cuidado basado en un marco teórico propio, utilizando una metodología lógica y racional plasmado en un proceso de enfermería de manera y con diagnóstico de enfermería, que permiten dar una atención basada en las necesidades de cada paciente en una forma holística. (García y Martínez, 2001)

Bajo este contexto de la profesionalización, en el mundo surgen asociaciones con el objetivo de contribuir al cambio que se estaba presentando. El más representativo para esta contribución ha sido el de la Asociación Americana de Enfermería (ANA), que para el año 1965 define a la formación *“Una escuela de enfermería independiente de los organismos de servicio, pero que proporcione formación para el servicio, con enfermeras educadoras competentes y oportunidades de aprendizaje bien seleccionadas. El desarrollo de la estudiante como persona. La dignidad del paciente como ser humano, la provisión de la*

*enfermería como servicio comunitario, al mismo tiempo como cuidado institucional. La identificación de la base sobre la cual se funda la enfermería; por ejemplo, la higiene ambiental y el cuidado personal. La dirección de la enfermería a cargo de las enfermeras. El modelo de la enfermera como persona de cultura, y como profesional competente” (Salas, 2012)*

Durante el desarrollo histórico de la enfermería en su figura profesional, el personal de enfermería trataba de elevarse como disciplina con un conocimiento propio y un juicio clínico que permitiera aplicar y otorgar una atención de cuidados en la atención de pacientes para lograr identificarse como profesión donde ya no fuera organizada y dirigida por el gremio médico. Donde el Proceso Atención de Enfermería (PAE) fue la fórmula ideal para llevar a cabo un plan de actuación en la gestión y brindadora de cuidados. Para lograrlo factores importantes intervienen en la profesionalización (formal y sociológico)

Lo formal habla sobre las organizaciones formadoras de profesionales de enfermería que permiten que continuamente se estén renovando y actualizando los programas formativos y normas legales que regulan la educación y el ejercicio de la profesión con el objetivo de elevar y/o mantener la calidad de la educación y el ejercicio. Gracias al desarrollo de este proceso, el profesional de enfermería fue separándose de una manera definitiva de los oficios, por su nueva posición frente al conocimiento y a la praxis.

Desde la sociología, la profesión de enfermería cuenta con elementos y/o requisitos que debe cumplir como profesión, al igual que cualquier disciplina. Se caracteriza porque durante la realización de su praxis, se comunica con sus pares y con el usuario mediante un lenguaje técnico común, concebido como el proceso para producir y recibir textos relacionados con el quehacer de la enfermería. (González y Arras 2012)

Otra categoría establecida por la sociología es la *autonomía*, la cual es percibida por los profesionales de enfermería como la habilidad para cumplir las metas del cuidado de la práctica independiente con otros cuidadores de la salud. González (2012) menciona también que la autonomía es la capacidad para controlar sus actividades profesionales en el ambiente de trabajo, donde implica independencia, disposición, corregir riesgos y responsabilidades de los propios

actos, así como la auto determinación y auto reglamentación de la organización social del trabajo, en el contenido técnico y en la selección de condiciones económicas.

Otro elemento que influyó fue la credencialización, definida como el conjunto de componentes que identifican que una profesión puede ser ejercida por sus miembros y que la ley y la sociedad la reconocen como tal. Esta credencialización se da mediante un proceso de formación que la institución educativa establece mediante un examen profesional formulado y administrado por la misma (González y Arras, 2012)

En los Estados Unidos de América fueron los primeros en integrar los programas de enfermería en la universidad a finales del siglo XIX, Gran Bretaña lo hizo en el año 1955, en España los estudios de enfermería se integraron en la Universidad en el año 1977.

De una profesión de enfermería que inició centrada en la enfermedad con contenido básicamente práctico y biologicista se ha pasado a ejercer la profesión abarcando diferentes aspectos. Esto es, en la actualidad, se orienta hacia la salud, se ha pasado de una actividad al servicio del médico a un servicio centrado en las personas (sanas o enfermas), en los diferentes campos de acción: Asistencial, la Administración y la investigación/docencia.

El campo asistencial, el más conocido y con el que más se identifica la profesión, por su finalidad de conservar la vida, la salud y el bienestar, así como fomentar la salud y prevenir la enfermedad en las personas sanas y enfermas. La complejidad de la asistencia sanitaria ha permitido que los profesionales de la salud desarrollemos conocimientos para una mejor calidad de atención, permitiendo contar con acciones en todos los niveles de atención. En el campo de la Administración, no solamente se actúa como coordinador sino a nivel dirección con todo un equipo de salud, compartiendo responsabilidades a nivel multidisciplinario. En el campo de la Investigación por ejemplo, enfermería tiene la obligación de profundizar en sus conocimientos de forma constante y para esto es necesario indagar con la finalidad de incrementar los conocimientos y que esto permita solucionar problemas planteados y se aporten conocimientos científicos, permitiendo el fortalecimiento y desarrollo de las teorías de

enfermería. La investigación aporta a la enfermería un incremento del conocimiento y la mejora de los servicios, que es fundamental para la profesionalización. (García y Martínez, 2001)

#### 4.2 Definición de enfermería.

En sus escritos Florence Nightingale, define a enfermería “como la profesión que tiene la responsabilidad de cuidar la salud de las personas y tiene que poner a la persona en la mejor forma posible para que la naturaleza pueda actuar sobre ella” (Salas, 2012)

Según 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. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal” (OMS, 2013)

Sus funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación”( CIE,2015)

La American Nurses Association (ANA) cita a la profesión como “la ciencia y el arte de cuidar de la salud de individuo, la familia y la comunidad. Su campo de acción es la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad y la participación en su tratamiento, incluyendo la rehabilitación de la persona, independientemente de la etapa de crecimiento y desarrollo en que se encuentra. El objetivo de la enfermería es mantener al máximo el bienestar físico, mental, social y espiritual del ser humano” (ANA, 2016)

Por lo anterior considero que la profesión de Enfermería es una ciencia que, permite realizar actividades profesionales en la gestión del cuidado en los tres diferentes niveles de atención con la finalidad de mantener, establecer y si es posible restablecer la salud humana en un individuo, familia y entorno. Es una disciplina autónoma en la toma de decisiones, basado en un modelo de atención

con diagnósticos de enfermería establecidos de una forma eficaz y oportuna, con fundamentos científicos y con una gran participación en el equipo multidisciplinario de salud, permitiendo desarrollar investigación en el cuidado de la salud con un enfoque holístico. Tiene una participación activa en el Sistema de Salud para la aplicación de Estándares de Calidad.

Como un ejemplo de lo antes mencionado se puede comentar que las Guías de Práctica Clínica de Enfermería (GPCE) derivadas de la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE), implican una participación activa del profesional de enfermería en el proceso de toma de decisiones y en la elección del mejor cuidado para un paciente en concreto, lo que conduce a una menor variabilidad en la práctica y mayor proceso de reflexión como parte de la cultura de la calidad de la atención. Siendo su objetivo “Establecer una estructura metodológica para el desarrollo de GPCE que permite estandarizar las intervenciones y cuidados de enfermería en las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud”. (Sistema Nacional de Salud, 2013)

La profesión de enfermería va teniendo áreas de oportunidad de mejora en las diferentes actividades en el cuidado, investigación, atención e innovación de modelos de atención, favoreciendo en el desarrollo del profesional de enfermería basados en la evidencia de una manera científica, holística e innovadora en nuevos modelos de atención, permitiéndose desarrollarse en la gestión del cuidado del individuo y su familia, llevándolo siempre a un entorno de bienestar y de salud con calidez y calidad de vida.

#### 4.3 Modelos y Teoría de Enfermería

La enfermería como profesión existe desde que Florence Nightingale, a mediados del siglo XIX, expresó la firme convicción de que la enfermería requería un conocimiento diferente al que hacer médico. Para ella era la función propia de enfermería; tener al paciente en las mejores condiciones para que la Naturaleza actué sobre él; definió los conceptos de salud y enfermedad en relación con la enfermería, el objetivo de los cuidados de enfermería y su praxis, es decir que se inició una etapa nueva donde se empezaba a delinear un modelo conceptual de enfermería (Sandoval y García, 2012)

En la década de los años 50 del siglo pasado, los profesionales de enfermería comienzan a desarrollar los modelos conceptuales. Estos pueden clasificarse según su centro de interés principal. Representan diferentes puntos de vista y explicaciones sobre la naturaleza de los objetivos y los métodos de enfermería.

Un modelo conceptual es una idea global sobre cómo debe ser el cuidado de enfermería, se construyen a partir de los conceptos que describen imágenes mentales de los fenómenos, y de las proposiciones que establecen las relaciones entre los conceptos, lo que puede proporcionar una organización para pensar, observar e interpretar lo que se ve, de la misma manera ofrecen una orientación para identificar las cuestiones más importantes del cuidado. Cada modelo conceptual muestra matrices disciplinarias diferentes o paradigmas, derivados del meta paradigma de enfermería. Cada uno de ellos define los cuatro conceptos del meta paradigma de forma diferente y enfoca desde distintos puntos de vista las relaciones que se dan entre ellos (persona, entorno, salud y concepto de enfermería).

La utilización de un modelo conceptual o de una teoría de enfermería facilita la comunicación entre las enfermeras y proporciona un enfoque más unificado para la práctica. Se trata de la representación simbólica de la realidad. Los modelos se desarrollan usando conceptos relacionados que aún no han progresado hacia una teoría. El modelo sirve como eslabón en el desarrollo de una teoría. Los modelos de enfermería son representaciones de la realidad de la práctica de enfermería. (Sandoval y García, 2012)

Las teorías guían el pensamiento y la acción de la práctica enfermera, donde se comunica la conceptualización de un aspecto de la realidad de enfermería con la finalidad de predecir, un fenómeno, explicar las relaciones entre fenómenos, predecir las consecuencias o prescribir el cuidado de enfermería. Es una representación de aspectos de la realidad que se descubren o inventan, para describir, explicar y predecir o prescribir respuestas, eventos, situaciones, condiciones o relaciones. Las teorías tienen conceptos que están relacionados unos con otros, formando definiciones teóricas, guían el pensamiento y la acción de la práctica de enfermeras

Según Fawcet mencionada por Sandoval y García (2012) las teorías están conformadas de conceptos y proposiciones dirigidas a explicar los fenómenos con mucho más minuciosidad que los modelos conceptuales, y explican los fenómenos del meta paradigma: persona, entorno, salud y cuidado, explicando las relaciones derivadas de estas cuatro variables”, por lo que la teoría articula y comunica una forma de ver los diferentes fenómenos, guiando de esta manera la práctica enfermera.

Sandoval y García (2012) también citan a Duran de V. quien la concibe como una articulación organizada, coherente y sistemática de una serie de declaraciones relacionadas con preguntas o cuestionamientos, de significado importante para enfermería, que se expresan como un todo significativo. Es una representación de aspectos de la realidad que se descubren o inventan, para describir, explicar y predecir o prescribir respuestas, eventos, situaciones, condiciones o relaciones. Las teorías tienen conceptos que están relacionados unos con otros, formando definiciones teóricas.

La teoría instrumentaliza la acción de la práctica y hace que las intervenciones de enfermería se generen de acuerdo con una comprensión operativa del fenómeno. La práctica sustentada en una teoría de enfermería se desarrolla bajo ciertas premisas básicas que le imprimen características específicas, y en esa relación, la enfermera se da cuenta que tanto la persona que cuida como ella se comportan de acuerdo con esos supuestos o guías paradigmáticas.

Este marco de referencia teórico, da lugar a los modelos de atención, los cuales definen las referencias teóricas y filosóficas y una metodológica que describe cómo el cuidado será realizado en la práctica de enfermería. (Sandoval y García, 2012)

Por lo tanto, un modelo de cuidado es la construcción de un conocimiento que favorece un cuidar diferenciado y específico, que auxilia el cuidado prestado al ser humano. Al mismo tiempo, impulsa el propio conocimiento y desarrollo de la enfermería. Los modelos de cuidado engloban un conjunto de conocimientos para calificar y perfeccionar la praxis de la enfermera. (Sandoval y García, 2012)

#### 4.4 Definición y Etapas del Proceso Enfermero

En la bibliografía Proceso Enfermero, aplicación actual de Bertha A. Rodríguez S. (2002), la autora menciona que es un método que permite una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera(o), que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados.

Por otra parte Marjory Gordon (2007) en su libro titulado Diagnóstico Enfermero, menciona “el proceso enfermero es un método de identificación y recolección de problemas”.

En el Proceso de Enfermería debe de existir un marco conceptual, donde se refiere a una serie de conceptos que guían las decisiones generales acerca de que valorar y diagnosticar, que intervenciones utilizar y qué evaluar.

Podemos concretar que el proceso de enfermería es una guía o herramienta metodológica donde el profesional de enfermería sistematiza, organiza, ejecuta y evalúa, con la finalidad de otorgar una adecuada oportuna y una eficaz atención del cuidado de enfermería (Gordon 2007)

**Etapas:** En el libro de Modelos de cuidados en enfermería de Sara E. Téllez Ortiz (2012), la autora concuerda con otras similares en que el proceso de cuidados se organiza en cinco fases cíclicas, interrelacionadas y progresivas, Valoración; Diagnóstico de Enfermería, Planeación, Ejecución- intervención y Evaluación.

**Valoración;** Es la piedra angular del trabajo enfermero, ya que es el método idóneo para recoger información e identificar problemas, y así poder realizar intervenciones enfermeras encaminadas a solucionar o minimizar dichos problemas. Se puede definir como el proceso organizado y sistemático de recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de fuentes primarias y secundarias. Consta de dos fases: recolección de datos (la información específica que se obtiene del paciente) y documentación (anotación de los datos en el historial del paciente). Los datos que se obtienen son: datos subjetivos, objetivos, históricos y actuales. Los métodos para la recolección de los datos son: entrevista, observación, exploración física y anamnesis.

“Durante la valoración el profesional de enfermería recoge cuatro tipos de datos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales (Iyer, 1997). Los datos subjetivos son aquellos que el usuario nos refiere y que manifiestan una percepción de carácter individual. Los datos objetivos se refieren a la información que se puede observar y medir a través de los órganos de los sentidos como es el peso, la talla, la tensión arterial, etc. Los datos históricos se refieren a hechos del pasado que se relacionan con la salud del usuario como puede ser antecedentes familiares y de manera personal de enfermedad, conductas para el cuidado de la salud, hospitalización, etc. Los datos actuales son hechos que suceden en el momento y que son motivo de consulta u hospitalización”.(Rodríguez, 2002)

Para llevar a cabo la valoración del paciente se tiene que partir de una teoría de enfermería, podemos estar mencionando las 14 necesidades de Virginia Henderson la cual se describirá un poco más detallada más adelante.

Finalmente se puede mencionar que la valoración de enfermería constituye un proceso *planificado*, esto es, debe estar planeada y pensada, no es improvisada. Es también *sistemática*, porque requiere un método para su realización, *continua*, porque comienza cuando la persona entra en contacto con el sistema de cuidados enfermeros y continúa durante todo el tiempo que necesita de ellos y *deliberada*, porque precisa de una actitud reflexiva, consciente y con un objetivo por parte de la persona que la realiza.

**Diagnóstico de Enfermería;** Es la segunda etapa del Proceso de Enfermería, que consiste en la identificación de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales, que las enfermeras con base en sus conocimientos, experiencia y responsabilidad legal, están capacitadas para tratar de manera independiente.(Iyer, 1997)

Según la NANDA, (2012-2014) un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/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 la enfermera.

El diagnóstico de enfermería define con claridad la práctica profesional, pues su uso establece qué es lo que se hace y en qué se diferencia esta labor de la de los otros miembros del equipo de salud (Téllez y García, 2012)

Para la realización de los diagnósticos de enfermería existen varios pasos a seguir: Una vez finalizada la fase de recolección de datos. La enfermera debe emitir un juicio profesional sobre la eficacia en el funcionamiento del área valorada (patrón, necesidad, etc.). La emisión de este juicio clínico es fundamental y va a diferenciar una recolección de datos de una valoración profesional. Para ello es necesario interpretar los datos obtenidos, analizarlos y expresar la idoneidad en su funcionamiento. Es necesario preguntar a la persona cuidada cuál es su problema o preocupación sentida, para relacionarla con los datos obtenidos; redactar una lista completa con problemas reales o de riesgo derivados de los principales datos de la valoración; una vez localizados, relacionarlos con una de las etiquetas diagnósticas aprobadas; determinar la causa, etiología del problema o factor relacionado, o en su caso identificar los factores de riesgo y finalmente determinar cuál es la sintomatología o características definitorias identificadas previamente (esto solo en diagnósticos de tipo real o de salud) (Téllez y García, 2012).

Tipos de diagnósticos de enfermería; los diagnósticos se clasifican de acuerdo a sus características. El diagnóstico real describe un juicio clínico presente, que el profesional confirmó por la existencia de características que lo definen por signos y síntomas principales. El de riesgo (potencial) es una afirmación sobre problemas de salud que la persona todavía no tiene, pero que está en un riesgo más que normal de desarrollarlo en un futuro cercano, y el de bienestar describe un aspecto de la persona que pudiera estar en un bajo nivel de bienestar, o que refiere que desea mejorar el nivel que maneja actualmente. El diagnóstico debe de contar de dos o tres partes, lo cual depende del tipo de diagnóstico del que se trate: los de bienestar como enunciados de dos partes (problema y características definitorias), los de alto riesgo, constan de dos partes (el problema relacionado con los factores de riesgo) y el diagnóstico real que consta de tres partes (problema, factores relacionados o etiología, signos y síntomas o características definitorias) (Téllez y García, 2012).

**Planeación:** La tercera fase del proceso de atención es la planeación de enfermería, es decir, el proceso que contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico.

La planeación de la atención de enfermería incluye las siguientes fases; establecimiento de prioridades, que consiste en que la enfermera y el paciente determinan en conjunto, cuál(es) de los problemas que se identificaron durante las dos fases previas necesitan atención inmediata y cuáles pueden tratarse en un momento posterior. Determinación de objetivos; es el resultado que se espera de los cuidados de enfermería; lo que se desea lograr con la persona y lo que proyecta para remediar o disminuir el problema que se identificó en los diagnósticos de enfermería. Los resultados esperados, o metas, deben centrarse en el comportamiento de la persona, ser claras y concisas, ser observables y medibles, e incluir indicadores de desempeño; además, deben limitarse en el tiempo a corto y mediano plazo, y ajustarse a la realidad. Deben ser coherentes con el plan de atención, basarse en principios científicos, individualizados para cada situación, promover un ambiente terapéutico seguro, generar las oportunidades de enseñanza al sujeto de atención, utilizar los recursos adecuados, describir la forma en que se lleva cabo la acción, indicar las preocupaciones que se deben tomar y las consecuencias que deben desarrollarse (Téllez y García, 2012).

**Ejecución:** Es la cuarta etapa del proceso enfermero que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados, y es la operacionalización del planteamiento de la atención de enfermería y consiste en la ejecución de las actividades para lograr los objetivos planeados. Las acciones deben sustentarse en principios científicos para asegurar unos cuidados de calidad. Esta fase consta de varias actividades; validar el plan, documentarlo, suministrar y documentar la atención de enfermería y continuar con la recopilación de datos. Para la elaboración de un plan de cuidados es preciso reconocer que las actividades coincidan con las necesidades, respuestas humanas y características de la persona (Téllez y García, 2012).

**Evaluación:** Es la última etapa del proceso de enfermería y a la vez una exigencia en la práctica de enfermería, la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que está presente en la valoración, planificación y ejecución. (Rodríguez, 2002)

En la evaluación del logro de objetivo no se evalúan las acciones de enfermería, esto se hace en la revaloración del plan. La evaluación y la revaloración ayudan al profesional a desarrollar la habilidad para redactar planes reales y objetivos para afrontar los problemas del paciente; proporcionan la retroalimentación necesaria para determinar si el plan de atención fue efectivo en la eliminación, disminución o prevención de los problemas identificados; y permiten diseñar protocolos de atención de enfermería cuando el plan de atención ha dado resultado satisfactorios. En caso contrario, le permite valorar lo correcto o lo incorrecto del plan antes de utilizarlo nuevamente. (Téllez y García, 2012).

Por otra parte el 13 de agosto del 2012 en el Diario Oficial de la Federación, en el reglamento Interior de la Secretaría de Salud, se expidió la Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013 para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, donde se menciona el nivel de responsabilidad que el personal de enfermería tiene en el esquema estructural de los establecimientos para la atención médica en los sectores público, social y privado, así como los que prestan sus servicios en forma independiente. Esto con la finalidad de establecer las características y especificaciones mínimas para la prestación del servicio de enfermería en los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud, así como la prestación de dicho servicio que en forma independiente otorgan las personas físicas con base en su formación académica.

#### 4.5 Conceptos principales y definiciones del Modelo de Virginia Henderson.

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas y falleció el 19 de marzo del año 1996 a la edad de 98 años. Se graduó en 1921 especializándose en la enfermería docente. Incorporó principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería. (Sandoval y García, 2012)

Reconocida como una de las primeras teorizadoras que de manera clara explicó qué es la enfermería, cuál es el campo de acción de la enfermera y en que situaciones o circunstancias presta ayuda profesional de su filosofía. (Hernández y Luna, 2011)

**Supuestos principales de su teoría;** Cada individuo lucha por mantener la salud y recuperarla y desea ser independiente en cuestiones de salud. Un estado saludable es aquel en el que se experimenta una sensación de bienestar o comodidad, del cual nos hacemos más conscientes cuando lo perdemos, es entonces que buscamos los medios para recuperarla lo más pronto posible. Cuando el individuo aprecia en gran manera su salud, dichos medios están encaminados a conservar ese estado saludable, mediante la puesta en práctica de medidas preventiva (García y Martínez, 2002).

Cada individuo es una totalidad compleja (un ser bio-psico-social) que requiere satisfacer necesidades fundamentales.

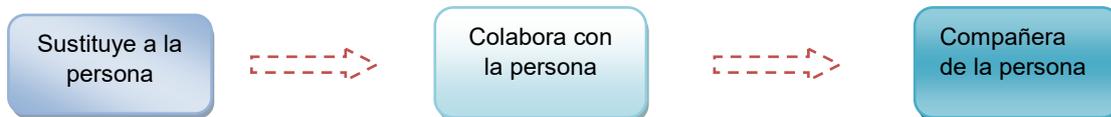
Cuando una necesidad no se satisface, el individuo no está completo en su integridad ni es independiente. El término independiente significa que tiene los conocimientos, la fuerza y la voluntad que son necesarios para ejecutar las acciones que requieren para conservar o recuperar la salud (García y Martínez, 2002)

Hendersón definió la enfermería en términos funcionales y menciona que la única función de la enfermería es asistir al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por el mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o la voluntad necesaria. Todo esto, de manera que le ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible.(Jiménez, Salinas y Sánchez, (2004)

Consideró a las enfermeras como la mayor autoridad en los cuidados básicos de enfermería. Ubicó estos cuidados básicos en 14 componentes o necesidades

<b>Fisiología</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Respirar normalmente</li> <li>2. Comer y beber adecuadamente</li> <li>3. Eliminar los desechos corporales</li> <li>4. Moverse y mantener posturas deseables</li> <li>5. Dormir y descansar</li> <li>6. Seleccionar ropas adecuadas: vestirse y desvestirse</li> <li>7. Mantener la temperatura corporal</li> </ol>
<b>Seguridad</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel</li> <li>9. Evitar los peligros del entorno y evitar lesiones a otros</li> </ol>
<b>Autoestima</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>10. Comunicarse con los demás en la expresión de las emociones, necesidades, miedos y opiniones</li> </ol>
<b>Pertenecia</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Rendir culto según la propia fe</li> </ol>
<b>Auto actualización</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>12. Trabajar de tal manera que haya una sensación de logro</li> <li>13. Jugar o participar en diversas formas de ocio</li> <li>14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva el desarrollo y salud normales y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles. (Sandoval 2012)</li> </ol>

### Relaciones en enfermería



### Meta paradigma



Marriner, A A. y Raile M. (2007). Modelos y teorías en enfermería.

Los principales conceptos los define de la siguiente manera

**Necesidad fundamental:** Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Es considerado un requisito que ha de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo y no como carencias.

\* **Independencia:** Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el paciente o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.

\* **Dependencia:** No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.

\* **Problema de dependencia:** Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.

\* **Manifestación:** Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.

\* **Fuente de dificultad:** Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad:

Las causas de dificultad para la satisfacción de las necesidades están determinadas por: (García y Martínez, 2002)

\* **Fuerza:** Se entienda por ésta no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.

\* **Conocimientos:** Los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

\* **Voluntad:** Compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.

Dichos postulados se resumen en:

- Cada individuo lucha por mantener la salud o recuperarla y desea ser independiente en cuestiones de salud.
- Cada individuo es una totalidad compleja (un ser bio-psico-social) que requiere satisfacer necesidades fundamentales
- Cuando una necesidad no se satisface, el individuo no esta completo en su integridad ni es independiente. (García y Martínez, 2002)

### **Manifestaciones de dependencia**

Las manifestaciones de dependencia revelan la perturbación en la satisfacción de las necesidades. Expresan una dependencia por lo que estas manifestaciones pueden ser objetivas o subjetivas. Existen diversos grados de dependencia/independencia, pero es sabido que el nivel de dependencia varía según la importancia de la ayuda que se requiere para satisfacer las necesidades.

INDEPENDENCIA			DEPENDENCIA		
Nivel 0	Nivel 1	Nivel2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
La persona satisface por si misma	La persona necesita de alguien para que le enseñe a recuperar su bienestar	La persona necesita de alguien para seguir adecuadam ente un tratamiento utilizar un aparato, dispositivo o prótesis	La persona debe contar con alguien para realizar acciones necesarias para satisfacer sus necesidades y no puede participar mucho en ello	La persona debe contar con alguien para realizar acciones necesarias para satisfacer sus necesidades y apenas puede participar en ello	La persona debe enteramente confiar en alguien para satisfacer sus necesidades sin participar de ningún modo en ello

Phaneut (1999) La Planificación de los cuidados de enfermería

Henderson afirma que si la enfermera no cumple su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar. Cuando la enfermera asume el papel del médico delega en otros su propia función. La sociedad espera de la enfermera un servicio que solamente ella puede prestar.

**4.6 Etapa del adulto.** La vejez es el periodo de vida que abarca de los 65 años en adelante, incluye 4 décadas de vida, desde el anciano joven (el que está en sus sesenta) hasta el muy viejo (en sus noventa y más). Individuos en sus sesenta, saludables, activos y recién retirados, pertenecen a una cohorte diferente y tienen necesidades muy distintas de las de los frágiles ancianos de la generación de sus padres. (Kail y Cavavaugh 2011).

Kail y Cavavaugh, mencionan que en el periodo de la vejez se presenta problemas físicos, intelectuales y psicológicos, los individuos difieren en cuanto a condición física y habilidades cognoscitivas. La salud y el vigor físico van disminuyendo lento pero sostenidamente.

En general, los adultos a los sesenta siguen involucrados muy cerca de sus familias y amistades, pero algunos comienzan a enfrentarse a menores ingresos, pérdida de amigos y cónyuge y el desvanecimiento de la fuerza física; algunos en los sesenta años experimentan un mundo social más reducido y pueden enfermar; quienes se hallan en sus ochenta y noventa años tienden a retirarse del mundo y es más probable que sean delicados y tengan más problemas crónicos de salud.

Existen cambios paulatinos, sufren problemas de salud o interrupciones en su vida cotidiana, existe declinación sensorial y orgánica, muchos sufren declive en sentidos como oído y vista, los sentidos se vuelven menos eficientes tardan más en percibir estímulos y en algunas fallas orgánicas pulmones, riñones, etcétera. El cuerpo cambia de numerosas formas durante la vejez, en particular en la apariencia, los sentidos, los músculos, los huesos y la movilidad, así como órganos internos.

En el proceso de envejecimiento, las canas, calvicie, la piel flácida, un cambio en la postura y algunas arrugas son signos reveladores, la piel se vuelve arrugada, seca y delgada, aumenta la aparición de verrugas, aparecen manchas en la piel,

el peso muscular, la fuerza y la resistencia disminuye con la edad, los cambios en la estructura y composición del esqueleto afecta el funcionamiento muscular, los huesos se vuelven quebradizos y porosos y el funcionamiento muscular se hace lento, la coordinación motora y la velocidad disminuye. (Kail y Cavavaugh, 2011)

La mayoría de los ancianos muestra problemas de salud obligados a adaptarse al lento proceso, cuando hay problemas de salud suelen ser crónicos como artritis, problemas cardiacos, hipertensión, deterioro visual y auditivo, lesiones y caídas accidentales, infección respiratoria y problemas de sueño.

En la sexualidad las glándulas sexuales se atrofian, disminuye en las mujeres el nivel de estrógenos circulante, con la consecuente disminución de lubricación vaginal que entorpece el acto sexual; en el hombre, se hace más difícil la erección y la eyaculación precoz se hace más frecuente. Existe un deterioro en cuanto a la velocidad del proceso cognoscitivo, por lo que la gente de más edad reacciona con menor rapidez, sus destrezas preceptuales y cognoscitivas son más lentas, pero la naturaleza ha provisto que hayan compensaciones, de modo que cualquier pérdida tiene efectos en la vida diaria.

Los adultos mayores son capaces de captar y conservar en la memoria sensorial un poco menos de información que los adultos jóvenes: en promedio tienen un ciclo de percepción un poco más corto, sobre todo cuando pasan dos informaciones a la vez. En la memoria a corto plazo, las diferencias entre los adultos jóvenes y los ancianos no es significativa; en cuanto a la memoria a largo plazo, las diferencias si aumentan: los ancianos son menos eficientes para organizar, repetir y codificar el material que se debe aprender; sin embargo, esta debilidad mejora con instrucción y práctica. La memoria de los adultos mayores es selectiva y es mejor en las tareas de reconocimiento que de recuerdo.

Las capacidades intelectuales en el adulto mayor se pueden mantener en un buen nivel de eficiencia, sin embargo la memoria se deteriora más rápidamente, es decir, la mayor parte de las capacidades mentales se mantiene relativamente intacta con los años. Sin embargo, pueden suceder menguas reales y paulatinas en la velocidad de desempeño mental y físico. Los ancianos se desempeñan bien en las pruebas de memoria si encuentran la información valiosa, si reciben

instrucciones cuidadosas sobre cómo clasificar y organizar el material o si adquieren estrategias para enfrentar la pérdida de memoria. Sin embargo, es posible que su rendimiento no iguale el de los jóvenes entrenados. (Kail y Cavavaugh, 2011)

La demencia es un síndrome –generalmente de naturaleza crónica o progresiva– caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia no se ve afectada. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación. (OMS, 2016)

La demencia es causada por diversas enfermedades y lesiones que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria, como la enfermedad de Alzheimer o los accidentes cerebrovasculares. La demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores. (OMS, 2016)

El envejecimiento, lo mismo que las anteriores etapas de la vida, consta de una serie de pasajes de estado, entre los cuales están su propia ancianidad, el retiro y la viudez. Su diferencia radica en que no lleva otra etapa posterior. El medio físico y el social tienden a reducirse y no a expandirse. Los ancianos cambian su autoconcepto conforme pierden su antigua autonomía y dependen más de otras para sus necesidades cotidianas, algunos se adaptan bien, otros no. (Kail y Cavavaugh, (2011)

El retiro de la fuerza laboral es un significativo cambio en el estado de vejez, las reacciones dependen de varios factores como la voluntad de retirarse, salud, economía y actitudes de los colegas, siendo más fácil si se han hecho planes, es decir, la jubilación. Requiere aprender a manejar el tiempo libre y vivir con menos recursos económicos.

Los cambios en los status afectan a las relaciones personales y familiares en tanto el anciano aprende a ajustarse al periodo posterior de la paternidad, abuelo

o bisabuelo, y a cuidar un cónyuge enfermo. La viudez y la pérdida de los amigos cercanos pueden ser acontecimientos extremadamente estresantes. Debe afrontar la inminente realidad de la muerte de sus seres y su grupo social así como la misma. (Kail, Cavavaugh 2011)

## V METODOLOGÍA

La realización del presente Proceso de Atención de Enfermería (PAE) se efectuó en el mes de octubre del 2015 en la Unidad de Cuidados Intensivos del Servicio de Infectología del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”

La metodología implementada para la ejecución del trabajo, fue mediante el PAE. Se llevó a cabo de una manera jerarquizada, sistematizada en el cuidado que se le proporciona al paciente con afección de H1N1, identificando como necesidades con dependencia las de oxigenación, nutrición y eliminación basada en el modelo de Virginia Henderson. A través de la valoración, se obtuvo la información suficiente mediante la historia clínica y el interrogatorio directo e indirecto.

Para la estructuración de los Diagnósticos de Enfermería se consultó la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA por sus siglas en inglés) y para la elaboración de las etapas de planeación, ejecución y evaluación se fundamentaron en la Clasificación de las Intervenciones de enfermería (NIC por sus siglas en inglés) y la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC por sus siglas en inglés ), previa identificación de necesidades basado en la Teoría de Virginia Henderson.

Así mismo, se llevó a cabo un Plan de Seguimiento y Alta, donde describen las recomendaciones y el plan terapéutico a seguir de acuerdo a las indicaciones médicas y resumen médico con la finalidad de llevar a la independencia en sus necesidades afectadas, así como las instrucciones especiales que deberá tener el paciente una enfermedad de tipo crónico degenerativa, así como por H1N1.

## **VI DESARROLLO DEL PROCESO.**

### 6.1 Presentación del caso clínico

Paciente masculino de 76 años de edad con talla de 1.66 cm y un peso de 83 kilos, actualmente jubilado, cuenta con escolaridad del 2 año de vocacional, residente en el Distrito Federal en la Colonia Santa Fe, Delegación Miguel Hidalgo. Estado civil separado desde hace 22 años, actualmente vive con uno de sus hijos, su nuera y sus dos nietos.

Ingresa al servicio de Infectología directamente al área de Cuidados Intensivos del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" procedente de la consulta externa con un diagnóstico de sospecha de virus de Influenza por H1N1. Refiere iniciar su padecimiento hace dos días con ataque al estado general, fiebre mayor de 38 grados centígrados, ojos llorosos, cefalea, escurrimiento nasal y dolor en articulaciones.

Como antecedentes de importancia cuenta con los siguientes datos al interrogatorio: Diabético desde hace 22 años de evolución sin apego al tratamiento médico, tabaquismo positivo desde hace más de 50 años, llegando a fumar una cajetilla al día, refiriendo que aumenta el consumo cuando se encuentra en reuniones sociales. Alcoholismo positivo desde hace más de 55 años, llegando ocasionalmente la embriaguez principalmente en los fines de semana.

En el año 2005 presentó infarto al miocardio, sin consecuencias importantes. Actualmente se encuentra en tratamiento con anti agregantes plaquetarios.

Su alimentación es a base de carbohidratos, harinas y carnes, ocasionalmente consume verduras y frutas. Usa prótesis dental sin problemas de masticación. El consumo de agua es muy poca, su principal fuente de líquidos es a base de refrescos, llegando a tomar un litro al día.

El aseo personal lo realiza 5 veces a la semana con cambio de ropa interior de manera diaria

Se acuesta a descansar aproximadamente a las 23 hrs., llegando a dormir hasta seis horas de manera interrumpida, se va despertando de acuerdo a las actividades de sus nietos para asistir a la escuela ya que se levanta para acompañarlos a la parada del transporte público. Posterior llega a recostarse hasta conciliar el sueño, llegando a dormir en suma hasta 10 horas diarias. Toma una siesta al día de una hora aproximadamente.

Sin problemas para la micción de tres a cuatro veces al día, refiere olor, color e intensidad normal. Menciona que hace un año y medio le comentó el doctor que empezaba con problemas de tipo renales, actualmente desconoce si tiene alguna afectación de esa índole.

Evacuación sin problemas, defeca de dos a tres veces al día, con características normales, formada de color marrón. No usa laxantes para favorecer la eliminación.

Hipertenso desde hace más de 20 años con control de la misma mediante medicamentos tipo bloqueadores antagonistas II (Azilsartan medoxomilo)

Paciente que al caminar refiere molestia en región lumbar al movimiento, así como la sensación de perder el equilibrio, necesita contar con apoyo para sentirse seguro. Así como tener problemas al colocarse los calcetines y zapatos.

Acostumbra ir a un club deportivo, donde practica de 2 a 3 veces a la semana la natación con dos horas de duración. De manera frecuente visita a sus amigos para jugar juegos de mesa.

Profesa la religión católica, se considera una persona que respeta las creencias religiosas de la gente. Considera que el respeto, el cariño y el amor a su familia y semejantes son pilares para que él se sienta una persona optimista. Comenta que ha obtenido muchas bendiciones en la vida se siente realizado.

Con su pensión ayuda a los gastos de la familia, así como para irse con sus amigos para jugar juegos de azar y/o para comprar algo para él o a su familia. Se siente orgulloso por la persona que se ha convertido actualmente.

A la exploración física al ingreso en la unidad se encuentra con F.C 90 X' FR.24X' T/A 100/90 mm/hg Temp 38.2 °C pO2 del 92%, con una valoración de

apertura ocular de manera espontánea, orientado en tiempo lugar y espacio, buena respuesta verbal obedece a ordenes sencillas. Rubicundo en tegumentos, mucosas orales semi-hidratadas, con ligero jadeo al hablar. Cabeza acorde a su biotipo, edad y sexo; con cabello escaso, fino con buena implantación, textura fina y distribución escasa. Cara simétrica, con buen tono. Ojos de color café oscuro, con pupilas reactivas y simétricas. Campos pulmonares con estertores y sibilancias en ambos campos, frecuencia cardiaca con ritmos sinusales, con taquicardia, sin ruidos agregados. Abdomen globoso, simétrico, con musculatura disminuida no doloroso a la palpación ni a la respiración de tipo espontánea, piel intacta sin lesiones, ni masas presentes; a la auscultación con ruidos peristálticos presentes en todos los cuadrantes. Miembros superiores sin relieves óseos, con movimientos de abducción y aducción y rotación sin problemas. Lechos ungueales con ligera cianosis, edema en forma general. Miembros inferiores simétricos sin relieves óseos, con cicatriz tipo plana blanca bien circunscrita en miembro inferior izquierdo por arma de fuego aproximadamente hace 50 años. Al interrogatorio manifiesta su preocupación y ansiedad ante la enfermedad, mencionando que va a poner todo de su parte para que evolucione de manera adecuada a su problema de salud.

Al ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos, se inicia tratamiento con mascarilla facial, con nebulizador continuo con un FiO<sub>2</sub> de 30%, con una saturación de 92 %, con tratamiento de oseltamivir capsulas dos cada 8 horas durante 5 días, así como instalación de catéter subclavio tipo Arrow de tres lúmenes para manejo de líquidos y tratamiento.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**



**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y  
OBSTETRICIA**

**SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA**

**INSTRUMENTO METODOLOGICO PARA LA ATENCION DE ENFERMERIA (MODELO DE  
VIRGINIA HENDERSON)**

## I FICHA DE IDENTIFICACIÓN

## II VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1. Necesidades básicas de: Oxigenación, Nutrición e Hidratación, Eliminación y Termorregulación.
2. Necesidades básicas de: Moverse y mantener una buena postura, Descanso y sueño, Usar prendas de vestir adecuadas, Higiene y protección de la piel y Evitar peligros.
3. Necesidades básicas de: Comunicación, Vivir según sus creencias y valores, Trabajar y realizarse, Jugar y aprendizaje

## III CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

## IV PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

## V PLAN DE SEGUIMIENTO Y ALTA

## I.-FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: Carlos Francisco Javier Miranda Colina	Edad: 73 años con 10 meses	Talla: 1.66 cm
Fecha de nacimiento: 29 de noviembre 1939		Sexo: masculino
Ocupación: Jubilado	Escolaridad: 4 semestre de bachillerato	Fecha de admisión:
Hora:	Procedencia: México D.F	Fuente de información: Directa
Fiabilidad: (1-4)	Miembro de la familia/ persona significativa: Graciela Miranda Colina	

## II.- VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

### 1.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

**Oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.**

### NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

*Datos Subjetivos:*

Disnea de esfuerzo, fumador crónico de más de 30 años; como consecuencia tiene un proceso pulmonar de tipo obstructivo crónico.

Dolor asociado con la respiración: no lo relaciona, manifiesta que la entrada y salida de aire se encuentra sin compromiso.

Fumador: Sí

Desde cuando fuma/ cuántos cigarros al día/ varía la cantidad según su estado emocional: A la edad de 36 a 37 años de inicio, Casi no se siente triste, solamente preocupado. Inició con uno a dos diarios. En la actualidad fuma de 7 a 8 diarios.

Cuando hay reuniones sociales es incisivo que fume más de lo acostumbrado

*Datos Objetivos:*

Registro de signos vitales y características: Presión arterial: 150/90mm con antihipertensivos orales, FC: 86x', FR: 22 x', Temp: 36.5 grados, saturación de oxígeno 90%	
Tos productiva /seca:	Tos seca, sin poder expectorar y no poder sacar las flemas, sin la ayuda de medicamentos para poder sacarlas
Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal: piel blanca y rosada. Lechos ungueales con ligera cianosis, con llenado capilar de 2". Mucosa peribucal; ligeramente seca, normo colorada, con buena higiene y sin lesiones.	
Circulación del retorno venoso: Con presencia de edema de tipo maleolar xx en miembros inferiores, con pigmentación de la piel, aumento de la temperatura y dolor a nivel de la pantorrilla, con presencia de varices.	
Otros: El señor C. Manifestó, que al momento de caminar o subir las escaleras tiene que realizar una pausa para poder respirar.	
Estado de conciencia: Con valoración de escala de Glasgow la siguiente: con apertura ocular de manera espontánea (4).Respuesta verbal (5) con respuestas motora (6)	

**NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATAACION**

*Datos subjetivos*

Dieta habitual (tipo): por las mañanas toma the, café, manzana plátano guayaba alrededor de las 10 de la mañana. Como a las tres de la tarde hace una comida que consiste en sopa, arroz, plato fuerte, toma agua natural, anteriormente consumía refresco de cola, actualmente no. En la cena consume fruta y agua.
Número de comidas diarias: no tiene una dieta regular, trata de realizar las tres comidas diarias
Trastornos digestivos: sin datos de alteración, con digestión ligera dos veces al día evacua, color marrón, pastosa
Intolerancia alimentarias/ Alergias: no
Problemas de la masticación y deglución: tiene placas dentales superior e inferior bien ajustadas, sin problemas al masticar y deglución.
Patrón de ejercicio: natación, caminata 15 a 20 minutos.

*Datos Objetivos:*

Turgencia de la piel: Disminuida la turgencia, con movilidad limitada por presencia de edema
Membranas mucosas hidratadas/ secas: Mucosas orales palidez, hidratadas. Con encías rosadas sin lesiones en mucosa
Características de uñas/cabello: cabello; limpio, escaso, bien implantado delgado. Uñas, limpias integradas, ligeramente azuladas, con crecimiento discreto, llenado capilar de 2 segundos y lúnula blanquecina
Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Sin compromiso
Aspecto de los dientes y encías: Dentadura incompleta con prótesis bien ajustada, encías ligeramente rosadas.
Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: Con cicatriz tipo plana, blanca bien circunscrita en miembro inferior izquierdo por arma de fuego aproximadamente hace 50 años.
Otros: Peso 83 kilos. IMC: 30.12 Obeso tipo1. Perímetro Abdominal 110

**NECESIDAD DE ELIMINACIÓN**

*Datos Subjetivos:*

Hábitos intestinales: Dos veces al día, quedando satisfecho a la evacuación.	
Características de las heces/orina/ menstruación: Tipo marrón formadas, cantidad normal, consistencia blanda formada. Orina, color tipo ámbar, no tenesmo, urea 100 mg/dl , creatinina 3.20 mg/dl, potasio de 5.25 mmol/L, Sodio 160 mmol/L, proteínas 3.0g/24 hrs	
Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: Presenta datos de enfermedad renal aproximadamente hace 2 años por complicación de diabetes tipo 2	
Uso de laxantes: No	Hemorroides: No
Dolor al defecar/menstruar/orinar: No	
Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: Refiere que no interfiere su estado de ánimo para orinar o defecar	

*Datos Objetivos:*

Abdomen, características: Globoso, duro, no doloroso al tacto
Ruidos intestinales: Presentes, no disminuidos
Palpación de la vejiga urinaria: No palpable a la percusión, sin globo vesical.

## NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

### *Datos Subjetivos:*

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: Sin problemas a la adaptación

Ejercicio, tipo y frecuencia: Realiza natación dos veces por semana y de vez en cuando hace una caminata de 30 minutos

Temperatura ambiental que le es agradable: Prefiere el calor que el frío.

### *Datos Objetivos:*

Características de la piel: Normo térmica, seca, sin pliegue cutáneo prolongado con textura lisa.

Transpiración: Con sudor abundante en los puntos de flexión de los miembros axilas e ingles

Condiciones del entorno físico: Habitación se encuentra con adecuada ventilación e iluminación, el lugar donde se encuentra es un lugar alto de la Ciudad de México, por lo tanto las condiciones ambientales suelen extremas.

Otros: temperatura corporal de 38.2 a la valoración inicial

## 2.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

**Moverse y mantener una buena postura, Usar prendas de vestir adecuadas, Higiene y protección de la piel y Evitar peligros.**

## NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

### *Datos Subjetivos:*

Capacidad física cotidiana: Valoración de las actividades básicas de la vida diaria de acuerdo a la escala de Katz a nivel "A"

Actividades en el tiempo libre: En su tiempo libre realiza dos veces por semana natación o va con su hermana para platicar y los fines de semana se va a los juegos de azar tipo casino

Hábitos de descanso: En ocasiones realiza siesta de dos horas

Hábitos de trabajo: No lo realiza de ningún tipo

### *Datos Objetivos:*

Estado del sistema músculo esquelético, fuerza: Extremidades superiores e inferiores; simétricas, columna vertebral; aparentemente alineada, fuerza disminuida, rodillas; con rubor,

calor y ligera edema en ambas rodillas.	
Capacidad muscular, tono/resistencia/flexibilidad: Limitaciones funcionales como consecuencia del problema actual	
Caminar con molestias en la región lumbar : sin problemas	
Posturas: Erecta	
Necesidad de ayuda para la deambulaci3n: no	
Dolor con el movimiento: Dolor al movimiento en ambas rodillas y lumbar	Presencia de temblores: no
Estado de conciencia: en estado de alerta	Estado emocional: sin alteraci3n
Otros:	

### NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

#### *Datos Subjetivos:*

Horario de descanso: lo inicia a las 17 hrs	Horario de sueño: 23 hrs a 6 hrs y de 8 a 11 aprox.
Horas de descanso: una hora	Horas de sueño: 10 hrs
Siesta: una hora	Ayudas:
Insomnio: no	Debido a:
Descansado al levantarse: Refiere en ocasiones despierta con la sensaci3n de cansancio y que con el cuerpo agotado	

#### *Datos Objetivos:*

Estado mental. Ansiedad / estr3s / lenguaje: No presenta ansiedad, ni estr3s. Su lenguaje lo expresa de manera correcta, sin palabras obscenas, ni anti sonantes	
Ojeras: No presenta	Atenci3n: No presenta
Bostezos: No manifiesta	Concentraci3n: presente
Apatía: No presenta	Cefaleas: No refiere
Respuesta a estímulos: Presentes	
Otros:	

## NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

### *Datos Subjetivos:*

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: Refiere que en ocasiones se siente con tristeza y permanece todo el día con pans y sin ganas de arreglarse

Su autoestima es determinante en su modo de vestir: No lo considera así

Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: No.

Necesita ayuda para la selección de su vestuario: Sus nietos en ocasiones son las personas que le ayudan a escoger su vestimenta.

### *Datos Objetivos:*

Viste de acuerdo a su edad: Sí

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Adecuada

Vestido incompleto: No

Sucio: No se aprecia

Inadecuado: No

Otros:

## NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

### *Datos Subjetivos:*

Frecuencia del baño: 5 veces por semana

Momento preferido para el baño: Por la mañana en el club donde asiste

Cuántas veces se lava los dientes al día: Diario por la mañana y por la noche

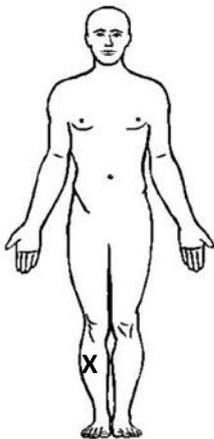
Aseo de manos antes y después de comer: Cada vez que sea necesario y requerido

Después de eliminar: Si

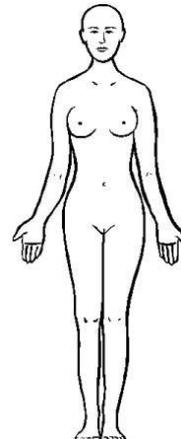
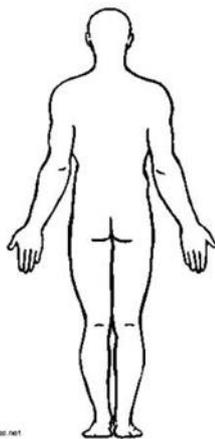
Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: No

*Datos Objetivos:*

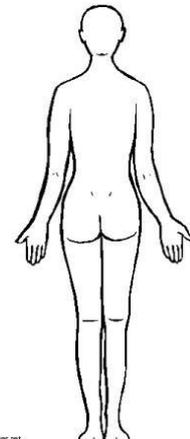
<p>Aspecto general: Palidez de tegumentos, turgencia de la piel normal y mucosas orales hidratadas.</p> <p>Aspecto en lesión. Presenta enrojecimiento en Miembro Inferior derecho a la altura peroné, con capa superficial de la piel perdida con base rosada y tejido blanco.</p>	
<p>Olor corporal: No presenta</p>	<p>Halitosis: No presente</p>
<p>Estado del cuero cabelludo: cabello; limpio, escaso, bien implantado delgado.</p>	
<p>Lesiones dérmicas Tipo (Anote la ubicación en el diagrama):</p>	
<p>Otros:</p>	
<p> </p>	



Masculino:



Femenino:



**NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS**

*Datos Subjetivos:*

Que miembros componen la familia de pertenencia: El Señor Carlos vive con su hijo mayor en compañía de su esposa y dos nietos

Cómo reacciona ante situación de urgencia: Solicita ayuda a alguno de sus vecinos.

Conoce las medidas de prevención de accidentes: Solamente algunas como son: Caminar con

cuidado, Manejar con precaución objetos calientes.	
Hogar: Colocar sustancias tóxicas (cloro, amonio, etc.) o producto de limpieza que se utilice en el hogar debe de estar fuera del alcance de los niños y bajo llave. Realizar mantenimientos periódicos a las instalaciones eléctricas, de gas y de agua. Poner rejas en las escaleras. Revisa que las puertas están adecuadamente cerradas	Trabajo: No aplica
Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: Continuamente se encuentra en constante revisión médica dada a su condición de salud.	
Familiares: Su hijo y su nuera solamente acuden al médico cuando existe una molestia de salud. Sus dos nietos lo realizan cada año por control escolar	
Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: Cuando se siente estresado se junta con sus amigos y con su ex esposa para asistir a una casa de juego.	

*Datos Objetivos:*

Deformidades congénitas: No existe
Condiciones del ambiente en su hogar: Aceptables
Trabajo: Jubilado
Otros

**3.- NECESIDADES BÁSICAS DE:**

**Comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas, aprendizaje.**

**NECESIDAD DE COMUNICARSE**

*Datos Subjetivos:*

Estado civil: Separado	Años de relación: 30 años
Viven con: Hijo mayor, esposa y dos de sus nietos	Preocupaciones / estrés: No las tiene
Familiar: En general se encuentra en buenas condiciones de comunicación. Tiene contacto continuo con su ex esposa y otros dos de sus hijos que viven con su ex esposa.	
Otras personas que pueden ayudar: Tiene amigos y vecinos	
Rol en estructura familiar: Se siente importante en su casa con su hijo, esposa e hijos. Ya que	

cuida a los niños y ayuda al que hacer de la casa.
Comunica problemas debidos a la enfermedad / estado: No
Cuanto tiempo pasa solo: Considera sentirse solo en la cuestión sentimental, refiere que necesita cariño, compañía. Cuando se va a dormir piensa en ese momento. Tiene una amiga que en ocasiones viene y salen juntos.
Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: No aplica

*Datos Objetivos:*

Habla claro: Si	Confuso: No
Dificultad. Visión: Usa lentes para poder leer y ver adecuadamente	Audición: Adecuada
Comunicación verbal / no verbal /con la familia / con otras personas significativas: Adecuada con su núcleo familiar de su casa. En cuestiones de la familia, lo hace de vez en cuando, solamente cuando existe una fiesta familiar.	
Otros	

**NECESIDAD DE VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS Y VALORES**

*Datos Subjetivos:*

Creencia religiosa: Católica
Su creencia religiosa le genera conflictos personales: No
Principales valores en la familia: Cariño, respeto y amor a su familia
Principales valores personales: Respetuoso con toda la gente, para él es importante llevarse bien con todas las personas, ser buen amigo, sinceridad, cariñoso y educado.
Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: Si.

*Datos Objetivos:*

Hábitos específicos de vestido.( grupo social religioso): Ninguno
---

Permite el contacto físico: Sí
Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: la Cruz de tipo religiosa
Otros:

### NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

#### *Datos Subjetivos:*

Trabaja actualmente: No	Tipo de trabajo: No aplica
Riesgos: No aplica	Cuánto tiempo le dedica al trabajo: No aplica
Está satisfecho con su trabajo: Me gustaba el trabajo que realizaba. Tenía muchas satisfacciones	
Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia: Su pensión, no alcanza para cubrir sus necesidades y lo apoya su hijo mayor	
Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega:	

#### *Datos Objetivos:*

Estado emocional./calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/eufórico: Al momento de la entrevista se encuentra calmado.
Otros:

### NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

#### *Datos Subjetivos:*

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Durante 4 veces por semana se va al Club para nadar de 2 a 3 hrs diarias. Otra actividad es ver la televisión y jugar con los amigos
Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: No, comenta que es al contrario. Cuando se sienta estresado tiene la necesidad de ir hacer sus actividades recreativas
Recursos en su comunidad para la recreación: Si, pero no las usa. Manifiesta que le gusta ir más al Club
Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: No.

*Datos Objetivos:*

Integridad del sistema neuromuscular: Sin afecciones
Rechazo a las actividades recreativas: No
Estado de ánimo. Apático/aburrido/participativo: Participativo

**NECESIDAD DE APRENDIZAJE**

*Datos Subjetivos:*

Nivel de educación: Truncada Media Superior	
Problemas de aprendizaje: Problemas en las matemáticas	
Limitaciones cognitivas: No	Tipo
Preferencias. leer/escribir: Leer	
Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: No	
Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo: No	
Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: SI, el Sr. Carlos informa que se ha informado al respecto sobre sus problemas de salud, así como está enterado por los médicos que le informan al respecto. Así como requiere tener mayor información sobre el uso y manejo de la insulina que se aplica para el control de su diabetes, ya que ha escuchado en ocasiones algunos comentarios al respecto sobre la insulina, creándole dudas e incertidumbre al respecto.	

*Datos Objetivos:*

Estado del sistema nervioso: Aparentemente sin alteraciones
Órganos de los sentidos: Presentes
Estado emocional ansiedad, dolor: No
Memoria reciente: En la actualidad se le olvida con frecuencia lo que han hablado en una conversación
Memoria remota: No.
Otras manifestaciones:

6.2 GRADO DE DEPENDENCIA			
Valoración de las necesidades básicas		Grado de dependencia/Independencia	Fuentes de dificultad
1. Respirar	Paciente con problemas al respirar, con tos productiva, sin poder expectorar, saturación de oxígeno de 90% y frecuencia respiratoria de 22 x minuto. Con lechos ungales con cianosis	2	Fuerza físicas Voluntad
2.- Alimentarse e hidratarse	Paciente que realiza tres comidas diarias, sin colación	1	Conocimiento Voluntad
3.- Eliminación por todas las vías	Laboratorio con reporte de alteración en potasio 5.25 mmol/L, creatinina 3.20 mg/dl, proteínas 3.0g/24 hrs y volumen urinario	3	Conocimiento Voluntad
4.- Mantener la temperatura corporal	Temperatura corporal de 38.2 grados centígrados a la valoración inicial	2	Conocimiento
5.- Moverse y mantener posturas adecuadas	Paciente que presenta dolor al movimiento en ambas rodillas y lumbar	2	Fuerza
6.- Dormir y descansar	Paciente que al despertar con sensación de cansancio y cuerpo agotado	0	Voluntad

7.- Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse	Tristeza, depresión, malestar ocasional. Dificultad ocasional para el calzado	1	Voluntad
8.- Mantener la higiene y la integridad de la piel	Enrojecimiento en miembro inferior derecho a la altura de peroné, con pérdida superficial de la piel con base rosada y tejido blanco.	1	Conocimientos
9.- Evitar los peligros en el entorno familiar y medio ambiente	Sin compromiso		
10.-Comunicarse con los demás	Sin compromiso		
11.- Vivir según sus creencias	Sin compromiso		
12.- Ocuparse para realizarse	Sin compromiso		
13.- Jugar actividades recreativas	Sin compromiso		
14.- Aprendizaje	Muestra interés de información relacionada a la intolerancia a la insulina y las complicaciones que con llevan esta enfermedad	1	Conocimientos

---

### III CONCLUSIÓN DIAGNOSTICA DE ENFERMERÍA

<b>1.- Necesidad de respirar</b>	<b>Patrón Respiratorio Ineficaz Deterioro del intercambio de gases Perfusión tisular inefectiva periférica</b>
<b>2.- Necesidad de beber y comer</b>	<b>Desequilibrio Nutricional: ingesta superior a las necesidades Disposición de mejorar la nutrición</b>
<b>3.- Necesidad de eliminar</b>	<b>Deterioro de la eliminación urinaria</b>
<b>4.- Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales</b>	<b>Hipertermia</b>
<b>5.- Necesidad de moverse y mantener una buena postura</b>	<b>Deterioro de la movilidad física</b>
<b>6.- Necesidad de dormir y descansar</b>	<b>Trastorno del patrón de sueño</b>
<b>7.- Necesidad de vestirse y desvestirse</b>	<b>Déficit de Autocuidado: Vestido/acicalamiento</b>
<b>8.- Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos</b>	<b>Deterioro de la Integración tisular</b>
<b>9.- Necesidad de evitar los peligros</b>	<b>Sin compromiso</b>
<b>10.- Necesidad de comunicar</b>	<b>Sin compromiso</b>
<b>11.- Necesidad de actuar según sus creencias y sus valores</b>	<b>Sin compromiso</b>
<b>12.- Necesidad de ocuparse para realizarse</b>	<b>Sin compromiso</b>
<b>13.- Necesidad de recrearse</b>	<b>Sin compromiso</b>
<b>14.- Necesidad de aprender</b>	<b>Conocimiento deficientes relacionados con mala interpretación de la información manifestado por dudas e incertidumbre</b>

---

### 6.3 PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y ALTA

<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b> Patrón Respiratorio Ineficaz relacionado con hiperventilación, manifestado por frecuencia respiratoria de 22 por minuto y saturación de oxígeno de 90%</p> <p><b>Definición:</b> La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada</p>	<p><b>DOMINIO: 4 Actividad /Reposo.</b> Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos</p>	
	<p><b>CLASE: 4 Respuesta cardiovascular /pulmonar.</b> Sueño, descanso, tranquilidad o inactividad</p>	
RESULTADO ESPERADO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<p>DOMINIO: II Salud fisiológica. Estados que describen el funcionamiento orgánico.</p> <p>CLASE: Función E: Cardio pulmonar, resultados que describen el estado cardiaco, pulmonar, circulatorio o de perfusión tisular de un individuo</p> <p>RE Estado respiratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Intercambio gaseoso(0402)</li> </ul> <p>Definición: Intercambio alveolar de CO<sub>2</sub> y O<sub>2</sub> para mantener las concentraciones de gases arteriales.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saturación de O<sub>2</sub></li> <li>• Equilibrio entre ventilación y perfusión</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ventilación(0403)</li> </ul> <p>Definición: Movimiento de entrada y salida del aire en los pulmones</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia Respiratoria</li> <li>• Movilización del esputo hacia afuera de las vías respiratorias</li> <li>• Ritmo respiratorio</li> <li>• Capacidad de eliminar secreciones</li> <li>• Disnea de esfuerzos leves</li> <li>• Saturación de Oxígeno</li> </ul> <p>Escala de Medición Puntuación Diana Inicial (3) (1) Desviación grave del rango normal</p>	<p>CAMPO: 2.- FISIOLÓGICO COMPLEJO: Cuidados que apoyan la regulación hemostática</p> <p>CLASE K: Control respiratorio. Intervenciones para fomentar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso.</p> <p>INTERVENCIÓN: 3320 Oxinoterapia</p> <p>DEFINICIÓN: Administración de oxígeno y traqueales, si procede</p> <p>Actividades a llevarse a cabo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eliminar las secreciones bucales</li> <li>• Mantener la permeabilidad de las vías aéreas</li> <li>• Preparar el equipo de oxígeno</li> <li>• Administrar oxígeno suplementario, según ordenes</li> <li>• Vigilar el flujo de litro de oxígeno</li> <li>• Controlar la eficiencia de la oxigenoterapia (pulsímetro, gasometría de sangre arterial)</li> <li>• Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administre la concentración prescrita</li> <li>• Restringir el fumar</li> <li>• Instruir al paciente acerca de la importancia de dejar el dispositivo de aporte de oxígeno encendido</li> <li>• Asegurar la recolección de la máscara/cánula de oxígeno cada vez que se retire el dispositivo</li> <li>• Cambiar el dispositivo de aporte de oxígeno de la máscara a cánulas nasales durante las comidas, según tolerancia</li> <li>• Monitorización respiratoria, (frecuencia y profundidad)</li> <li>• Realizar fisioterapia torácica, si está indicado</li> <li>• Fomentar una respiración lenta y profunda</li> <li>• Enseñar a toser de manera efectiva</li> </ul>	<p>El señor Carlos, mejora su ventilación espontánea en la inspiración y expiración, con una saturación de oxígeno de 95%. Frecuencia Respiratoria con leve mejoría de 20 por minuto, así como lechos ungales.</p> <p>Puntuación Diana 4</p>

<p>(2) Desviación sustancial del rango normal, (3) Desviación moderada del rango normal, (4) Desviación leve del rango normal y (5) Sin desviación del rango normal</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Auscultar sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos advertidos.</li><li>• Administrar broncodilatadores, según corresponda</li><li>• Administrar tratamiento con nebulizador</li><li>• Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, según corresponda.</li></ul>	
---	---	--

<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b> Deterioro del intercambio de gases relacionado con cambios en la membrana alveolo capilar, manifestado por saturación de O<sub>2</sub> de 90%, tos seca y lechos ungueales con ligera cianosis y disnea de esfuerzo.</p> <p><b>Definición:</b> Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolo capilar</p>	<p><b>DOMINIO: 3 Eliminación/ Intercambio</b></p>	
	<p><b>CLASE: 4 Función Respiratoria</b></p>	
<p><b>RESULTADO ESPERADO</b></p>	<p><b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b></p>	<p><b>EVALUACIÓN</b></p>
<p>DOMINIO: II Salud Fisiológica. Resultados que describen el funcionamiento orgánico.</p> <p>CLASE: Función E: Cardio-pulmonar, resultados que describen el estado cardiaco, pulmonar, circulatorio o de perfusión tisular de un individuo</p> <p>RE Estado respiratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Intercambio gaseoso (0402)</li> </ul> <p>Definición: Intercambio alveolar de CO<sub>2</sub> y O<sub>2</sub> para mantener las concentraciones de gases arteriales.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saturación de O<sub>2</sub></li> <li>• Equilibrio entre ventilación y perfusión</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ventilación(0403)</li> </ul> <p>Definición: Movimiento de entrada y salida del aire en los pulmones</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia Respiratoria</li> <li>• Movilización del esputo hacia afuera de las vías respiratorias</li> <li>• Ritmo respiratorio</li> <li>• Capacidad de eliminar secreciones</li> <li>• Disnea de esfuerzos leves</li> <li>• Saturación de Oxígeno</li> </ul> <p>Escala de Medición Puntuación Diana Inicial (3)</p> <p>(1) Desviación grave del rango normal,  (2) Desviación sustancial del rango normal,  (3) Desviación moderada del rango normal,  (4) Desviación leve del rango normal y  (5) Sin desviación del rango normal</p>	<p>CAMPO: 2.- FISIOLÓGICO COMPLEJO: Cuidados que apoyan la regulación hemostática</p> <p>CLASE G: Control de electrolitos y acido básico, Intervenciones para regular el equilibrio electrolítico y acido básico y prevenir complicaciones</p> <p>INTERVENCIÓN: 1910 Manejo del equilibrio acido básico</p> <p>DEFINICIÓN: Favorecer el equilibrio acido básico y prevenir las complicaciones secundarias a un desequilibrio acido básico</p> <p>Actividades a llevarse a cabo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener la permeabilidad de las vías aéreas</li> <li>• Colocar al paciente para facilitar una ventilación adecuada</li> <li>• Mantener un acceso i.v. permeable</li> <li>• Monitorizar las tendencias de PH arterial, PaCO<sub>2</sub> y HCO<sub>3</sub> para determinar el tipo concreto de desequilibrio</li> <li>• Mantener la evaluación simultanea del PH arterial y de los electrolitos séricos y urinario, según prescripción.</li> <li>• Obtener una muestra para el análisis de laboratorio del equilibrio acido básico según se prescribe</li> <li>• Monitorizar las posibles etiologías antes de intentar tratar los desequilibrios acido básicos.</li> <li>• Monitorizar el patrón respiratorio</li> <li>• Monitorizar los dterminant3es del aporte tisular de oxigeno, si aplica</li> <li>• Monitorizar los síntomas de insuficiencia respiratoria, así como fatiga de los músculos respiratorios</li> <li>• Monitorizar la determinación del consumo de oxigeno</li> <li>• Monitorizar el estado hemodinámico, incluidos los niveles de PVC, PAM,PAP y PECP</li> <li>• Monitorizar el estado neurológico</li> <li>• Proporcionar una hidratación adecuada y la reposición de los volúmenes normales de líquidos, si es necesario</li> <li>• Administrar oxigenoterapia, según corresponda</li> </ul>	<p>El señor Carlos, mejora su ventilación espontanea en la inspiración y expiración, con una saturación de oxigeno de 95%, mejorando el estado acido base. Se mantiene en constante monitorización de la presión arterial media, PaCo<sub>2</sub> y HCO<sub>3</sub> mediante gasometrías arteriales</p> <p>Puntuación Diana 3</p>

<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b> Perfusión tisular periférica ineficaz relacionado con conocimientos deficientes sobre el proceso de la enfermedad (HINI) Manifestado por lechos ungueales con cianosis.  <b>Definición:</b> Disminución de la circulación sanguínea periférica que puede comprometer la salud.</p>		<p><b>DOMINIO: 4 Actividad /Reposo.</b> Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos</p>
		<p><b>CLASE: 4 Respuestas cardiovasculares/pulmonares.</b> Mecanismos cardiovasculares que apoyan la actividad/reposo</p>
RESULTADO ESPERADO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<p>DOMINIO: II Salud Fisiológica Resultados que describen el funcionamiento orgánico</p> <p>CLASE E. Cardio pulmonar: Resultados que describen el estado cardíaco, pulmonar, circulatorio o de perfusión tisular de un individuo</p> <p>RE Estado Perfusión tisular celular:(416)</p> <p>Definición: Adecuación del flujo sanguíneo a través de los pequeños vasos de las extremidades para mantenerla función tisular</p> <p>Indicadores:  041603 Gasometría arterial media  041604 Saturación de oxígeno  041608 Equilibrio electrolítico y ácido- base  041618 Piel pálida, fría</p> <p>Escala de Medición: Puntuación Diana Inicial 3.  (1) Desviación grave del rango normal,  (2) Desviación sustancial del rango normal,  (3) Desviación moderada del rango normal,  (4) Desviación leve del rango normal y (5)  Sin desviación del rango normal</p>	<p>CAMPO: 2: Fisiológico: Complejo. Cuidados que apoyan la regulación homeostática</p> <p>CLASE N: Control de la perfusión tisular. Intervenciones para optimizar la circulación sanguínea y de líquidos hacia los tejidos</p> <p>INTERVENCIÓN: 4066 Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa</p> <p>Definición: Mejora de la circulación venosa</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica</li> <li>- Evaluar los edemas y los pulsos periféricos</li> <li>- Evaluar el grado de molestia</li> <li>- Animar al paciente a realizar ejercicios pasivos o activos de rango de movimiento, en especial en extremidades afectadas</li> <li>- Enseñar al paciente los factores que afectan a la circulación</li> <li>- Administrar anti agregantes plaquetarios o anticoagulantes, según prescripción médica</li> <li>- Proteger la extremidad de lesiones de los miembros afectados , soporte en los pies de la cama, zapatos a medida)</li> <li>- Mantener una hidratación adecuada para disminuir la viscosidad de la sangre</li> <li>- Controlar el estado hídrico, incluidas las entradas y salidas.</li> </ul> <p>Oxígeno</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eliminar las secreciones bucales,</li> <li>- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas</li> <li>- Administrar oxígeno suplementario según órdenes</li> <li>- Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (oxímetro, gasometríaarterial)</li> </ul>	<p>A pesar de las intervenciones de enfermería, edema y el llenado capilar no ha sido favorable. Persiste ligera cianosis por lechos ungueales.</p> <p>Puntuación Diana: 3</p>

<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b> Desequilibrio Nutricional: ingesta superior a las necesidades relacionado con aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas, Manifestado por Índice de Masa Corporal de 30.12 y Perímetro Abdominal 110 cm.  <b>Definición:</b> Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas</p>	<p><b>DOMINIO: 2 Nutrición.</b> Actividades de ingerir, asimilar y metabolizar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía</p>	
	<p><b>CLASE: 1. Ingestión.</b> Aportar alimentos o nutrientes al organismo</p>	
RESULTADO ESPERADO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<p>DOMINIO: II Salud Fisiológica Resultados que describen el funcionamiento orgánico</p> <p>CLASE K: Resultados que describen los patrones nutricionales de un individuo.</p> <p>RE Estado nutricional: Ingestión de nutrientes (1009)</p> <p>Definición: Idoneidad de la pauta habitual de ingesta de nutrientes.</p> <p>Indicadores:  Ingestión calórica  Ingestión de grasas  Ingestión de hidratos de carbono  Ingestión de sodio</p> <p>Escala de Medición: Puntuación Diana Inicial 1.  (1) Nada Inadecuada,  (2) Ligeramente adecuada,  (3) Moderadamente adecuada,  (4) Sustancialmente adecuada y  (5) Completamente adecuada</p>	<p>CAMPO: 1 Fisiológico: Básico Complejo: Cuidados que apoyan el funcionamiento físico</p> <p>CLASE: D Apoyo Nutricional: Intervenciones para modificar o mantener el estado nutricional.</p> <p>INTERVENCIÓN: Ayuda para disminuir el peso</p> <p>Definición: Facilitar la pérdida de peso corporal y/o grasa corporal</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar el deseo y motivación del paciente para reducir el peso o grasa corporal</li> <li>- Determinar con el paciente la cantidad de pérdida de peso deseada</li> <li>- Establecer una meta de pérdida de peso semanal</li> <li>- Pesar al paciente semanalmente</li> <li>- Establecer un plan realista con el paciente que incluya la disminución de la ingesta de alimentos y el aumento del gasto de energía</li> <li>- Representar en una gráfica el progreso para llegar a la meta final y colocarla en un sitio estratégico</li> <li>- Determinar los esquemas de alimentación actuales haciendo que el paciente lleve un diario de lo que come ,cuándo y dónde</li> <li>- Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos favorables</li> <li>- Proporcionar información acerca de la cantidad de energía gastada con las actividades físicas especificadas.</li> <li>- Ayudar en la selección de actividades de acuerdo con la cantidad de gasto energético deseada</li> <li>- Planificar un programa de ejercicios, teniendo en cuenta las limitaciones del paciente</li> <li>- Comentar los inconvenientes para ayudar al paciente y superar las</li> </ul>	<p>A pesar de las intervenciones para modificar y/o mantener el estado nutricional, se mantiene con el mismo peso durante su estancia hospitalaria, sin embargo dio evidencia de aprendizaje del manejo de su dieta cuando se encuentra de alta, con el compromiso de mantener una pérdida de peso mensual y llevar un esquema alimenticio sin consumo de carbohidratos y grasas principalmente.</p> <p>Puntuación Diana 1</p>

	<p>dificultades y tener más éxito.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Desarrollar un plan de comidas diarias con una dieta bien equilibrada, disminución de calorías y de grasas, si procede</li><li>- Enseñar a calcular el porcentaje de grasa de los productos alimentarios</li><li>- Planificar un programa de ejercicios, teniendo en cuenta las limitaciones del paciente.</li><li>- Aconsejar la actividad en casa mientras se realizan las tareas domésticas y encontrar formas de moverse durante las actividades diarias.</li><li>- Animar al paciente a comer frutas, verduras, cereales integrales, leche y productos lácteos semidescremados, carnes magras, pescado. Legumbres y huevos.</li><li>- Fomentar el uso de sustitutos de azúcar, según corresponda</li><li>- Fomentar la asistencia a grupos de apoyo de pérdida de peso</li><li>- Enseñar a leer las etiquetas al comprar alimentos, para controlar la cantidad de grasa y calorías que contienen.</li></ul>	
--	---	--

<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b> Disposición de mejorar la nutrición manifestado por expresar el deseo de mejorar la nutrición.</p> <p><b>Definición:</b> Patrón de aporte de nutrientes suficiente para satisfacer las necesidades metabólicas y que puede ser reforzado</p>	<p><b>DOMINIO: 2 Nutrición</b></p> <hr/> <p><b>CLASE: 1 Ingestión.</b></p>	
RESULTADO ESPERADO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<p>DOMINIO: IV. Conocimiento y conducta de salud</p> <p>CLASE S: Conocimiento sobre salud. Resultados que describen la comprensión individual a la hora de aplicar la información para favorecer, mantener o restablecer la salud</p> <p>RE Estado Conocimiento : Cuidados de la enfermedad(1824)</p> <p>Definición: Grado de la comprensión transmitida sobre la información relacionada con la enfermedad necesaria para alcanzar y conseguir mantener una salud óptima</p> <p>Indicadores: Descripción de la dieta</p> <p>Escala de Medición: Puntuación Diana Inicial 2. (1) Desviación grave del rango normal, (2) Desviación sustancial del rango normal, (3) Desviación moderada del rango normal, (4) Desviación leve del rango normal y (5) Sin desviación del rango normal</p>	<p>CAMPO: 1 Complejo: Fisiológico Básico</p> <p>CLASE: D Apoyo Nutricional Intervenciones para modificar o mantener el estado nutricional.</p> <p>INTERVENCIÓN: 5246 Asesoramiento nutricional</p> <p>Definición: Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto</li> <li>- Establecer la duración de la relación de asesoramiento</li> <li>- Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente</li> <li>- Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que desean cambiar</li> <li>- Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional</li> <li>- Proporcionar información, si es necesario, acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud</li> <li>- Determinar el conocimiento por parte del paciente de los cuatro grupos alimenticios básicos, así como la percepción de la necesaria modificación de la dieta</li> <li>- Determinar actitudes y creencias de los seres queridos acerca de la comida, el comer y el cambio nutricional necesario del paciente.</li> <li>- Comentar las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada.</li> <li>- Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente</li> <li>- Ayudar al paciente a registrar lo que suele comer en un periodo de 24 horas</li> <li>- Comentar los hábitos de compra de comidas y los límites de presupuesto</li> </ul>	<p>A pesar de las intervenciones de asesoramiento nutricional, el avance es nulo durante su estancia hospitalaria.</p> <p>Ya que los familiares del Sr. Carlos refieren que con frecuencia no respeta la dieta y el consumo de bebidas de acuerdo a su estado de salud.</p> <p>Sin embargo se va con información suficiente y con el compromiso y la disposición a mejorar su estado nutricional.</p> <p>Puntuación Diana 2</p>

<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b> Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con factores multicausales, manifestado por alteración en potasio ( 5.25mmol/L), creatinina 3.20 mg/dl, proteínas (3.0g/24 hrs y disminución en volumen urinario  <b>Definición:</b> Disfunción en la eliminación urinaria</p>	<p><b>DOMINIO: 3 Eliminación e Intercambio</b>  <b>CLASE: 1 Función urinaria</b></p>	
RESULTADO ESPERADO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<p>DOMINIO: 2 II Salud fisiológica</p> <p>CLASE:F: Eliminación Resultados que describen los patrones y el estado de eliminación y excreción de los productos de desecho de un individuo</p> <p>RE Estado: (504) Función renal</p> <p>Definición: Filtración de sangre y eliminación de productos metabólicos de desecho a través de la formación de orina</p> <p>Indicadores:  Equilibrio de la ingesta y el gasto en 24 horas  Electrólitos de la orina  Proteínas en la orina  Aumento de peso</p> <p>Escala de Medición: Puntuación Diana Inicial 2.  (1) Desviación grave del rango normal,  (2) Desviación sustancial del rango normal,  (3) Desviación moderada del rango normal,  (4) Desviación leve del rango normal y (5)  Sin desviación del rango normal</p>	<p>CAMPO: 2: Fisiológico Básico: Cuidados que apoyan el funcionamiento físico  Complejo: Cuidados que apoyan la regulación homeostática</p> <p>CLASE: B : Control de eliminación  G Control de Electrólitos y acido básico</p> <p>INTERVENCIÓN: (Manejo de la eliminación urinaria (2002) Manejo de electrolitos hiperpotasemia</p> <p>Definición: Mantenimiento de un esquema de eliminación urinaria optimo  Fomentar el equilibrio de potasio y prevención de complicaciones de sus niveles en suero superiores a los deseados.  Fomentar el equilibrio de potasio y prevención de complicaciones derivadas de sus niveles en suero superiores a los deseados</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color</li> <li>- Anotar la hora de la última eliminación urinaria, si procede</li> <li>- Remitir al médico si se producen signos y síntomas de infección del tracto urinario</li> <li>- Restringir líquidos</li> <li>- Enseñar al paciente a observar los signos y síntomas de infección del tracto urinario</li> <li>- Obtener una muestra a mitad de la micción para el análisis de orina, según corresponda</li> <li>- Obtener muestras para el análisis de laboratorio de los niveles de potasio y de desequilibrios de electrolitos relacionados</li> <li>- Verificar todas las elevaciones extremadamente altas de potasio</li> <li>- Vigilar las causas de aumento de niveles de potasio en suero (insuficiencia renal, ingesta excesiva y acidosis)</li> <li>- Observar si hay manifestaciones cardiacas de</li> </ul>	<p>El paciente cuenta con antecedentes de diabetes millitus desde hace 10 años, así como un pobre apego al tratamiento de la enfermedad. Las consecuencias de la enfermedad han causado una insuficiencia renal que se ve reflejado en los exámenes de laboratorio. Aunque se ha dado orientación e información de la enfermedad, no se ve reflejado en su estado de salud actual, seguramente por el daño renal presente.</p> <p>Puntuación Diana 2</p>

	<p>hiperpotasemia(disminución del gesto cardiaco, bloqueos cardiacos, ondas T picudas, fibrilación)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Observar si hay síntomas de oxigenación tisular inadecuada</li><li>- Mantener restricciones de potasio</li><li>- Mantener una vía i.v. permeable</li><li>- Administrar diuréticos según prescripción</li><li>- Observar si se produce el efecto terapéutico del diurético mediante la PVC/PECP y disminución de sodio</li><li>- Vigilar el estado de hidratación</li></ul>	
--	--	--

<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b> Hipertermia relacionado con enfermedad , manifestado por temperatura de 38.2 grados centígrados, calor al tacto y piel enrojecido <b>Definición:</b> Elevación de la temperatura corporal por encima del rango normal	<b>DOMINIO: 11 Seguridad /Protección</b>	
	<b>CLASE: 1 Termorregulación</b>	
<b>RESULTADO ESPERADO</b>	<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
DOMINIO: 2 II Salud fisiológica  CLASE I: Regulación metabólica. Resultados que describen la capacidad de un individuo para controlar el metabolismo corporal  RE Estado: (0800) Termorregulación  Definición: Equilibrio entre la producción, la ganancia y la pérdida de calor.  Indicadores: Frecuencia del pulso radial Frecuencia Respiratoria Cefalea Comodidad térmica referida Escala de Medición: Puntuación Diana Inicial 3. (1) Desviación grave del rango normal, (2) Desviación sustancial del rango normal, (3) Desviación moderada del rango normal, (4) Desviación leve del rango normal y (5) Sin desviación del rango normal	CAMPO: 2: Fisiológico Complejo: Cuidados que apoyan la regulación homeostática  CLASE:M : Termorregulación  INTERVENCIÓN: Intervenciones para mantener la temperatura corporal dentro de unos límites normales.  Definición: Manejo de los síntomas y afecciones relacionadas con un aumento de la temperatura corporal debido a una disfunción de la termorregulación.  Actividades: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Asegurar la permeabilidad de la vía aérea</li> <li>- Monitorizar los signos vitales</li> <li>- Administrar oxígeno</li> <li>- Aplicar métodos de enfriamiento externos (compresas húmedas) en cuello, tórax, abdomen, cuero cabelludo y axilas</li> <li>- Mejorar la superficie</li> <li>- Colocar un acceso I.V.</li> <li>- Ministración de medicamentos, según prescripción médica</li> <li>- Monitorizar la presencia de anomalías del estado mental (confusión, comportamiento extraño, ansiedad)</li> <li>- Monitorizar la temperatura corporal central utilizando un dispositivo adecuado</li> <li>- Obtener los valores de laboratorio de acuerdo a requisición médica</li> <li>- Instruir a los pacientes sobre los factores de riesgo de enfermedades relacionadas con el calor (p. ejemplo. Temperatura ambiental alta, humedad elevada, deshidratación)</li> </ul>	En la valoración inicial del paciente se encontraba con una temperatura de 38.2, se administra antipirético de acuerdo a prescripción médica.  Se otorga educación sobre las medidas que se toman para disminuir la temperatura corporal.  Dos horas 2 después de las medidas, se ve reflejado la temperatura normo térmico.  Se orienta sobre las medidas a seguir para mantener la temperatura dentro de los rangos normales  Puntuación Diana 4

<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b> Deterioro de la movilidad física, relacionado con rigidez articular y deterioro músculo- esquelético, manifestado por dolor al movimiento en rodillas</p> <p><b>Definición:</b> Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.</p>	<p><b>DOMINIO: 4 Actividad/Reposo</b></p> <p><b>CLASE: 2 Actividad /Ejercicio</b></p>	
RESULTADO ESPERADO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<p>DOMINIO: 1 Salud Funcional</p> <p>CLASE C Movilidad, Resultados que describen la movilidad física del individuo y las secuelas por la restricción de movimientos.</p> <p>RE Movimiento articular rodilla 0217</p> <p>Definición: Rango de movilidad activa de la rodilla con movimiento autoiniciado</p> <p>Indicadores:  021701 Extensión de 0° (d)  021702 Flexión de 130° (d)  021704 Extensión de 0° (i)  21705 Flexión de 130° (i)</p> <p>Escala de Medición: Puntuación Diana Inicial 3  (1) Desviación grave del rango normal,  (2) Desviación sustancial del rango normal,  (3) Desviación moderada del rango normal,  (4) Desviación leve del rango normal y  (5) Sin desviación del rango normal</p>	<p>CAMPO: 1: Complejo: Fisiológico básico: Cuidados que apoyan el funcionamiento físico</p> <p>CLASE A. Control de actividad y ejercicio; Intervenciones para organizar o ayudar en la actividad física y la conservación y el gasto de energía.</p> <p>INTERVENCIÓN: Terapia de ejercicios: movilidad articular 0224  Definición: Realizar movimientos corporales activos o pasivos para mantener o restablecer la flexibilidad articular.  Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar las limitaciones del movimiento articular y su efecto sobre la función</li> <li>- Colaborar con fisioterapia en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios.</li> <li>- Determinar el nivel de motivación del paciente para mantener o restablecer el movimiento articular.</li> <li>- Explicar al paciente/familia el objeto y el plan de ejercicios articulares</li> <li>- Determinar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento /actividad.</li> <li>- Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio de las articulaciones</li> <li>- Ayudar al paciente a colocarse en una posición óptima para el movimiento articular pasivo/activo</li> <li>- Fomentar la realización de ejercicios de rango de movimiento de acuerdo con un programa regular, planificado</li> <li>- Proporcionar el alta instrucciones escritas sobre los ejercicios</li> <li>- Animarle a visualizar el movimiento corporal antes de comenzar el movimiento</li> <li>- Ayudar en el movimiento articular regular y rítmico dentro de los límites del dolor, resistencia y movilidad articulares</li> <li>- Dar un apoyo positivo al realizar los ejercicios articulares</li> </ul>	<p>A pesar de los ejercicios, orientación y la motivación que se le proporciona al paciente. Sigue con la molestia en rodillas.</p> <p>Se le solicitarán exámenes de laboratorio que permita verificar niveles de ácido úrico</p> <p>Se lleva conocimiento del objetivo de los ejercicios articulares, control del dolor, importancia de la realización de ejercicios de rango de movimiento de acuerdo a sus capacidades.</p> <p>Puntuación Diana 3</p>

<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b> Trastorno del patrón de sueño relacionado con interrupciones frecuentes en la noche, manifestado por sensación de cansancio</p> <p>y cuerpo agotado</p> <p><b>Definición:</b> Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos</p>	<p><b>DOMINIO: 4 Actividad/Reposo</b></p>	
	<p><b>CLASE: 1 Sueño/Reposo.</b> Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos</p>	
<p><b>RESULTADO ESPERADO</b></p>	<p><b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b></p>	<p><b>EVALUACIÓN</b></p>
<p>DOMINIO: 1 Salud Funcional</p> <p>CLASE A Mantenimiento de la energía. Resultados que describen la recuperación, conservación y gasto de la energía de un individuo</p> <p>RE Sueño :0004</p> <p>Definición: Suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo</p> <p>Indicadores: Calidad del sueño</p> <p>Escala de Medición: Puntuación Diana Inicial 3 (1) Desviación grave del rango normal, (2) Desviación sustancial del rango normal, (3) Desviación moderada del rango normal, (4) Desviación leve del rango normal y (5) Sin desviación del rango normal</p>	<p>CAMPO: 1: Complejo: Fisiológico básico: Cuidados que apoyan el funcionamiento físico</p> <p>CLASE F Facilitación de los auto cuidados: Intervenciones para proporcionar o ayudar en las actividades rutinarias de la vida cotidiana</p> <p>INTERVENCIÓN:1850 Fomentar el sueño</p> <p>Definición: Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar la importancia de un sueño adecuada durante la enfermedad</li> <li>- Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el esquema de sueño</li> <li>- Controlar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilia para evitar cansancio en exceso</li> <li>- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño</li> <li>- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama</li> <li>- Ayudar al paciente a evitar a la hora de irse a la cama los alimentos y bebidas que interfieran el sueño</li> <li>- Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia si procede.</li> <li>- Disponer/llevar a cabo medidas agradables: masajes, colocación y contacto afectuoso</li> <li>- Agrupar las actividades para minimizar el número de despertares permitir ciclos de sueño de al menos de 90 minutos.</li> <li>- Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día noche normales</li> <li>- Comentar con el paciente y la familia medidas de comodidad, técnicas para favorecer el sueño y cambios en el estilo de vida que contribuyan a un sueño óptimo</li> </ul>	<p>Logra mejorar de una manera regular la sensación de cansancio y cuerpo agotado debido a su estancia hospitalaria. Se siguen realizando las intervenciones para llevarlo a un sueño adecuado, de acuerdo a su edad y demanda de reposo.</p> <p>Puntuación Diana 4</p>

<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b> Déficit de Autocuidado: Vestido/Acicalamiento, relacionado con disminución de la motivación y debilidad, manifestado por tristeza, depresión y malestar. <b>Definición:</b> Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de vestido y arreglo personal	<b>DOMINIO: 4 Actividad/Reposo</b>	
	<b>CLASE: 5 Autocuidado</b>	
<b>RESULTADO ESPERADO</b>	<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
<p>DOMINIO: I Salud funcional, resultados que describen la capacidad y realización de las actividades básicas de la vida</p> <p>CLASE: Función D: Autocuidado, resultados que describen la habilidad individual para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria</p> <p>RE Estado Autocuidado: vestir: (0302)</p> <p>Definición: Capacidad para vestirse independientemente con o sin mecanismo de ayuda</p> <p>Indicadores:          030201 Escoge la ropa          030203 Coge la ropa</p> <p>Escala de Medición: Puntuación Diana Inicial 3.          (1) Desviación grave del rango normal,          (2) Desviación sustancial del rango normal,          (3) Desviación moderada del rango normal,          (4) Desviación leve del rango normal y (5)          Sin desviación del rango normal</p>	<p>CAMPO: 3: FISIOLÓGICO BÁSICO Complejo: Cuidados que apoyan el funcionamiento físico</p> <p>CLASE: F: Facilitación de los autocuidados. Intervenciones para proporcionar o ayudar en las actividades rutinarias de la vida cotidiana.</p> <p>INTERVENCIÓN: 1802 Ayuda con los autocuidados vestir/arreglo personal</p> <p>Definición: Ayudar a un paciente con las ropa.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar al paciente de la vestimenta disponible que puede seleccionar</li> <li>- Disponer las prendas del paciente en una zona accesible (al pie de la cama)</li> <li>- Proporcionar las prendas personales, si resulta oportuno</li> <li>- Estar disponible para ayudar en el vestir, si es necesario</li> <li>- Facilitar que el paciente se afeite él mismo, si procede</li> <li>- Ayudar con los cordones, botones y cremalleras, si es necesario</li> <li>- Reafirmar los esfuerzos por vestirse así mismo</li> <li>- Facilitar la ayuda de un barbero o estilista, si es necesario</li> </ul>	<p>El Sr. Carlos fue recuperando su autonomía, conforme los días transcurren y mejora su estado anímico por encontrarse con la familia y en su hogar.</p> <p>Puntuación Diana: 4</p>

<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b> Deterioro de la integridad tisular relacionado alteración de la circulación, manifestado enrojecimiento en miembro inferior derecho, con pérdida superficial de la piel con base rosada y tejido blanco.</p> <p><b>Definición:</b> Lesión de la membrana mucosa, corneal integumentaria o de los tejidos subcutáneos.</p>	<p><b>DOMINIO: 11: Seguridad /Protección</b></p>	
	<p><b>CLASE: 2 Lesión Física</b></p>	
<p><b>RESULTADO ESPERADO</b></p>	<p><b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b></p>	<p><b>EVALUACIÓN</b></p>
<p>DOMINIO: II Salud Fisiológica, Resultados que describen el funcionamiento orgánico</p> <p>CLASE: L: Resultados que describen el estado y función de los tejidos corporales de un individuo.</p> <p>RE 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas:</p> <p>Definición: Integridad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas</p> <p>Indicadores:</p> <p>1101101 Temperatura de la piel</p> <p>1101105 Pigmentación anormal</p> <p>110115 Lesiones cutáneas</p> <p>110121 Eritema</p> <p>Escala de Medición: Puntuación Diana Inicial 1.</p> <p>(1) Desviación grave del rango normal,</p> <p>(2) Desviación sustancial del rango normal,</p> <p>(3) Desviación moderada del rango normal,</p> <p>(4) Desviación leve del rango normal y (5) Sin desviación del rango normal</p>	<p>CAMPO: 2: Fisiológico Complejo: Cuidados que apoyan la regulación homeostática</p> <p>CLASE: Control de la piel/heridas: Intervenciones para mantener o restablecer la integridad de los tejidos.</p> <p>INTERVENCIÓN: 3660 Cuidados de las heridas: Definición: Prevención de complicaciones y estimulación de la curación de las mismas.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Afeitar el vello que rodea la zona y limpiar los restos de las heridas.</li> <li>- Anotar las características de la herida</li> <li>- Anotar las características de cualquier drenaje producido</li> <li>- Administrar cuidados de la úlcera dérmica</li> <li>- Masajear la zona alrededor de la herida para estimular la circulación</li> <li>- Aplicar un ungüento adecuado a la piel/lesión, si procede.</li> <li>- Vendar en forma adecuada</li> <li>- Mantener técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida</li> <li>- Inspeccionar la herida cada vez que realiza el cambio de vendaje</li> <li>- Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.</li> <li>- Colocar de manera que se evite presionar la herida, si procede</li> <li>- Enseñar al paciente o miembro de la familia a realizar la curación de la herida.</li> </ul>	<p>Se envía una interconsulta a Clínica de heridas y estomas, para su tratamiento y curación del paciente.</p> <p>Se lleva una adecuada evolución y proceso de cicatrización.</p> <p>Puntuación Diana 3</p>

<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b> Conocimientos deficientes relacionado con mala interpretación de la información manifestado por dudas e incertidumbre sobre el manejo farmacológico</p> <p><b>Definición:</b> Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico (insulina)</p>		<p><b>DOMINIO: 5 Percepción/Cognición</b></p> <p><b>CLASE: 4 Cognición</b></p>
RESULTADO ESPERADO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<p>DOMINIO: IV Conocimiento y conducta de salud. Resultados que describen actitudes, comprensión y acciones con respecto a la salud y a la enfermedad</p> <p>CLASE: S. Conocimientos sobre la salud, Resultados que describen la comprensión individual a la hora de aplicar la información para favorecer, mantener o restablecer la salud.</p> <p>RE 1820 : Conocimiento: control de la diabetes</p> <p>Definición: Grado de comprensión transmitida sobre la diabetes mellitus y la prevención de complicaciones</p> <p>Indicadores:</p> <p>182001 Descripción de la función de la insulina</p> <p>182005 Descripción del papel del ejercicio en el control de la glucemia</p> <p>182008 Descripción de los procedimientos a seguir para tratar la hiperglucemia y de los síntomas relacionados.</p> <p>182010 Descripción de la prevención de hipoglucemia</p> <p>182027 Descripción de la técnica adecuada para preparar y administrar insulina</p> <p>182019 Identificación del comienzo, pico y duración de la insulina prescrita</p> <p>Escala de Medición: <b>Puntuación Diana Inicial 2.</b></p> <p>(1) Desviación grave del rango normal,</p> <p>(2) Desviación sustancial del rango normal,</p> <p>(3) Desviación moderada del rango normal,</p> <p>(4) Desviación leve del rango normal y (5) Sin desviación del rango normal</p>	<p>CAMPO: 3 Conductual: Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida...</p> <p>CLASE:S: Educación de los pacientes Intervenciones para facilitar el aprendizaje.</p> <p>INTERVENCIÓN: Enseñanza: proceso de la enfermedad</p> <p>Definición: Ayudar al paciente comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específica.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.</li> <li>- Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología.</li> <li>- Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad</li> <li>- Describir el proceso de la enfermedad</li> <li>- Proporcionar a la información a la familia acerca de los progresos del paciente.</li> <li>- Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.</li> <li>- Describir el fundamento de las recomendaciones del control /terapia/ tratamiento</li> <li>- Describir las posibles complicaciones crónicas</li> <li>- Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir /minimizar los efectos secundarios de la enfermedad.</li> <li>- Remitir al paciente a los centros/grupos comunitarios locales</li> <li>- Proporcionar el número de teléfono al que llamar si surgen complicaciones</li> </ul>	<p>Se informa y se dan pláticas de Educación para la salud al paciente, mejorando en apego al tratamiento.</p> <p>Muestra interés en el aprendizaje del tratamiento farmacológico (Insulina) y devuelve la información en forma adecuada.</p> <p>Así como ha generado inquietud en asistir a redes de apoyo y solicita información a trabajo social.</p> <p>Puntuación Diana 4</p>

## 6.4 PLAN ALTA

Recomendaciones para su permanencia en el domicilio:

### 1.- Nutrición.

- Consumir alimentos libres de grasa y carbohidratos, preferentemente hechos en casa.
- No alimentos de tipo chatarra( pizza, chocolates, helado, papas fritas, refrescos
- Líquidos de acuerdo a la prescripción médica, sobre todo limitación de estos debido a las fallas de tipo renal.
- No bebidas carbohidratadas
- Comer verduras (vegetales verdes, zanahoria, coliflor, etc.) y Frutas (papaya, naranja, guayabas, etc. cuidando de que no sean muy dulces como el plátano, mango, uvas, etc.)
- Evitar al mínimo las carnes rojas, comer preferentemente pollo, pescado o sustituir la proteína de la carne por tipo soya)
- Mantener un control de peso mensual para verificar la pérdida de este de acuerdo a compromiso establecido

### 2. Medicación

- Tomar sus medicamentos de acuerdo a prescripción médica.
- Tomar sus medicamentos en el horario que su médico lo indique, por ejemplo: paracetamol 500mgr tabletas cada 8 hrs
- Importante terminar su tratamiento médico de acuerdo a la prescripción médica.
- No auto medicarse
- Procurar que la toma de medicamentos no sea en ayunas
- No suspender medicamentos para el control del paciente diabético
- Con relación a medicamentos prescritos previamente continuar con su tratamiento
- Manejo de insulina de acuerdo a lo aprendido

### 3. Actividades

- Iniciar actividades de manera pausada y sin generar mayor esfuerzo
- Realizar actividades tipo manualidad
- Realizar ejercicios de preferencia caminata
- Llevar a cabo el baño, al menos tres veces por semana
- Solicitar interconsulta a rehabilitación para valoración y manejo de ejercicios activos y pasivos para mitigar el dolor de rodillas y limitaciones de movilidad y postura

### 4. Instrucciones Especiales

- Verificar que sus medicamentos no estén caducados
- Mantener el manejo de su higiene personal
- Lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón, sobre todo antes de los alimentos, después de ir al baño y tener contacto con otras personas.
- Cubrir la boca al toser o estornudar con un pañuelo desechable, con el ángulo del codo.
- Hacer ejercicio 30 minutos diarios de manera pasiva (caminar, trotar)
- Mantener limpieza en las cubiertas de la recámara, cocina, baños, barandales, etc.)
- Evitar los cambios bruscos de temperatura y usar la ropa adecuada de acuerdo al clima (cubrirse bien en meses de verano e invierno)
- Vacunarse una vez al año contra influenza estacional, así como las vacunas que el médico lo indique de acuerdo a su edad y factores de riesgo.

## VII CONCLUSIONES

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un instrumento del cuidado en el ejercicio profesional de enfermería, que permite al personal que lo ejecuta, llevarlo a cabo en tiempo y forma de una manera sistematizada, planeada y organizada en sus cinco diferentes etapas del proceso.

El haber tenido la oportunidad de trabajar el PAE en un paciente Persona con Dependencia en las Necesidades de Oxigenación, Nutrición, Eliminación y Movilidad, causado por el virus de la influenza, permitió desarrollar habilidades y destrezas en la priorización de cuidados de enfermería, en conjunto con su enfermedad de base de tipo crónico degenerativa.

Afortunadamente hoy en día se cuenta con una vacuna estacional de manera gratuita, que permite crear inmunidad de manera eficaz para prevenir la enfermedad del virus de influenza A (HINI).

Sin embargo la manera más oportuna y eficaz para no contraer la enfermedad en este tipo de pacientes altamente vulnerables, sigue siendo la prevención como son; el lavado de manos frecuentemente, evitar tener contacto directo con personas que están enfermas, evitar tocar la nariz, la boca y los ojos, así como vacunarse cada año contra la vacuna de influenza, son medidas sencillas y oportunas, que permiten no contraer la enfermedad y sus graves consecuencias hacia la salud.

## VIII SUGERENCIAS

El haber culminado el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), me dio la oportunidad de conocer en forma y en fondo, la importancia que es documentar e investigar mediante un sistema estructurado como es el PAE. Lo que permite tener mayores instrumentos de trabajo al profesional de enfermería para ejecutar, actuar y desarrollar una atención y cuidado en tiempo y forma.

Considero que el haber elegido como opción de titulación el PAE, fue la mejor elección para mi desarrollo profesional.

En lo personal, el haber tenido hace unos años la oportunidad de trabajar como profesional Técnico de Enfermería y ahora como profesional a nivel Licenciatura, así como el haber desarrollado en su momento el Plan de Atención de Enfermería y para estos instantes el Proceso de Atención de Enfermería de una manera completa y profunda, me genera gran satisfacción y aprendizaje ya que hablamos en un proceso en un lenguaje crítico, científico y humano en nuestra profesión, así como en nuestra manera de actuar, dirigir y conducirnos.

Con relación a sugerir el manejo del PAE en el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" no hay necesidad ya que en esa institución se aplican los Planes de Cuidados de Enfermería estandarizados desde hace más de 7 años, lo que permite, desde mi punto de vista vincular los aprendizajes adquiridos en los estudios de Licenciatura en Enfermería con la práctica profesional sustentada en un marco teórico y metodológico.

## IX BIBLIOGRAFÍA

- Dirección General de Epidemiología (DGE), (2013) Influenza Documento Técnico. Recuperado de [http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/lineamientos/influenza/documento\\_tecnico\\_influenza.pdf](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/lineamientos/influenza/documento_tecnico_influenza.pdf)
- Salud Pública de México (2006) La Influenza, un problema urgente de Salud Pública recuperado [http://bus.insp.mxrsp/articulos\\_e4.php](http://bus.insp.mxrsp/articulos_e4.php)
- Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE) (2016). Aviso epidemiológico de Influenza: Actualización de la situación de influenza durante la temporada 2015-2016. Recuperado en [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/157519/AVISO\\_EPIDEMIOLOGICO\\_INFLUENZA\\_100216.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/157519/AVISO_EPIDEMIOLOGICO_INFLUENZA_100216.pdf)
- Comité Hospitalario para emergencias y desastres Programa “Hospital Seguro” (2012), Plan de Acción Hospitalario ante Emergencias y Desastres, recuperado [http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dirgral/plan\\_accion\\_hos\\_seguro.pdf](http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dirgral/plan_accion_hos_seguro.pdf)
- García C., Martínez M. L., (2001) *Historia de la Enfermería, evolución histórica del Cuidado Enfermero*, España: Elsevier.
- Cuevas Leticia, Guillen Dulce (2012) Breve Historia de la Enfermería en México, Revista CuidArte, Vol1 (2012)
- Salas, I.P.M (2012). El reformismo social y sanitario de concepción arenal. Una contribución a la identidad de la enfermería contemporánea. Ed. Club universitario. San Vicente Alicante.

- Eliazar González, Ana María Arras ( 2012) La profesionalización en enfermería: hacia una estrategia de cambio, TecnocienciaChihuahua Vol. VI, No1 Enero Abril 2012
- Organización Mundial de la Salud (OMS)/ENFERMERÍA (2013) Temas de salud Enfermería, recuperado [www.who.int>topics>nursing](http://www.who.int/topics/nursing)
- Consejo Internacional de Enfermería (CIE) (2015), la definición de enfermería, recuperado [www.icn-ch/es/who-we-are/icn-definition-of-nursing](http://www.icn-ch/es/who-we-are/icn-definition-of-nursing)
- La American Nurses Association (ANA) (2016), la definición de enfermería, recuperado en <http://www.nursingworld.org/>
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud Secretaria de Salud (2013) Manual Metodológico para la integración de Guías de Práctica Clínica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud, recuperado de [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/manual2013/Manual2013/Manual/MetodologicoGPC\\_Enfermera.pdf.pag10](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/manual2013/Manual2013/Manual/MetodologicoGPC_Enfermera.pdf.pag10)
- Sandoval Leticia, García Ma. Aurora (2012). Enfermería Fundamental, Teorías de carácter histórico, UNAM-ENEO-SUA.
- Rodríguez Bertha(2002) Definición y Etapas del Proceso de Enfermería , Cuellar Kall y C. 2002
- Gordon Marjory,. (2007), *Manual de Diagnósticos de Enfermería*, España: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Téllez Sara, García Martha (2012) Modelos de Cuidados en Enfermería, NANDA, NIC Y NOC 1era edición, Mc Graw Hill
- Iyer, P. (1997) *Proceso y Diagnóstico de Enfermería*, México: McGraw Hill Interamericana.
- Rodríguez S. (2002) *Proceso de Enfermería*, Cuellar 2 edición.

- NANDA Internacional (2012-2014) Diagnósticos Enfermeros Definiciones y clasificación España Elsevier
- Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013 (2013) Para la Práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud recuperado [http://www.dofgob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5312523](http://www.dofgob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523)
- Hernández Luz M, Luna Rosa M. (2011) Escuela de las necesidades, Tecnología para el Cuidado de la Salud, UNAM- ENEO-SUA
- Jiménez, C. AB, Salinas, DMT, Sánchez, E T (2004) Algunas reflexiones sobre la filosofía de V,H. Rev. Enf. (IMSS2004;12: 61-63) México D.F
- Phaneut M.( 1999 ) La planificación de los cuidados enfermeros. México. McGraw Hill Interamericana.
- Kail y Cavavaugh(2011) Desarrollo Humano: una perspectiva del ciclo vital Ed-CEGAGE Learning, Quinta Edición México
- Organización Mundial de la Salud (OMS) 2016, Demencia, recuperado <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es>

#### Revistas

- Armendáriz Angélica, Medel Bertha (2007) Teorías de Enfermería y su relación con el Proceso de Atención en Enfermería , Revista Synthesis, Número 451 (2007)

#### Páginas de internet.

- Kuri Pablo, Bentancourt Miguel (2006), Pandemia de Influenza: la respuesta de México recuperado <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000187>

## **X ANEXOS**

## Plan de Egreso:

### CRITERIOS E INSTRUCCIONES PARA EL PLAN DE EGRESO:

#### 1.-NUTRICIÓN.-

- ☒ Explicar la dieta que debe seguir después del alta
- ☒ Dieta
- ☒ Restricciones

#### 2.-MEDICACIÓN.-

- ☒ Explicarle la dosis correcta, hora, precauciones especiales y efectos colaterales del tratamiento.

#### 3.- ACTIVIDADES.-

- ☒ Expresar las restricciones a la actividad
- ☒ Hacer demostración de ejercicios prescritos
- ☒ Demostrar el uso correcto de los instrumentos/ dispositivos asistencial.
- ☒ Reanudar la actividad normal
- ☒ Tipo de baño
- ☒ Actividades restringidas y el tiempo

#### 4.- INSTRUCCIONES ESPECIALES.-

- ☒ Describir o demostrar correctamente el tratamiento prescrito (curaciones)
- ☒ Expresar signos y síntomas de alarma que haya que notificar
- ☒ Recordar y hacer hincapié en la importancia de su citas subsecuentes

**Índice de Katz.** Creado en el año 1958 por un equipo multidisciplinar dirigido por S. Katz y formado por enfermeras, médicos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas del The Benjamin Rose Hospital (un hospital geriátrico y de enfermos crónicos de Cleveland, Ohio) para delimitar la dependencia en fracturas de cadera. Valora seis funciones básicas (baño, vestido, uso de W.C, movilidad, continencia de esfínteres y alimentación) en términos de dependencia o independencia, agrupándolas posteriormente en un solo índice resumen.

El concepto de independencia se considera para esta escala **a una persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda mecánica y dependiente a aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo la mera supervisión de la actividad.** Si una persona no quiere realizar una actividad o no la realiza se considera dependiente aunque pudiera hacerla en teoría. Se basa en el estado actual de la persona y no en la capacidad de realizarlas.<sup>1</sup>

Índice de Katz de independencia en las actividades de la vida diaria.

**A: Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso de retrete, vestirse y bañarse.**

**B: Independiente para todas las funciones anteriores excepto una**

**C: Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional**

**D: Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional**

**E: Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso de retrete y otra función adicional**

**F: Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional**

**G: Dependiente en las seis funciones**

**H: Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C,D,E,o F**

---

<sup>1</sup> Curso sobre el uso de escalas de valoración geriátrica, A J Cruz et al.2006, Prous Science SA.

Independiente significa sin supervisión, dirección o ayuda personal activa, con las excepciones que se indican en el cuadro. Se basan en el estado actual y no en la capacidad de hacerlas. Se considera que un paciente que se niega a realizar una función no hace esa función, aunque se le considera capaz.

<b>Bañarse:</b> (en tina o ducha)	<b>Usar el retrete</b>
<b>Independiente:</b> Se baña completamente, o necesita ayuda sólo para jabonarse ciertas regiones (espalda, o una extremidad dañada)	<b>Independiente:</b> Accede al retrete, entra y sale de él, se limpia los órganos excretores y se arregla la ropa (puede usar o no soportes mecánicos).
<b>Dependiente:</b> Requiere ayuda para bañarse más de una parte del cuerpo, o para entrar o salir de la tina, o no se puede bañar solo.	<b>Dependiente:</b> Usa orinal o cuña o precisa ayuda para acceder al retrete y utilizarlo
<b>Vestirse:</b>	<b>Continencia:</b>
<b>Independiente:</b> Saca la ropa del closet, se viste y desviste. Se excluye el anudar los cordones.	<b>Independiente:</b> Controla totalmente esfínter anal y vesical.
<b>Dependiente:</b> No se viste solo o lo hace incompletamente.	<b>Dependiente:</b> Incontinencia urinaria o fecal parcial o total
<b>Movilidad</b>	<b>Alimentación</b>
<b>Independiente:</b> Entra y sale de la cama y se sienta y levanta de la silla solo( puede usar o no soportes mecánicos)	<b>Independiente:</b> Lleva la comida desde el plato o su equivalencia a la boca( se excluyen cortar la carne y untar la mantequilla o similar)
<b>Dependiente:</b> Precisa de ayuda para utilizar la cama y/o silla; no realiza uno o más desplazamientos	<b>Dependiente:</b> Precisa ayuda para la micción de alimentarse, o necesita de alimentación enteral o parenteral