



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE DISEÑO DE POLÍTICAS, PLANEACIÓN Y
COORDINACIÓN SECTORIAL
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA U.N.A.M.
CLAVE DE INCORPORACIÓN U.N.A.M. 3095-12
ACUERDO CIRE NÚMERO 203/99 DEL 25/06/1999

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM

NOMBRE DE LA OPCIÓN: PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

TÍTULO DEL TRABAJO ESCRITO:

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A ADULTO CON
DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES RELACIONADO CON CAMBIOS
EN LA MEMBRANA ALVEOLO CAPILAR EVIDENCIADO POR TAQUICARDIA**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

PRESENTA;

MIRIAM SANTOS VEGA

DIRECTORA DE TRABAJO ESCRITO

LIC. ENF. FLORENCIA CADENA VALDIVIA

FECHA

OCTUBRE 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE DISEÑO DE POLÍTICAS, PLANEACIÓN Y
COORDINACIÓN SECTORIAL
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA U.N.A.M.
CLAVE DE INCORPORACIÓN U.N.A.M. 3095-12
ACUERDO CIRE NÚMERO 203/99 DEL 25/06/1999

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM

NOMBRE DE LA OPCIÓN: PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

TÍTULO DEL TRABAJO ESCRITO:

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A ADULTO CON
DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES RELACIONADO CON CAMBIOS
EN LA MEMBRANA ALVEOLO CAPILAR EVIDENCIADO POR TAQUICARDIA**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

PRESENTA;

MIRIAM SANTOS VEGA

DIRECTORA DE TRABAJO ESCRITO

LIC. ENF. FLORENCIA CADENA VALDIVIA

FECHA

OCTUBRE 2021



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE DISEÑO DE POLÍTICAS, PLANEACIÓN Y
COORDINACIÓN SECTORIAL
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
CON ESTUDIOS INCORPORADPS A LA U.N.A.M.
CLAVE DE INCORPORACIÓN 3095-12 ACUERDO CIRE NÚMERO 203/99

SUBDIRECCIÓN DE CERTIFICACIÓN
ANEXO 13

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TRABAJO ESCRITO

LIC. MANOLA GIRAL DE LOZANO
DIRECTORA GENERAL DE INCORPORACIÓN
Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS DE LA UNAM
PRESENTE.

Me permito informar a usted que el trabajo escrito: Proceso Atención de Enfermería Aplicado a Adulto con Deterioro del Intercambio de Gases relacionado con cambios en la Membrana Alveolo Capilar evidenciado por Taquicardia

Elaborado por:

1.	<u>Santos</u>	<u>Vega</u>	<u>Miriam</u>	No. Cuenta	<u>416527148</u>
2.	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____
	Apellido paterno	Materno	Nombre(s)	No. Cuenta	

Alumno (s) de la carrera de: Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Reúne (n) los requisitos para su impresión.

Ciudad de México; a 29 de octubre del 2021

Lic. Enf. Florencia Cadena Valdivia
Nombre y firma del Asesora

Mtra. Silvia Vega Hernández
Nombre y Directora Técnica de la carrera



CIUDAD INNOVADORA
Y DE DERECHOS



I.1 DEDICATORIA Y/O AGRADECIMIENTO

Gracias

Dios por permitirme disfrutar cada día de salud, poder estar lado de mi familia, ser mi refugio en momentos de fracaso y desaliento e iluminar mi camino.

A ti Ulises, hijo mío, mi fuente de inspiración, tu que con una mirada y tus pequeños brazos alivias mi alma. Mi amor por ti es incansable. Te amo por siempre ángel mío

A ustedes madre y padre, al ser formadores de esta gran familia, su amor, su sabiduría y apoyo incondicional me brinda la confianza de seguir caminando día con día hacia la superación personal.

A ustedes hermanos, por compartir, ser amigos, ser mi sangre, gracias por estar aquí.

A ti Joan, mi compañero de vida, por tu apoyo, tus enseñanzas, tus locuras, esos viajes los llevo en el corazón.

A mis profesores, por todas sus enseñanzas no solo académicas, si no de vida, en un ciclo constante de aprendizaje, grandes seres humanos que dejaron huella en mí.



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

Dedicatoria

A mi familia, Joan mi compañero y a todo el equipo de Medicina interna del Hospital General Ajusco Medio.

I.4 ÍNDICE.

I.	INTRODUCCIÓN.	
II.	JUSTIFICACIÓN.	
III.	OBJETIVOS	
	3.1. General.	
	3.2 Específicos.	
IV.	MARCO TEÓRICO	1
	4.1 Enfermería como Profesión disciplinar.	1
	4.1.1 Conceptos básicos de la enfermería que la sustentan como disciplina y profesión.	4
	4.2 El cuidado como Objeto de Estudio.	4
	4.2.1 Enfoque filosófico, teórico, metodológico y práctico	7
	4.2.2 Tipos de Cuidado.	8
	4.3 Modelos y Teorías de enfermería.	9
	4.3.1 Definición, objetivos y clasificación.	9
	4.3.2 Relación de los Modelos y Teorías con el Proceso Atención de Enfermería.	20
	4.3.3 Aspectos éticos y legales en la aplicación del P.A. E.	22
	4.3.4 Modelo o Teoría utilizado para la elaboración del P.A.E.	24
	4.4 El Proceso de Enfermería como herramienta metodológica para brindar cuidado a la persona.	30
	4.4.1 Definición, objetivos, ventajas y desventajas.	30
	4.4.2 Etapas del Proceso Atención de Enfermería.	32
	4.5 La persona.	37
	4.5.1 Características biológicas, psicológicas y sociales.	37
	4.5.2 Padecimientos más frecuentes.	39
	4.5.3 Descripción del padecimiento.	41
V.	APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.	51
	5.1 Presentación del Caso Clínico.	51



5.2 Valoración inicial y continua (Identificación de necesidades).	53
5.3 Diseño y priorización de los diagnósticos de enfermería.	69
5.4 Plan de Intervención de enfermería.	74
5.5 Ejecución.	74
5.6 Evaluación.	131
5.7 Plan de alta.	132
VI. CONCLUSIONES.	135
VII. GLOSARIO DE TÉRMINOS.	137
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	139
IX. ANEXOS.	151

I. INTRODUCCIÓN.

“Cuidar y preservar la vida”. Al inicio de mi carrera está fue la frase que me motivaba a dar lo mejor de mí para con todos los pacientes y personas que requirieran de mi labor como profesional de Enfermería. En el contexto de la actual pandemia derivada del COVID-19, la frase adquirió mayor sentido pues ha sido un evento significativo en las vidas del personal de salud, especialmente para las enfermeras. Así, salvaguardar la vida y sobrellevar jornadas de trabajo extremas donde el agotamiento físico, mental y espiritual te consume, a su vez se convirtieron en los retos a superar en nuestra profesión.

Sin embargo, el ánimo y la esperanza de que nuestros pacientes regresaran a su casa era una satisfacción tan grande y tan reconfortante que alivia el alma y llegábamos a la conclusión de que había valido la pena el esfuerzo y unión de cada integrante del equipo multidisciplinario.

El rol de enfermería en México en esta pandemia ha sido la reivindicación de nuestra profesión, no sólo por nuestra preparación académica, la cual sigue en constante actualización de conocimientos y destrezas, sino también una inquebrantable voluntad de servicio y solidaridad ante esta pandemia.

El Dr. Enrique Graue Wiechers señala que “Durante esta pandemia, en los momentos más difíciles, las y los enfermeros de México han brindado consuelo, confianza y compañía. Han mostrado su sincera identidad y su más bondadoso rostro; nos han enseñado su fortaleza y su amor por su profesión. Y lo han hecho a sabiendas de que se les puede ir la vida en ello.”¹.

¹ . Graue Enrique. Enfermería y COVID- 19. En: Zárate Rosa. et al. Enfermería y COVID-19: La voz de sus protagonistas. México: ENEO-UNAM; 2020. 19-20. disponible para consulta en http://www.eneo.unam.mx/novedades/enfermeria_y_covid19.pdf.



El Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.), es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, lo que nos permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El presente P. A. E. se plasma el manejo integral de un paciente adulto con deterioro del intercambio de gases secundario a SARS-CoV-2 desde un estado de sedación, análisis de estudios gasométricos y de imagenología, el seguimiento del destete ventilatorio tomando en cuenta el apoyo emocional, la extubación y rehabilitación brindándole el acompañamiento necesario, hasta su egreso.

Todo lo anterior delimitado en un marco teórico-científico de lo que hasta hoy conocemos de dicha enfermedad. De esta manera, se abordan los antecedentes, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento que se brinda en México desde una valoración con el modelo teórico de Virginia Henderson, jerarquización de necesidades elaborando los diagnósticos de enfermería de acuerdo a las necesidades específicas en cada etapa, la planificación de los cuidados, su ejecución acorde a las intervenciones establecidas, así como una evaluación que denominamos como plan de alta.



II. JUSTIFICACIÓN.

La enfermedad COVID-19 es una infección de las vías respiratorias causada por el coronavirus SARS-CoV-2 de reciente aparición que se identificó por primera vez en Wuhan (China) en diciembre de 2019². El 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a la infección por el coronavirus SARS-CoV-2 una emergencia de salud pública de preocupación internacional. El 12 de febrero la OMS denominó a esta nueva enfermedad como COVID-19. El 11 de marzo de 2020, el Director General de la OMS, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus declaró la al COVID-19 como una pandemia.

En México, la Secretaría de Salud confirmó el primer caso positivo de COVID-19 el 27 de febrero de 2020 y, para el 14 de marzo, se inició la Jornada Nacional de Sana distancia, consistente en un paquete de medidas sanitarias tales como la mitigación por distanciamiento social y contención con acciones preventivas, la higiene de manos, optimización de servicios de urgencias, higiene respiratoria, reconversión y expansión hospitalaria; así como la identificación temprana de síntomas respiratorios. Para el día 18 de marzo se reportó el primer fallecimiento por COVID-19 lo que generó 2 días después el cierre de escuelas y el inicio del confinamiento en todo el país.³

Para el 12 de agosto de 2021, momento en que se elaboró el presente PAE, el reporte nacional de acuerdo con el Informe Técnico Diario COVID-19 México dio los siguientes datos: Un total de 146, 525 de casos activos estimados;

² Organización Mundial de la Salud. Manejo clínico de la infección respiratoria aguda grave (IRAG) en caso de sospecha de covid-19: Orientaciones provisionales [Internet]. 2020 [Consultado el 13 de junio de 2021] Disponible para su consulta en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331660>

³ 3. Leija Claudia y Héctor Olivera. Plan de Respuesta Estratégica de Enfermería ante COVID-19. En: Zárate Rosa. et al. Enfermería y COVID-19: La voz de sus protagonistas. México: ENEO-UNAM; 2020. 28-35 disponible para consulta en http://www.eneo.unam.mx/novedades/enfermeria_y_covid19.pdf



152,056 total de casos sospechosos; 246,811 defunciones y un 78.4% de pacientes recuperados⁴.

La pandemia de COVID-19 ha ejercido una monumental amenaza sobre los sistemas y los trabajadores de la salud debido al enorme aumento de pacientes infectados que necesitan servicios de salud de calidad. Muchos pacientes necesitan ventilación invasiva y no invasiva por lo que el acrecentamiento de la demanda de servicios de salud supone, por un lado, una inmensa presión en la dotación de personal de salud de primera línea y, por otra, la disponibilidad de equipo biomédico y suministro de insumos; entre ellos, respiradores, monitores, oxígeno medicinal, fármacos, materiales de curación y dispositivos médicos, así como de Equipo de Protección Personal (E.P.P.).

De ahí radica la importancia y el papel tan fundamental del personal de enfermería el cual, frente a la pandemia, ha tenido que adaptarse a las circunstancias y desarrollar diferentes roles para el cuidado de la población en el ámbito preventivo, curativo y rehabilitación a fin de contribuir de manera activa al bienestar de la población; así como a la implementación de los procesos de atención enfermería los cuales brindan un modelo para el cuidado personalizado, integral y holístico.

⁴ 4. Secretaría de Salud. Informe Técnico Diario COVID-19 México [Internet]. 12 de Agosto de 2021 [Consultado el 12 de agosto de 2021] disponible para su consulta en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/661630/Comunicado_Tecnico_Diario_COVID-19_2021.08.12.pdf



III. OBJETIVOS

3.1. General.

Aplicar un Proceso Atención Enfermería utilizando el modelo teórico de Virginia Henderson a un paciente adulto con deterioro del intercambio de gases secundario a SARS-COV-2 durante su estancia hospitalaria desde un estado ventilatorio mecánico, destete y extubación hasta la rehabilitación del mismo con cuidados holísticos acorde a los momentos determinados.

3.2 Específicos.

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente mediante la valoración de Virginia Henderson
- Elaborar diagnósticos de enfermería utilizando la Taxonomía NANDA
- Establecer planes de cuidados individuales.
- Ejecución de nuestros planes de acuerdo a las necesidades del paciente.
- Evaluar las intervenciones realizadas para mejorar la salud de nuestro paciente.

IV. MARCO TEÓRICO.

4.1 Enfermería como Profesión disciplinar.

La Enfermería puede definirse como una “disciplina profesional del cuidado a la persona, cuya construcción disciplinar está basada en una dimensión filosófico-epistemológica que da orientación y define su esencia”. Lo cual no sólo cubre el aspecto práctico del cuidado de la salud, sino que también se sustenta en una perspectiva teórica que “guía al método (proceso de enfermería) y por ende a la práctica profesional”. También en la labor enfermería subyace una característica metodológica “que constituye la herramienta fundamental para brindar cuidado enfermero y logra proyectar la dimensión práctica profesionalizada”.

De esta manera, el profesional de enfermería no realiza su labor práctica, teórica y metodológica por separado, sino que “Todas estas dimensiones sustentan y dan sentido a la naturaleza de enfermería como ciencia, la cual está dirigida específicamente a cubrir la demanda social de cuidado y salud de la población, en los diferentes escenarios donde la persona vive”⁵.

4.1.1 Conceptos básicos de la enfermería que la sustentan como disciplina y profesión.

En la historia de la humanidad han existido prácticas de cuidado para la salud, el bienestar y la conservación de la vida. Nuestra primera teórica fue Florence Nightingale, quien aplicó un proceso consistente en la observación y le brindó especial atención al entorno que rodea al individuo. Posteriormente, en la década de los años 50’s del siglo XX, un movimiento paradigmático de teorías en

⁵ ENEO-SUAyED. Guía de apoyo para presentar el Examen Extraordinario de: “Enfermería Fundamental”. México. Disponible para su consulta en <http://www.educacionadistancia.eneo.unam.mx/guias/Guia%20Enfermeria%20fundamental.pdf>



enfermería surgieron enunciando diferentes tipos de postulados y con ellos su punto de vista de lo que constituye la enfermería.

A continuación, se presentan los diferentes conceptos de acuerdo con diferentes teóricas en relación al concepto de enfermería:

- Ida Jean Orlando: Planteó a la disciplina de enfermería como una profesión independiente la cual funciona de manera autónoma, por lo que la función de la enfermera es “la averiguación y la atención de las necesidades de ayuda inmediata al paciente”.
- Virginia Henderson: Planteó que la labor de los enfermeros era brindar ayuda a los individuos enfermos a “realizar aquellas actividades que contribuyeran a la salud y la recuperación, o a una muerte en paz y que estas actividades las podría llevar a cabo el individuo sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios”.
- Myra Levine: Estableció en la labor de enfermería el principio de interacción humana la cual busca “promover la integridad de todas las personas enfermas o sanas”.
- Dorothy Johnson: Para esta autora, la enfermería “es una fuerza reguladora externa que actúa para conservar la organización e integración de la conducta del paciente a un nivel óptimo en aquellas ocasiones en que la conducta constituye una amenaza para la salud física, social o existe una enfermedad”.
- Martha Rogers: Quien definió a la enfermería como una ciencia con un “conjunto organizado de conocimientos abstractos a la que se ha llegado por la investigación científica y el análisis lógico, es un arte en el uso



imaginativo y creativo del conjunto de conocimientos al servicio del ser humano”.

- Dorothea Orem: Planteó que las necesidades del individuo debe ser la preocupación de los profesionales de enfermería, las actividades del autocuidado así como “su prestación y tratamiento de forma continuada para mantener la vida y la salud; recuperarse de enfermedades o lesiones y enfrentarse a sus efectos”.
- Imogene King: Quien estableció los principios de proceso de acción, reacción e interacción mediante el cual “el cliente y profesional de enfermería comparten información sobre sus percepciones en la situación de enfermería; incluye actividades de promoción de salud, mantenimiento, restablecimiento de la salud, el cuidado del enfermo, el lesionado y el moribundo”.
- Betty Neuman: Para ella, la enfermería se ocupa de mantener estable el sistema del cliente a través de “la precisión en la valoración de los efectos y los posibles efectos de los factores de estrés ambiental y ayudar a los ajustes necesarios para un nivel óptimo de bienestar”.
- Callista Roy: Desarrolló un concepto de enfermería como un sistema de conocimientos teóricos en el que el profesional de enfermería debe prescribir un análisis y acciones “relacionadas con la atención de la persona enferma o potencialmente enferma” la cual, “es necesaria cuando el estrés no habitual o el debilitamiento del mecanismo de afrontamiento hacen que los intentos normales de la persona para el afrontamiento sean ineficaces”.⁶

⁶ Hernández Abdul y Caridad Guardado. La Enfermería como disciplina profesional holística. Revista Cubana de Enfermería La Habana 2004: 2 (20) Disponible para su consulta en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000200007



Para Cabal y Guarnizo, la enfermería se puede entender como “el ejercicio de un arte y de una disciplina”. Es arte porque el profesional de enfermería debe tener sutileza “para comprender al otro holísticamente, a partir de su trayectoria socio-antropológica, biológica, psicológica y espiritual; es decir, demuestra un interés particular por reconocer la individualidad del sujeto de cuidado”, por lo que la enfermería no sólo debe concebirse como el simple acto del cuidado, sino como el arte de conocer e interactuar con los pacientes desde sus propios contextos.

La enfermería también es disciplina debido a que “tiene un conocimiento propio, un desarrollo histórico y un ejercicio profesional definido” brindándole así la categoría de servicio profesional y no meramente artesanal, el cual está respaldado también por diversas corrientes teóricas las cuales, las más importantes, se han enunciado líneas arriba.

4.2 El cuidado como Objeto de Estudio.

Según Cabal y Guarnizo, el cuidado en enfermería “Está constituido por el conjunto de intervenciones surgidas de la interrelación con el sujeto de cuidado, basadas en el conocimiento científico, técnico y disciplinar” las cuales están “dirigidas a mantener o recuperar la salud, prevenir la enfermedad y sus complicaciones o a favorecer la calidad de vida de quienes participan recíprocamente en esta relación de proximidad”, en ese sentido, el cuidado se presenta como una de las características que debe tener todo profesional de enfermería para salvaguardar la integridad clínica del paciente.

De esta manera, el ser enfermero se circunscribe en el Cuidado de Enfermería como su principal esencia lo cual también le da sentido a su disciplina. Así, el cuidado de enfermería representa “tanto el desarrollo conceptual como el ejercicio



profesional, la investigación y la formación del recurso humano”. Y por ello, las autoras describen los elementos constitutivos del concepto de cuidado de la siguiente manera:

- 1) El Cuidado de Enfermería como visión de interacción, “lo que le da el carácter de ser una disciplina social” tomando en cuenta los factores sociales, políticos, económicos y culturales de los pacientes.
- 2) El Cuidado de Enfermería debe ejercerse tomando en cuenta: “a) el sujeto de cuidado en su individualidad; b) la situación de salud específica de éste; y, c) la forma particular del ejercicio profesional.
- 3) Finalmente destacan que el Cuidado de Enfermería “exige actuar con calidad científica, técnica y humana”.

Por lo tanto, para las autoras, el quehacer enfermero “implica que la intervención de Enfermería abarca la participación en la definición de políticas públicas referidas a salud, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento oportuno y la rehabilitación del sujeto de cuidado”, elementos que deben considerarse en la aplicación del cuidado de enfermería a los pacientes y que son inherentes a la práctica profesional de enfermería.⁷

Por otro lado, y tomando en cuenta la NOM-019-SSA3-2013, el Cuidado se define como: la acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer la persona por sí sola con respecto a sus necesidades básicas, incluye también la explicación para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación

⁷ Cabal Victoria y Mildred Guarnizo. Enfermería como disciplina. Revista Colombiana de Enfermería [internet].2011 [Consultado 13 de agosto 2021]; 6 (6): 73-81. Disponible para consulta en <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/4036648.pdf>



de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de la vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar⁸.

Ante ello, los profesionales de la salud y, por ende, el profesional de enfermería, se convierte en el principal enlace entre el paciente y el lenguaje especializado en el sector salud. De esta manera, además de brindar cuidados al paciente, el enfermero (a) debe guiarlo en el proceso de su recuperación mediante la comprensión de su ser holístico.

Para Françoise Collier, “cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, en primer lugar y por encima de todo, permitir que ésta continúe y se desarrolle y, de ese modo, luchar contra la muerte: la muerte del individuo, del grupo, de la especie” por lo que el acto de cuidar conlleva también un alto grado de responsabilidad, no sólo legal, sino también ética.

Sin embargo, el acto de cuidar no sólo es colectivo, pues también “Cuidar es un acto individual que uno se da a si mismo cuando adquiere autonomía pero, del mismo modo, es un *acto de reciprocidad* que se tiende a dar a cualquier persona que, temporal o definitivamente, requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales”.

Collier también hace dos distinciones que caracterizan al cuidado desde la perspectiva de los conceptos *care* y *cure* de origen inglés. Por una parte *care* alude a los cuidados de costumbre y habituales es decir, el cuidado “relacionado con las funciones de conservación, de continuidad de la vida”. Mientras que *cure* se refiere a los cuidados de curación los cuales están “relacionados con la

⁸ Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.



necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida”⁹. Ante esta distinción, el aspecto *care* recae en el aspecto individual del cuidado por parte del paciente, el cómo se ha cuidado a sí mismo, mientras que *cure* es el que atañe al quehacer enfermero.

4.2.1 Enfoque filosófico, teórico, metodológico y práctico.

En cuanto a la relación entre la filosofía y la enfermería, primeramente se puede señalar que ambas comparten ciertos aspectos de estudio tales como la existencia del ser humano, su forma de relacionarse con la salud, el dolor, la muerte y la enfermedad. En ese sentido, “la perspectiva filosófica permite reflexionar sobre los fenómenos de estudio de la enfermería e indagar en sus fundamentos, relaciones, origen, finalidades y trascendencia, con el objeto de encontrar los campos de interacción disciplinar y las interrelaciones profesionales”, lo que dota al profesional de enfermería de las herramientas necesarias para la comprensión de la naturaleza humana, necesaria para brindar el cuidado a los pacientes.

De esta manera, al unirse la filosofía y la enfermería, ésta última adquiere un carácter humanista que permite superar sólo el ámbito meramente técnico. Asimismo, “la construcción disciplinar de la enfermería implica definir su objeto de estudio, y es el cuidado a la salud y el bienestar de la persona en el proceso de vida, el más aceptado por la comunidad científica”. Con la enfermería de la mano de la filosofía se puede categorizar al paciente como persona al sujeto de los cuidados de enfermería lo que “implica entender la naturaleza humana en los procesos de vida-muerte, salud–enfermedad, crecimiento-desarrollo, que en

⁹ Collier Marie-Françoise. Promover la vida. México, Mc Graw-Hill; 2009. 350



interacción con la enfermera (también persona), se involucran en una relación de cuidado¹⁰.

4.2.2 Tipos de Cuidado.

De acuerdo a la NOM-019-SSA3-2013, existen tres tipos de cuidado los cuales son:

1) Cuidados de enfermería de alta complejidad: A los que se proporcionan al paciente que requiere de atención especializada. Usualmente, es en áreas de atención específica, donde comúnmente el cuidado es individualizado, se apoya con la utilización de equipos biomédicos de tecnología avanzada y personal de enfermería especializado en la rama correspondiente.

2) Cuidados de enfermería de baja complejidad: A los que se proporcionan al paciente que se encuentra en estado de alerta y hemodinámicamente estable, con mínimo riesgo vital o en recuperación de un proceso mórbido. El cuidado se enfoca a satisfacer las necesidades básicas de salud y de la vida cotidiana.

3) Cuidados de enfermería de mediana complejidad: A los que se proporcionan al paciente que se encuentra en un proceso mórbido que no requiere de alta tecnología; los cuidados se relacionan con el grado de dependencia de las personas para cubrir sus necesidades de salud. El personal de enfermería requiere contar con conocimientos, habilidades y destrezas para la atención integral del paciente, familia o comunidad.

¹⁰ ENEO-SUA y ED. Guía de apoyo para presentar el Examen Extraordinario de: "Filosofía y Enfermería". México. Disponible para su consulta en <http://www.educacionadistancia.eneo.unam.mx/guias/Guia%20Filosofia%20y%20enfermeria.pdf>



4.3 Modelos y Teorías de enfermería.

La Enfermería en la actualidad es considerada como una disciplina científica. Para sostener tal afirmación es necesario comprender que, la enfermería, como cualquier otra disciplina científica, está sustentada en una serie de modelos y teorías que provienen desde la década de los años 50's del siglo XX a nuestros días. Es por ello que, como señalan Ostigúin *et al*, "La Enfermería ha evolucionado gracias al desarrollo de las teorías que son parte fundamental para el sustento del conocimiento de la disciplina. En este sentido, nacen por la necesidad de delimitar el objeto de estudio". Ante ello, la enfermería ha desarrollado una serie de postulados encaminados a comprender y brindar el cuidado al paciente desde una postura teórica delimitando su objeto de estudio y ampliando sus funciones en el área investigadora, asistencial, docente y gestora o administrativa.

De esta manera, en la enfermería "actualmente existe un pluralismo teórico que refleja esa evolución, teniendo como resultado una amplia gama de posibilidades para guiar el cuidado al paciente"¹¹.

4.3.1 Definición, objetivos y clasificación.

Una vez comprendida la importancia de la teoría en enfermería, es necesario establecer que ésta también contiene un marco conceptual, el cual, se ha ido construyendo desde mediados del siglo pasado y ha definido los ejes de la enfermería como disciplina científica. Partiendo de la premisa de que "una teoría es un conjunto de conceptos, definiciones y suposiciones, que proyecta una visión sistemática de los fenómenos, diseñando interrelaciones específicas entre

¹¹ Ostigúin Rosa Ma. Et al. Teorías de Enfermería: un fundamento disciplinar. Enfermería Universitaria. UNAM 2007:3 (4): 36-39.



conceptos, con la intención de describir, explicar o predecir y/o prescribir”¹², en enfermería existen 4 conceptos que conforman el metaparadigma enfermero que son comunes en los modelos teóricos. Estos son:

1. Persona: Categoría para definir al individuo, familia y comunidad así como al receptor o receptores de los cuidados.
2. Entorno: Entendida ésta como las circunstancias físicas, sociales o de otra naturaleza que afectan a la persona.
3. Salud: Que consiste en el estado de bienestar que oscila entre los más altos niveles de salud y la enfermedad terminal.
4. Cuidado: En el cual, dependiendo del modelo teórico, define el concepto de Enfermería, es decir, como lo señala García, “las acciones emprendidas por las enfermeras en nombre de o de acuerdo con la persona, y las metas o resultados de las acciones enfermeras. Las acciones enfermeras son vistas como un proceso sistemático de valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación”¹³.

A continuación un resumen de las principales modelos y teorías de enfermería:

¹² Servicio Vasco de Salud. Modelo y teorías de enfermería: características generales de los modelos y principales teóricas. En Manual CTO de Oposiciones Enfermería. País Vasco: 2018 disponible para consulta en <https://www.berri.es/pdf/MANUAL%20CTO%20OPOSICIONES%20DE%20ENFERMERIA%20-%20PAIS%20VASCO%E2%80%9A%20Vol%C3%BAmen%201/9788417470050>

¹³ García Ma. Carmen. Metaparadigma, modelo y teoría en Enfermería. Revista Electrónica de Portales Medicos.com. 2015 15 (10) Disponible para su consulta en <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/metaparadigma-modelo-y-teoria-en-enfermeria/>



Florence Nightingale. Teoría del entorno.

Principal teórica del concepto de Entorno el cual se centra en “las condiciones y fuerzas externas que influyen en la vida de una persona”. El objetivo de su estudio radica en establecer al ser humano en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza actúe sobre él y con ello logre evitar la enfermedad, o en dado caso, alcanzar la recuperación.

Para Nightingale, “la actividad de la enfermera está orientada hacia la modificación del entorno como instrumento de mejora en las condiciones de vida personales y de la comunidad”.

Dentro de la teoría del entorno de Nightingale destacan 5 elementos:

- 1) Ventilación adecuada.
- 2) Luz adecuada.
- 3) Calor suficiente.
- 4) Control de efluvios.
- 5) Control del ruido.

En la teoría de Nightingale los cuidados de enfermería van más allá de la compasión por lo que plantea que en ese proceso también intervienen la observación y la experiencia.

La teoría del entorno se fundamenta en datos estadísticos, el conocimiento de la higiene pública, la nutrición y las competencias administrativas las cuales son fundamentales. De esta manera, sus aportaciones a la profesionalización de la enfermería giran en torno a la estandarización de los registros hospitalarios, así como sus estudios bioestadísticos sobre los mismos. Es destacable su participación en la guerra de Crimea ya que organizó y participó en la asistencia a



los heridos. Su labor como enfermera ha alcanzado hasta la fecha reconocimiento tanto social como institucional. En 1860 fundó la Escuela de Entrenamiento Nightingale (Nightingale Training School) en el Hospital Saint Thomas la cual fue auspiciada mediante donaciones. Para Florence Nightingale la formación de la enfermera en el ámbito profesional fue una de sus principales preocupaciones.

Las obras más representativas de esta autora son:

- 1) “Notas sobre enfermería, qué es y qué no”es, texto que sirvió como base del programa de estudios de la Escuela Nightingale y de otras muchas escuelas de enfermería.
- 2) “Sobre hospitales”, que trata sobre la correlación entre las técnicas sanitarias y las instalaciones médicas.

Metaparadigma:

- 1) Persona: El ser humano el cual es afectado por el entorno y bajo la intervención de una enfermera. Por vez primera se denomina a la persona como paciente.
- 2) Entorno: Son las condiciones y fuerzas externas que afectan a la vida.
- 3) Salud: definido para Nightingale como el bienestar mantenido. Así, la enfermedad se contempla como un proceso de reparación instaurado por la naturaleza.
- 4) Enfermería: Quien favorece las mejores condiciones del entorno al brindarle al paciente aire fresco, luz, calor, higiene, tranquilidad, lo que coadyuva en la recuperación del paciente.



Epistemología: El entorno fue su principal preocupación teórica, el cual, como ya se ha señalado, consiste en todas las condiciones y las fuerzas externas que influyen en la vida y el desarrollo de un organismo. Así, el entorno físico está constituido por los elementos físicos en los que el paciente es tratado, tales como la ventilación, temperatura, higiene, luz, ruido y la eliminación. Por otra parte, el entorno psicológico, el cual fue también una de sus preocupaciones, puede verse afectado negativamente por el estrés y según Nightingale el entorno social que comprende el aire limpio, el agua y la eliminación adecuada implica la recogida de datos sobre la enfermedad y la prevención de la misma .

Virginia Henderson. Teoría de las necesidades humanas y definición de enfermería.

Teórica quien incluyó los aspectos espirituales al cuidado del enfermo. Henderson profundizó en la definición de modelos de función de la enfermería y, con ello, sentó las bases para separar a la enfermería de lo exclusivamente técnico, para incluir los aspectos procedimentales en la formación profesional de las enfermeras. De esta manera, la enfermera tiene las funciones de atender a los pacientes con el fin de mantener su salud, recuperarlos de su enfermedad o bien, prepararlos para una muerte tranquila.

Una de sus principales aportaciones a la disciplina de enfermería radica en el establecimiento de 14 necesidades básicas que el paciente ha de satisfacer:

1. Respiración normal.
2. Alimentación e hidratación adecuada.
3. Eliminación de los desechos corporales.
4. Movimientos y mantenimiento de posiciones deseadas.
5. Sueño y descanso.
6. Selección apropiada de la ropa.



7. Mantenimiento de la temperatura corporal
8. Mantenimiento de la higiene corporal y el peinado.
9. Prevención de los peligros ambientales.
10. Comunicación.
11. Vivir de acuerdo con sus creencias y valores.
12. Trabajar de forma que proporcione satisfacción.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender y satisfacer la curiosidad que permita un desarrollo de salud normal.

Es por ello que la principal definición de enfermería de Henderson gira en torno a la “asistencia al individuo tanto sano como enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o su recuperación o a lograr una muerte digna. Son actividades que realizaría por él mismo si tuviera la fuerza, el conocimiento o la voluntad necesarias, con la finalidad de que le ayude a ganar la independencia”.

Henderson, a su vez, identificó tres niveles de función en enfermería. Primero la función de Sustituta, donde la enfermera proporciona aquello de los que carece el paciente; segundo, la función de Ayudante. En esta función el profesional de enfermería diseña las intervenciones clínicas y; tercero, la función de Compañera, el cual consiste en construir una relación terapéutica con el paciente actuando como miembro del equipo de salud. Con Virginia Henderson comenzaron las primeras ideas en la creación de un plan de cuidados enfermero escrito.

Metaparadigma.

1) Persona: Definido como el Individuo que necesita de la asistencia para alcanzar la salud e independencia o para morir con tranquilidad. El paciente no sólo es el individuo sino también la familia pues considera a ambos como una unidad. Requiere de cubrir algunas o todas sus necesidades básicas para su



supervivencia. El principal ideal es que logre su independencia por lo que requiere fuerza, voluntad o conocimiento para lograr una vida sana.

2) Entorno: No hay una definición clara como tal; sin embargo, el hecho de concebir a al paciente y la familia como unidad, esta última también se involucra en la responsabilidad para proporcionar cuidados. “La sociedad espera de los servicios de la enfermería para aquellos individuos incapaces de lograr su independencia y por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera”. Sobre los factores del entorno más allá de la familia se encuentran los físicos como el aire, temperatura, sol, entre otros, los cuales pueden afectar la salud del paciente. En cuanto a los factores personales están la edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia.

3) Salud: Es la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las catorce necesidades básicas, similares a las de Maslow. Las primeras siete están relacionadas con la fisiología; las siguientes dos con la seguridad. Las dos subsecuentes a las anteriores, con el afecto y la pertenencia y las tres finales, con la autorrealización.

4) Enfermería: Como se señaló líneas arriba, la definición de enfermería por parte de Virginia Henderson radica en la función del profesional de enfermería en la tarea de ayudar al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan a la salud o a la recuperación con el fin de apoyarlo a lograr su independencia lo más rápido posible o a tener una muerte tranquila. La persona que logre estas actividades sin ayuda, será porque cuenta con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento. A su vez, la enfermera “requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas”. Por lo tanto, su función principal es el de ayudar al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas con la implicación del uso de un "plan de cuidado enfermero" por escrito.



Epistemología: Su teoría se basa en las ciencias de la medicina, psicología, física y fisiología, las cuales podemos abordar en su obra *The.Nature of Nursing*. También utiliza la observación de su práctica diaria para dar forma a su teoría.

Entre sus aportaciones destaca la idea del trabajo independiente con otros miembros del equipo de salud, en donde las funciones del profesional de enfermería deben establecerse mediante un plan de cuidados con el fin de brindar la atención al paciente, es decir, la enfermera debe contar con un registro propio del avance de su paciente.

Dorothea E. Orem.

A. Teoría general del déficit de autocuidado.

La teoría del déficit de autocuidado se caracteriza por ser una teoría general la cual, a su vez, se conforma de otras tres. Estas tienen relación entre sí: la teoría del autocuidado, la del déficit del autocuidado y la de los sistemas de enfermería.

1) Teoría del autocuidado: Parte del concepto de autocuidado, el cual, para Orem, “Hace referencia a las acciones personales que emprende y realiza cada individuo, dirigidas hacia él o su entorno, con el fin de mantener su vida, su salud y su bienestar y responder de manera constante a sus necesidades en materia de salud”. A su vez, dentro de la teoría del autocuidado, también destacan los conceptos de agencia de autocuidado, requisitos de autocuidado y demanda de autocuidado terapéutico.

La agencia de autocuidado: son las capacidades específicas (combinación de conocimientos, destrezas, habilidades y motivaciones) que tiene un individuo para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.



Los requisitos de autocuidado: son las circunstancias o condiciones necesarias para el autocuidado por lo que también se les llega a denominar como necesidad de autocuidado. En la teoría de Orem, podemos encontrar tres categorías de requisitos de cuidados de enfermería los cuales son: requisitos de autocuidado universales, requisitos de autocuidado de desarrollo y requisitos de autocuidado en caso de desviación en la salud.

La demanda de autocuidado terapéutico: son las acciones que se requieren para llevar a cabo los requisitos de autocuidado. En otras palabras es “Ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico”.

En la siguiente tabla podemos observar las diversas categorizaciones de los requisitos de autocuidado:

REQUISITOS DEL AUTOUIDADO.		
Universales	Desarrollo	Desviaciones de la salud
Aporte de aire	Embarazo	Cambio de estructura (p. ej.: tumor)
Aporte de agua	Nacimiento	Cambio en el funcionamiento físico del organismo (p. ej.: inmovilidad)
Alimentación	Infancia	Cambio en el comportamiento, los hábitos de la vida diaria (p. ej.: pérdida de interés)
Eliminación	Adolescencia	Cambio en el funcionamiento integral del ser humano (p. ej.: estado de coma)
Equilibrio entre reposo y actividad	Adulto	
Equilibrio entre soledad e interrelación social	Menopausia	
Prevención de riesgos	Envejecimiento	
Promoción de la actividad humana	Muerte	

Tabla 1. Servicio Vasco de Salud. Modelo y teorías de enfermería: características generales de los modelos y principales teóricas. En Manual CTO de Oposiciones Enfermería. País Vasco: 2018



B. Teoría del déficit de autocuidado.

Es la teoría que justifica la intervención del cuidado por parte del profesional de enfermería. El principal postulado es la definición de déficit de autocuidado, el cual se produce cuando la agencia de autocuidado no cumple con los requisitos de autocuidado, es decir, cuando el paciente ya no es capaz de cuidarse por sí mismo. De esta manera, para solventar los requisitos de cuidado, se siguen cinco métodos de ayuda: actuar, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno que fomente las capacidades del paciente.

C. Teoría de sistemas de enfermería.

Es aplicable al paciente al momento de detectar el déficit de autocuidado, por lo cual el profesional de enfermería realiza las acciones que busquen compensar la carencia mediante el sistema de enfermería. Así, Orem desarrolló tres sistemas de compensación:

- 1) Sistema de compensación total: requiere que se actúe en su lugar por incapacidad total o una situación limitante.

- 2) Sistema de compensación parcial: se da cuando puede satisfacer parte de sus requisitos de autocuidado pero precisa la ayuda de la enfermera.

- 3) Sistema de apoyo educativo: cuando satisface sus requisitos de autocuidado pero precisa ayuda para la toma de decisiones, la adquisición de habilidades y el control de la conducta

Metaparadigma.

Persona: Para Orem, la persona es el paciente, es cual tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, además de un potencial para aprender y desarrollarse.



Tiene la capacidad para autoconocerse y de aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado. Cuando alguno de estos elementos falla, otras personas le brindarán los cuidados para compensar ese déficit.

Entorno: En la teoría de Orem, el entorno comprende “todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona”.

Salud: El estado de la persona donde ésta cuenta con la totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y los aspectos físicos y mentales. Así, la salud es “un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones”.

Enfermería: Parte del cuidado como su principal eje. En la teoría de Orem, el cuidado al paciente se realiza cuando existe el déficit de autocuidado en la persona. Por ello la enfermería tiene como bien el de ayudar al paciente a satisfacer las demandas del autocuidado terapéutico. Puede utilizar métodos de ayuda en cada uno de los sistemas de enfermería.

Epistemología: Orem estableció las bases para definir a la enfermería desde un concepto general. Aquella generalización hizo posible después razonamientos deductivos sobre la enfermería.¹⁴

¹⁴ Cisneros Fanny. Teorías y Modelos de Enfermería. Disponible para consulta en: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>



4.3.2 Relación de los Modelos y Teorías con el Proceso Atención de Enfermería.

A lo largo de la historia, la enfermería era vista como el mero arte del cuidado. Actualmente se ha convertido en la ciencia del cuidado. Para este cambio de percepción y sustancia, la enfermería ha adoptado un marco teórico conceptual que fundamentan los principios y objetivos de la profesión. A su vez, la construcción de la enfermería como ciencia tiene como requisito el establecimiento de una metodología lo que “implica la sistematización del abordaje utilizado para resolver un problema, es decir, la utilización de un método sistemático para brindar cuidados centrados en la consecución de los resultados predefinidos y esperados”. En ese sentido, la implementación del Proceso Enfermero (PE) juega un papel importante como referente metodológico que sustenta el trabajo científico del profesional de enfermería.¹⁵

Clasificación de modelos teóricos en Escuelas.

Partiendo de la idea la enfermería es ciencia pues se fundamenta en la teoría, esta disciplina cuenta con una serie de modelos teóricos definidos en escuelas, las cuales son:

Escuela de necesidades: define la acción de la enfermera como la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona o de sus capacidades para el autocuidado.

Escuela de interacción: concibe la enfermería como un proceso de interacción entre la persona y la enfermera.

¹⁵ . Bellido José Carlos. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Jaén: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; s.a.



Escuela de los efectos deseables: intenta conceptualizar los resultados o los efectos deseables de los cuidados enfermeros.

Escuela de la promoción de la salud: destaca el papel que los cuidados de enfermería tienen sobre la promoción de la salud.

Escuela del ser humano unitario: se interesa por quién es y cómo es el receptor de los cuidados.

Escuela del caring: centrada en el denominado caring. Este nuevo concepto implica un cuidado basado en la cultura, los valores y las creencias de las personas.

En la siguiente tabla podemos ver la clasificación en escuelas de enfermería de algunos modelos teóricos con sus principales teóricas.

Necesidades	Interacción	Efecto Deseable	Promoción de la Salud	Ser Humano Unitario	CARING
Abdeellach Orem Henderson	King Peplau Travelbee Orlando	Roy Levine Johnson Neuman Hall	Allen	Parse Newman Roger	Watason Leininger



4.3.3 Aspectos éticos y legales en la aplicación del P.A. E.

La enfermería no sólo abarca los aspectos únicamente de la práctica del cuidado, sino que “es una disciplina que actúa en varias dimensiones: en el cuidado, en la investigación, en la gestión y en la educación”.

Otra dimensión que es inherente al ejercicio de la enfermería es la ética, la cual interviene en los procesos de la humanización del cuidado, adelantos científicos y en los problemas socioeconómicos de salud pública. Estos factores y otros, “plantean situaciones de bioética, cada vez más complejas, que exigen el diálogo y acción interdisciplinaria para su estudio y decisión”, por lo que “la enfermera, como agente moral, como responsable del cuidado, no puede sustraerse de este diálogo interdisciplinario”.

Ante esto, el P.A.E. no sólo debe sustentarse en modelos teóricos, sino también los legales y de ética ya que el profesional de enfermería brinda cuidados a los pacientes como un ser integral por ello el “enfermero tiene responsabilidad ética y legal de sus acciones en el desempeño de los roles profesionales que le competen” ¹⁶

Las implicaciones éticas del quehacer enfermero son delicadas, pues “el cuidado es una actitud que trasciende las dimensiones de la realidad humana. Tiene un significado de auténtico humanismo ya que conlleva la sensibilidad que es incomparablemente mayor que la eficiencia técnica, porque la primera está en relación con el orden de los fines y la última con la de los medios” según expresa el Código de Ética para las enfermeras y enfermeros de México.

¹⁶ Rodríguez Taimi y Arahy Rodríguez. Dimensión ética del cuidado de enfermería. Revista Cubana de Enfermería. 2018: 3 (34) disponible para su consulta en <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2430/383>



Por ello, los profesionales de enfermería deben tener entre sus cualidades la “estimación y respeto de sí mismas y de los demás, que amen la vida en cualquiera de sus formas y que manifiesten sus valores a través de la paciencia y la inteligencia, con capacidad de observación, reflexión y optimismo para que puedan conducir su práctica con un alto sentido ético y de satisfacción”.

De esta manera, para garantizar el cuidado integral de la persona son necesarios una serie de principios éticos fundamentales que se encuentran plasmados en el Código de ética de las enfermeras y enfermeros de México, los cuales son:

Beneficencia y no maleficencia.- Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.

Justicia.- La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona.

Autonomía.- Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.

Valor fundamental de la vida humana.- Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida



humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control.¹⁷

4.3.4 Modelo o Teoría utilizado para la elaboración del P.A.E.

Aspectos biográficos:

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas City, Missouri y muere en marzo de 1996. Sus inicios en la Enfermería tuvieron lugar durante la primera Guerra Mundial. Hacia 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C, graduándose en 1921. Posteriormente aceptó el puesto de enfermera de plantilla en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.

La carrera de Henderson destacó sobre todo en el área de la docencia que inició en 1922 donde impartió clases en la Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Entra en el Teacher College de la Universidad de Columbia, licenciándose como profesora y realizando la revisión de la cuarta edición del *Principles and Practice of Nursing*, de Bertha Hamer. Ya es en la quinta edición del texto donde podemos apreciar la propia definición de Enfermería de Henderson que fue publicada en 1995.

Entre otras actividades realizadas por Henderson se encuentra su labor como supervisora docente en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York donde trabajó desde 1929. En 1953 ingresó a la Universidad de Yale, donde impulsó sus investigaciones donde realizó sus principales aportaciones a la disciplina de Enfermería. En dicha Universidad se mantuvo como investigadora asociada Emérita hasta la década de los 80's.

¹⁷ Secretaría de Salud. Código de ética para las enfermeras y los enfermeros en México. México: Secretaría de Salud-IMSS-ISSSTE; 2001 Disponible para consulta en http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/codigo_etica.pdf



La obra cumbre de Henderson es “*The Nature of Nursing*” publicada en 1966. En ella pueden identificarse las influencias de sus principales mentoras Annie W. Goodrich y Caroline Stackpole. La primera le brindó las bases de la enfermería y de la segunda aprendió la importancia de mantener el equilibrio fisiológico lo que le servirá para determinar las necesidades de los pacientes. También fueron importantes las lecciones de microbiología de Jean Broadhurst, las cuales incidieron en la necesidad de la higiene y la asepsia que puede notarse en la obra de Henderson¹⁸.

Filosofía de Virginia Henderson.

En el libro “*The Nature of Nursing*”, Virginia Henderson realiza la definición la enfermería en la cual le otorga al profesional de enfermería un rol complementario/suplementario en la satisfacción de las 14 necesidades básicas de la persona, “El desarrollo de este rol, a través de los cuidados básicos de enfermería, legitima y clarifica la función de la enfermera como profesional independiente en sus actividades asistenciales, docentes, investigadoras y gestoras, al tiempo que ayuda a delimitar su área de colaboración con los restantes miembros del equipo de cuidados”.

Metaparadigma.

1) La persona: es un ser integral compuesto por la unidad de componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí. Para Henderson la persona y familia forman una unidad.

¹⁸ Amezcua Manuel. Virginia Henderson [Internet]: Gómeres. Salud, historia, cultura y pensamiento; 25 de Noviembre de 2014 [Consultado el 14 de agosto de 2021] disponible en <https://www.fundacionindex.com/gómeres/?p=626>



2) El entorno: Conjunto factores y condiciones externas, en las que se incluyen las relaciones familiares y las que tiene con su comunidad. Para Henderson las condiciones del entorno pueden afectar a la salud y al desarrollo ya que estas son dinámicas.

3) La enfermería: Es definida por Henderson como “un servicio de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas”. Por lo tanto un profesional de enfermería requiere de conocimientos básicos de ciencias sociales y humanidades así como adentrarse en las costumbres sociales y las prácticas religiosas de sus pacientes para ayudarlo a satisfacer las 14 necesidades básicas.

4) La salud: Tiene que ver con el grado de independencia que tiene la persona en el control de la satisfacción de sus necesidades. Esta independencia le permite a la persona mejorar su calidad de vida, “un estado en el cual la persona puede trabajar, desarrollarse y alcanzar el potencial más alto de satisfacción en la vida, satisface las 14 necesidades básicas”. Cuando la persona no puede cubrir sus necesidades básicas, puede requerir ayuda y justo allí entra el quehacer enfermero.

Elementos.

1) Objetivo de los cuidados: Brindar apoyo a las personas en la satisfacción de sus necesidades básicas.

2) Usuario del servicio: La persona la cual no puede por sí misma cumplir con sus necesidades básicas y presenta un déficit en este aspecto. También se incluye a la persona que se encuentra en estado potencial de padecer dicho déficit.

3) Papel de la enfermería: “Suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o ayudarle a lograr la independencia (hacer con ella)” a través del desarrollo de su



fuerza, conocimientos y voluntad para que utilice de forma óptima sus recursos internos y externos.

4) Enfermera como sustituta. Es la acción que ejerce el profesional de enfermería como compensador de lo que le falta a la persona cuando se encuentra en un estado grave o crítico. Ante esto, la enfermera cubre sus carencias y realiza las funciones que la persona no puede hacer por sí misma. En esta fase la enfermera “se convierte, filosóficamente hablando, en el cuerpo del paciente para cubrir sus necesidades como si fuera ella misma”.

5) Enfermera como ayudante. En esta etapa la enfermera realiza las intervenciones pertinentes con el fin de ayudar al paciente para que recupere su independencia. Asimismo “apoya y ayuda en las necesidades que la persona no puede realizar por sí misma”.

6) Enfermera como acompañante. Es donde se da el fomento la relación terapéutica con el paciente donde la enfermera “actúa como un miembro del equipo de salud, supervisando y educando en el autocuidado”.

7) Fuente de dificultad. También se denomina como área de dependencia. En general “alude a la falta de conocimientos, de fuerza (física o psíquica) o de voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas”.

8) Intervención de la enfermera. Es la acción del personal de enfermería en que se incluyen “las áreas de dependencia de la persona, la falta de conocimientos (saber qué hacer y cómo hacerlo), de fuerza (por qué y para qué hacerlo, poder hacerlo) o de voluntad (querer hacerlo)”. El objetivo de la intervención es el de “aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad”. Por ello es necesario elaborar un Plan de Cuidados Enfermeros de manera escrita.



Conceptos.

1) Necesidades básicas. Se refiere a las 14 necesidades básicas que toda persona debe tener para mantener su armonía e integridad. Están influenciadas por el ser holístico de la persona en las que destacan sus componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Las necesidades básicas están relacionadas entre sí por lo que no pueden aislarse una de otras. Otra característica de las necesidades es que son universales pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera propia.

Estas necesidades básicas son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.



2) Independencia. Es la cualidad de toda persona para satisfacer sus necesidades básicas. Suele describirse como el Nivel óptimo del desarrollo del potencial de la persona.

3) Dependencia. Cuando existe un déficit en la satisfacción de las necesidades básicas y se describe como el nivel deficitario o insuficiente de desarrollo del potencial de la persona ya sea por falta de fuerza, conocimientos o voluntad, que le impide o dificulta satisfacer dichas necesidades. En este nivel el profesional de enfermería debe establecer intervenciones de acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo y situación de vida.

4) Autonomía. Capacidad de la persona para satisfacer las necesidades básicas por sí misma.

5) Agente de autonomía asistida. Quien realiza acciones encaminadas a satisfacer las necesidades que requieren cierto grado de suplencia.

6) Manifestaciones de independencia. Se refiere a las conductas o acciones de la persona que resultan adecuadas, acertadas y suficientes para satisfacer sus necesidades básicas.

7) Manifestaciones de dependencia. Se identifican como las conductas o acciones de la persona que resultan inadecuadas, erróneas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, en estos momentos o en el futuro, como consecuencia de la falta de fuerza, conocimiento o voluntad.



4.4 El Proceso de Enfermería como herramienta metodológica para brindar cuidado a la persona.

4.4.1 Definición, objetivos, ventajas y desventajas.

Como se ha señalado, la enfermería se encuentra en la etapa en que se considera una ciencia, una disciplina. Bellido, señalan que “la base de conocimiento de la enfermería moderna plantea sus cimientos en el proceso enfermero (P.E.), el método científico aplicado a los cuidados” por lo que una muestra del trabajo científico del profesional de enfermería es sin duda el P.A.E. A través del P.A.E., las enfermeras delimitan su campo de actuación.

El papel del P.A.E. es de suma importancia pues:

Aporta importantes beneficios a las enfermeras, ya que muestra de forma más clara la filosofía e ideología; ayuda a desarrollar y mantener la identidad de la profesión; contribuye en el debate teoría/práctica, propiciando un mayor acercamiento entre ambas partes a través de la investigación y se fomenta el debate teórico, llena de contenido el trabajo asistencial.

De acuerdo a la NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, se puede definir al Proceso de Atención de Enfermería como: “La herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada e integral, cuyo objetivo principal es atender las respuestas humanas individuales o grupales, reales o potenciales; está compuesto de cinco etapas interrelacionadas: valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación.”

Así, los principales objetivos de un P. A. E. son:

a) Permitir a la persona participar en su propio cuidado.



- b) Garantizar la respuesta a los problemas de salud reales o potenciales.
- c) Ofrecer atención individualizada continua y de calidad.
- d) Ayudar a identificar problemas de la persona, grupo o comunidad¹⁹.

Las características del P.A.E. son:

- Interpersonal
- Cíclico
- Universal
- Enfoque Holístico Y
- Humanístico.

De esta manera y de acuerdo con Bellido, las ventajas del P. A. E. son las siguientes:

- Proporciona un método organizado para gestionar y administrar el cuidado, eficaz y eficiente tanto en términos humanos como económicos.
- Delimita el ámbito de actuación de enfermería.
- Demuestra de forma concreta el impacto de la práctica enfermera.
- Facilita y fomenta la investigación en enfermería, con lo que se incrementan los conocimientos, el desarrollo de las bases teóricas de la disciplina y la efectividad de la práctica enfermera.
- Propicia la comunicación entre el equipo de cuidados y mejora la coordinación interdisciplinar.
- Facilita la continuidad de los cuidados e incrementa su calidad.

¹⁹ Salazar Yadira Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.) [Folleto] México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia UNAM disponible en <http://www.eneo.unam.mx/publicaciones/publicacionesoct2013/Proceso%20atencion%20en%20Enfermeria.pdf>



- Permite la valoración objetiva de los resultados obtenidos por la aportación enfermera, aumentando la satisfacción de los profesionales.
- Adapta los cuidados al individuo y no a la enfermedad, manteniendo siempre vigente el factor humano en los cuidados.
- Implica de forma activa a la persona y/o familia en los cuidados aumentando sus capacidades para el autocuidado y autonomía.

Entre los modelos de cuidados de mayor aceptación entre los profesionales de enfermería es el de Virginia Henderson. La principal razón de ello es que “El modelo de Virginia Henderson es totalmente compatible con el Proceso Enfermero (P. E.), cuestión esencial para que tenga aplicación en la práctica” por lo que fue el modelo teórico que se empleó en el presente P. A. E.

4.4.2 Etapas del Proceso Atención de Enfermería.

Las etapas que comprende un P. A. E. son: La valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. A continuación se hará una revisión de dichas etapas.

Valoración.

La valoración se refiere al proceso de obtención de información significativa del estado de salud de un paciente a través de la observación realizada en el primer acercamiento con la persona, la entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de Enfermería, el intercambio de experiencias y el examen físico cefalopodal o por aparatos y sistemas los cuales tiene como base los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación los cuales brindan información global del estado de salud y/o enfermedad del paciente.



En la etapa de la valoración el profesional de enfermería también se informa en datos obtenidos por otras fuentes, tales como los historiales clínicos, los laboratorios y pruebas diagnósticas. La valoración permite, en suma, recoger datos subjetivos y objetivos que ayudan a la enfermera a comprender el ser holístico del paciente. En esta etapa encontramos 2 tipos de datos: objetivos signos o datos evidentes y pueden ser detectados por el observador o medidos y confirmados frente a un estándar aceptado y los subjetivos resultan aparentes para la persona afectada y solo dicha persona puede describirlos o comprobarlos. Fuentes de los datos: Los datos pueden proceder de fuentes primarias o secundarias. El paciente es la base primaria de datos, mientras que los familiares, otras personas de apoyo, los profesionales de la salud, las historias o registros previos, los estudios de laboratorio u otros análisis y la bibliografía importante son fuentes secundarias de datos.

Componentes de la anamnesis de enfermería

- Datos biográficos
- Síntoma principal o razón de la consulta
- Historia de la enfermedad actual
- Antecedentes
- Antecedentes familiares de enfermedades
- Datos sociales
- Datos psicológicos
- Servicios de asistencia de salud

Diagnóstico.

Consiste en la identificación de los problemas de salud. En enfermería se emplean diversos sistemas de clasificación que incluyen diagnósticos reales, potenciales y positivos o protectores. El desarrollo de estas clasificaciones surgió hacia los años 60's del siglo XX a partir de los trabajos de Faye Abdellan quien introdujo los primeros diagnósticos para la identificación de 21 problemas clínicos.



Hacia 1973 surgieron los primeros diagnósticos de Enfermería por la American Nurses Association (ANA) para que posteriormente, en la década de los años 80's, surgieran los diagnósticos de Enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association conocidos como NANDA que se han convertido hasta la fecha en el sistema oficial de los diagnósticos para Enfermería.

A su vez, el sistema NANDA cuenta con una nomenclatura válida nacional e internacionalmente sobre las intervenciones de Enfermería (NIC) y los resultados esperados en Enfermería (NOC) que sirven de guía para los cuidados.

Los diagnósticos de enfermería describen un proceso continuo de estados de salud: las desviaciones de la salud, los factores de riesgo y áreas relacionadas con la promoción del crecimiento personal.

Componentes de los diagnósticos de enfermería de la NANDA

Un diagnóstico de enfermería tiene tres componentes: 1) el problema y su definición; 2) la etiología, y 3) las características definidoras. Cada componente sirve a un objetivo específico.

Problema (etiqueta diagnóstica) y definición. La declaración del problema, o etiqueta diagnóstica, describe el problema de salud del paciente o la respuesta para la que se administra el tratamiento de enfermería. Describe el estado de salud del paciente de forma clara y concisa en pocas palabras. El objetivo de la etiqueta diagnóstica es dirigir la formación de los objetivos del paciente y los resultados deseados.

El componente etiológico de un diagnóstico de enfermería identifica una o más causas probables de los problemas de salud, da instrucciones para el tratamiento de enfermería requerido y capacita al profesional de enfermería para individualizar la asistencia del paciente, las características definidoras son los signos y síntomas del paciente.



Planeación.

Se define como la etapa que determina las acciones de intervención y actividades que realizará el personal de enfermería para con el paciente. Estas pueden ser realizadas por la enfermera o en conjunto (enfermera- paciente). El objetivo de las intervenciones se centra en “prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería”. Para lograr los objetivos se trazan metas para definir los resultados que esperan obtenerse estableciendo prioridades de cuidado.

En el proceso de elaboración de los planes asistenciales para el paciente, el profesional de enfermería participa en las siguientes actividades:

- Establecimiento de prioridades
- Fijación de objetivos/resultados deseados del paciente
- Selección de intervenciones de enfermería
- Redacción de intervenciones de enfermería individualizadas en los planes asistenciales

Ejecución.

Es la aplicación del plan de cuidado, bajo tres criterios: “preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde interviene según la planificación, el paciente, la auxiliar, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de Enfermería”.

La aplicación es la fase de acción en la que el profesional de enfermería realiza las intervenciones de enfermería. Usando la terminología de la NIC, la aplicación consiste en la realización y registro de las actividades que constituyen las acciones de enfermería específicas necesarias para llevar a cabo las intervenciones. El profesional de enfermería realiza o delega las actividades de enfermería para las intervenciones que se elaboraron en el paso de la



planificación y después concluye el paso de aplicación registrando las actividades de enfermería y las respuestas resultantes del paciente.

Proceso de aplicación

Se compone normalmente de los siguientes aspectos:

- Revaloración del paciente
- Determinación de la necesidad de ayuda del profesional de enfermería
- Aplicación de las intervenciones de enfermería
- Supervisión de la asistencia delegada
- Registro de las actividades de enfermería

Evaluación.

Es la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería. Es el resultado del plan de cuidados y por ende, el cumplimiento de los objetivos de acuerdo a la evolución del paciente. Esta etapa se realiza continuamente en cada una de las etapas del proceso citadas anteriormente, verificando la relevancia y calidad de cada paso del proceso de Enfermería²⁰.

La fase de evaluación tiene cinco componentes:

- Recogida de datos relacionados con los resultados deseados (indicadores de la NOC)
- Comparación de los datos con los resultados
- Relación de las actividades de enfermería con los resultados
- Extracción de conclusiones sobre el estado del problema
- Continuación, modificación o terminación del plan asistencial de enfermería

²⁰ Reina Nadia. El Proceso de Enfermería: Instrumento para el cuidado. Umbral científico [Internet]. 2010 [Consultado el 15 de agosto de 2021](17) disponible para consulta en <https://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>



4.5 La persona.

Con base al Código de ética de los enfermeros y enfermeras de México, la persona se define como:

Consideración radical y excepcional de cada hombre y/o mujer como individuo, integralmente constituido física, espiritual y socialmente; como sujeto de derechos y obligaciones; y como núcleo íntimo abierto a las personas, a las cosas y a la trascendencia. La persona tiene un yo que es la biografía de todo lo que ha vivido, con su fisonomía, carácter y las relaciones con su mundo.

En otras palabras, la persona no sólo es el ser fisiológico (donde se percibe el estado de salud-enfermedad), sino también su contexto socioeconómico, espiritual, cultural y legal. Es así, entonces, reconocido como un ser holístico.

4.5.1 Características biológicas, psicológicas y sociales.

La categoría de análisis que se empleó para el presente P.A.E. fue el de Adulthood madura, el cual va aproximadamente de los 40 a los 60 o 65 años.

Características biológicas.

Durante la Adulthood madura, aparecen los primeros signos de envejecimiento y las habilidades físicas comienzan a deteriorarse sobre todo algunas funciones orgánicas las cuales comienzan a declinar. En esta etapa existen riesgos potenciales para sufrir enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias tanto en hombres como mujeres.

Sobre los aspectos sensoriales, los adultos maduros experimentan cambios en la visión, audición, sensibilidad al gusto, olfato y dolor. En cuanto a la agudeza de la vista, ésta tiende a disminuir con más rapidez, sobre todo en aquellos que la



presentaron en etapas anteriores de su vida. Sobre la audición, ésta comienza a declinar lo que provoca dificultades para recibir los sonidos de alta frecuencia.

Al respecto de la sensibilidad al gusto, olfato y dolor, durante la etapa de la adultez mayor disminuyen sus funciones aunque de manera paulatina por lo que la sensibilidad a los cambios de temperatura se mantiene alta. La capacidad pulmonar también decrece y, como la resistencia depende de la cantidad de oxígeno que reciben los tejidos orgánicos, la gente puede no ser capaz de realizar tanto trabajo pesado en la madurez.

Entre los cambios internos más notables en las mujeres adultas maduras se encuentra la menopausia, acontecimiento donde existen variadas implicaciones físicas y psicológicas que marca el fin de la capacidad de las mujeres para procrear.

Características Psicológicas.

En la adultez madura aparecen algunos cambios en el funcionamiento cognoscitivo tales como la declinación de la inteligencia fluida (memorización, razonamiento inductivo y detección de relaciones perceptuales) y la inteligencia cristalizada (que se basa en el conocimiento acumulado y la experiencia, y que aumenta conforme se envejece).

Sin embargo, gracias a su experiencia acumulada, las personas adultas maduras pueden resolver problemas mejor que los jóvenes. “Los expertos, jóvenes o viejos, poseen una memoria selectiva y bien organizada con la que analizan y resuelven los problemas de manera eficaz. Los ancianos compensan con ambos elementos la declinación de una habilidad particular”.



Características Sociales.

Entre las características sociales, los adultos maduros asumen sus responsabilidades civiles y las que atañen al ámbito de su comunidad. A esta edad, tanto hombres y mujeres, establecen y mantienen un nivel adecuado de vida dependiendo de su situación socioeconómica. La gran mayoría son jefes de familia y administran los bienes contemplados en el lugar donde viven²¹.

4.5.2 Padecimientos más frecuentes.

Desde el inicio del siglo XX, diversos factores como los cambios sociales, económicos, culturales, ambientales y políticos, han determinado las formas de vida de los diversos grupos sociales de nuestro país. Entre esas formas de vida se encuentra el de la salud, el cual ha mejorado significativamente en el aspecto de la atención pero no así en el que tiene que ver con la salud preventiva.

En ese sentido, como señala Barba:

Las enfermedades crónicas no transmisibles se constituyen como uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud debido al gran número de casos afectados, su creciente contribución a la mortalidad general, la aparición en edades cada vez más tempranas, el hecho de que son la causa más frecuente de incapacidad prematura, así como la complejidad y costo elevado de su tratamiento.

Estas enfermedades han reducido visiblemente las expectativas de vida de muchos mexicanos en los últimos años. Esto implica que los problemas de enfermedades crónicas no transmisibles van en aumento colocando a las

²¹ CCH-UNAM. Las Etapas del Desarrollo. Disponible para consulta en https://portalacademico.cch.unam.mx/repositorio-de-sitios/experimentales/psicologia2/pscii/MD1/MD1-L/etapas_desarrollo.pdf



personas mayores de 40 años como población de riesgo y los malos hábitos alimenticios y la vida sedentaria son algunas de sus causas²².

Según el INEGI, en 2020 las principales enfermedades crónicas no transmisibles que más se desarrollan en México son las cardiovasculares (que ocupó el primer lugar), complicaciones de la diabetes y los de carácter oncológico²³.

Las enfermedades crónicas no transmisibles se caracterizan “por un deterioro progresivo con consecuencias como complicaciones discapacitantes o mortales”. El individuo enfermo no sólo ve afectado su salud, sino también sus relaciones familiares, económicas y laborales lo que desemboca en un tratamiento altamente costoso.

Estas enfermedades tienen sus antecedentes en el sobrepeso y obesidad, concentraciones anormales de lípidos sanguíneos, tabaquismo y una dieta inadecuada. Ante ello, la cultura de la prevención es uno de los medios para disminuir el riesgo de contraer dichas enfermedades²⁴.

²² Barba José Roberto. México y el reto de las enfermedades crónicas no transmisibles. El laboratorio también juega un papel importante. RLPCLM [Internet]. 2018; 65 (1): 4-17 disponible para consulta en <https://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2018/pt181a.pdf>

²³ INEGI. Características de las defunciones registradas en México durante 2020, Preliminar. Julio 2021 Disponible para su consulta en https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020_Pre_07.pdf

²⁴ Córdova-Villalobos José A. et al. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. Salud Pública en México. México. 2008 : 5 (5): 419-427 disponible para su consulta en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000500015



4.5.3 Descripción del padecimiento.

La Organización Mundial de la Salud define al COVID-19 como una enfermedad:

Causada por el coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave de tipo 2 (SARS-CoV-2), un coronavirus de reciente aparición que se identificó por vez primera en Wuhan, provincia de Hubei (China), en diciembre de 2019. EL SARS-CoV-2 es un virus de ARN monocatenario de hebra positiva que es contagioso para los seres humanos. Es el sucesor del SARS-CoV-1, la cepa que causó el brote epidémico de SARS entre 2002 y 2004²⁵.

Fisiopatología.

Cruz y Fernández señalan que el comportamiento del virus SARS-CoV-2 se caracteriza por la unión que este hace con las células del epitelio nasal, del epitelio bronquial y de los neumocitos, por medio de su proteína spike (S), la cual se une al receptor de la enzima convertidora de angiotensina-2 (ACE2). Posteriormente, la serin-proteasa transmembrana tipo 2 (TMPRSS2), expresada en las células del hospedero, facilita la captación mediante adherencia al ACE2 y activa la proteína S de SARS-CoV-2, la cual media la entrada del virus a la célula hospedera. Las proteínas ACE2 Y TMPRSS2 se expresan en las células del hospedero, principalmente en las células epiteliales alveolares tipo II, células del parénquima pulmonar, endotelio vascular, tejido renal, células pequeñas del intestino, neuronas y glía, entre otras.

Los autores también señalan que: al igual que en otras infecciones como la influenza, la infección por SARS-CoV-2 causa linfopenia, debido a que infecta a los linfocitos T. Esto se ha observado hasta en un 40% de los pacientes. Después

²⁵ Organización Mundial de la Salud. Manejo Clínico de la COVID-19 [Internet]. 2021 [Consultado el 11 de agosto de 2021] Disponible para su consulta en <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340629/WHO-2019-nCoV-clinical-2021.1-spa.pdf>



de que el virus entra a la célula y accede al citosol, inicia la replicación de su genoma de RNA. La replicación codifica dos porciones denominadas marco de lectura abierta (ORF, por sus siglas en inglés open reading frame) que expresan poliproteínas coterminales (pp1a, pp2ab). Para expresar estas proteínas, el virus usa la secuencia (5´UUUAAAC-3´) y un pseudonudo de RNA, a partir del cual el genoma del virus comienza a replicarse. Después del proceso de replicación y síntesis, las proteínas estructurales S, E y M son trasladadas e insertadas en el retículo endoplásmico. Estas proteínas se mueven a través de una vía secretora en el retículo endoplásmico-aparato de Golgi (ERGIC). En este punto, el genoma es encapsulado por la proteína N dentro de las membranas ERGIC que contiene los viriones maduros. Finalmente, las vesículas con partículas virales se fusionan con la membrana plasmática para liberarlos mediante exocitosis.

Fisiopatología respiratoria.

En cuanto a la Fisiopatología respiratoria, Cruz y Fernández indican que: una vez en el huésped humano, el virus se adosa a receptores ACE2 que se encuentran ampliamente distribuidos en el epitelio de la faringe, corazón, y en las células caliciformes y células ciliadas del pulmón. Una vez en los alvéolos, el virus se une a los receptores ACE2 de los neumocitos tipo I y II, que ocasiona la activación de los macrófagos y se generan interleucinas (IL) tipo I, 6 y 8, así como el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) que a su vez estimulan otros grupos celulares; como consecuencia, se produce una extravasación vascular, con acúmulo de líquido en el espacio alveolar, atracción de neutrófilos y producción de radicales de oxígeno. Lo anterior se acompaña de la aparición de síntomas como fiebre, tos, disnea, anosmia, entre otros. La tos es producida debido a la estimulación de receptores que corresponden a fibras C que se encuentran en el epitelio de las vías respiratorias. Estos estímulos son dirigidos hacia el sistema nervioso central por el décimo par craneal, y son integrados en el tracto del haz solitario para después ser dirigidos por una vía eferente por el nervio frénico, nervios espinales motores y el décimo par craneal en su porción motora. La disnea se genera por estímulo de



diferentes receptores que transmiten señales de modo excesivo a los centros respiratorios de la médula oblongada y el puente, y desde ahí son enviados a la corteza cerebral. Estos receptores son: receptores al estiramiento de la pequeña vía aérea, que se estimulan con la insuflación pulmonar; receptores de gases o partículas, y receptores J sensibles a la distensión y congestión de los vasos pulmonares.

El SARS-CoV-2 también es causante de afecciones como la hematosis así como la generación hipoxemia, a su vez que se estimulan los quimiorreceptores centrales y periféricos, que al mismo tiempo envían señales al centro respiratorio para aumentar la ventilación pulmonar, lo que provoca una mayor actividad de los músculos respiratorios y genera sensación de disnea.

Más adelante Cruz y Fernández señalan que:

Además, el edema pulmonar produce estimulación de los receptores J que también contribuyen a provocar la sensación de disnea. En relación con la fiebre, se reporta mayor frecuencia de cuadro febril leve y moderado, y fiebre alta sólo en casos aislados, con duración entre 1 a 9 días. La gran cascada de citoquinas producida por la respuesta inmunológica a la infección de SARS-CoV-2, en especial las interleuquinas 1- α , 1- β , factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) y algunos interferones, actúa sobre el sistema nervioso central (SNC) al ser reconocida por las células endoteliales del órgano vasculosum de la lámina terminalis (OVLT) los cuales inducen la expresión de la enzima ciclooxigenasa 2 y prostaglandina E2 (PGE2). La PGE2, promueve la liberación del adenosín. monofosfato cíclico (AMPc) en la glia del hipotálamo. El AMPc actúa como neurotransmisor y genera una disminución de la actividad de neuronas preópticas sensibles a temperaturas elevadas y estimula neuronas sensibles a temperaturas bajas. Este fenómeno genera que se activen mecanismos de producción y conservación del calor, tales como la fiebre. El contacto de las neuronas olfatorias con el epitelio nasal es muy íntimo, por lo cual no es extraño que SARS-CoV-2 pueda infectar a estas células. Además, es bien conocido que algunas especies



de coronavirus como SARS-CoV-1 tienen tropismo por las neuronas olfatorias porque presentan el receptor ACE2, el cual forma parte importante en su rol de neuro-regeneración. Inclusive, se ha observado que los coronavirus usan esta vía para llegar al SNC. Al infectar las neuronas olfatorias y usar su maquinaria para replicación, impiden que estas envíen impulsos nerviosos y, en consecuencia, se manifiesta a través de hiposmia o anosmia²⁶.

Diagnostico

Según Abarca *et al*, la forma para poder realizar el diagnóstico de COVID-19, es a través de la prueba de rRT-PCR ejercida con hisopado nasofaríngeo u otras muestras del tracto respiratorio superior (torunda de garganta o de saliva). Más adelante los autores indican que una sola muestra nasofaríngea basta para hacer el diagnóstico, el cual tarda en promedio de 4-6 h en generar el resultado.

En el caso de los infectados con síntomas visibles, la positividad de la prueba ocurre desde el primer día, alcanzando su máximo dentro de la primera semana y, a partir de la tercera semana, inicia su descenso hasta volverse indetectable. En pacientes hospitalizados graves, puede persistir positiva más de tres semanas después del inicio de la enfermedad.

Serología.

En cuanto al diagnóstico serológico, Abarca et al señalan es la técnica cuantitativa útil para pacientes con enfermedad leve a moderada es el test de detección de anticuerpos totales por ELISA (IgM e IgG), el cual:

Puede presentar retraso en la positividad de la rRT-PCR (> 2 semanas), identificando además aquellas personas con probable inmunización contra la infección. Sus concentraciones en sangre comienzan a aumentar

²⁶ Cruz Alejandro y Nancy Fernández. Fisiopatología de la COVID-19. Lux Médica [Internet]. 2021 [Consultado el 10 de agosto de 2021]: 16 (47); disponible para su consulta en <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/486/4862106006/4862106006.pdf>



significativamente a partir de la segunda semana del inicio de los síntomas; más frecuentemente entre la tercera y cuarta semana del inicio de la enfermedad clínica. Posteriormente, la IgM comienza a disminuir y alcanza niveles más bajos en la semana 5 y casi desaparece en la semana 7.

Test diagnósticos rápidos.

Los test de diagnóstico rápido (RDT) reflejan la presencia o ausencia (cualitativa) de antígenos propios del SARS-CoV-2. Se cree que pueden tener una buena correlación con la rRT-PCR; tardando entre 15-20 min en mostrar resultados (positivo o negativo). Se han desarrollado y comercializado ampliamente, pero son de calidad variable.

Imagenología.

La imagenología es un complemento necesario para entender los cambios. Un estudio comparó la frecuencia de hallazgos anormales en la radiografía de tórax *versus* la tomografía computada (TC) de tórax, variando de 59,1 a 86,2%, respectivamente haciendo preferible la TC como estudio imagenológico. De los hallazgos más frecuentes, se pueden mencionar el patrón en vidrio esmerilado, focos de consolidación, reticulación o tabiques interlobulares engrosados (infiltrado alveolar e intersticial) y/o presencia de nódulos pulmonares, hallazgos que varían de unilaterales a bilaterales²⁷.

²⁷ Abarca Bastian. Et al. Caracterización patogénica, clínica y diagnóstica de la pandemia por SARS-CoV-2. Revista de Infectología. 2020; 37 (3): 265-275 disponible para su consulta en <https://www.scielo.cl/pdf/rci/v37n3/0716-1018-rci-37-03-0265.pdf>



Tratamiento

De acuerdo con la *Guía clínica para el tratamiento de la COVID-19 en México*, las personas que cuentan con las siguientes enfermedades se consideran como personas en riesgo potencial de padecer daños severos por el COVID-19:

- Enfermedad cerebrovascular.
- Enfermedad renal crónica.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
- Diabetes tipo 1 y 2.
- Afecciones cardíacas (como insuficiencia cardíaca, enfermedad arterial coronaria o cardiomiopatías).
- Obesidad (IMC ≥ 30 kg/m²).
- Embarazo y embarazo reciente.
- Tabaquismo, actual o previo (28).

La siguiente tabla muestra las medicinas recomendadas para el tratamiento de COVID-19

Gravedad	Características	Medicamentos y criterios de elegibilidad de los pacientes
Leve	Sin evidencia de neumonía o hipoxia, SpO ₂ \geq 94% al aire ambiente.	Tratamiento sintomático
Moderada	Signos clínicos de neumonía (fiebre, tos, disnea, respiración rápida) sin signos de neumonía grave, incluida una SpO ₂ \geq 90% al aire	Heparina no fraccionada/enoxaparina (AIII): Evaluar riesgo de trombosis para indicar el medicamento como trombotoprofilaxis. Dexametasona u otros corticosteroides con dosis equivalentes (AI): Administrar exclusivamente en pacientes que requieren oxígeno suplementario para mantener SpO ₂ \geq 94%. Aumenta 20% la mortalidad en aquellos con SpO ₂ \geq 94%, quienes no requieren oxígeno. Remdesivir (BIIa): En pacientes hospitalizados mayores de 12 años y peso mayor a 40 kilos,



	ambiente	con requerimiento menor a 15 litros por minuto de oxígeno. No en ventilación mecánica. Menos de 8 días desde el inicio de síntomas. Tocilizumab (BIIa): En pacientes con uso actual o previo de esteroide, a quienes no se les haya aplicado otro inhibidor de IL-6 durante el internamiento actual, y cuando no haya evidencia de otra infección bacteriana o viral (aparte de SARS-CoV-2), con necesidad de oxígeno suplementario y nivel de proteína C reactiva mayor a 75 mg/litro; o que empezaron hace menos de 48 horas con oxígeno nasal de alto flujo, presión continua positiva en la vía aérea, ventilación no invasiva, o ventilación mecánica invasiva.
Grave	Signos clínicos de neumonía (fiebre, tos, disnea, respiración rápida) más 1 de los siguientes: - Frecuencia respiratoria superior a 30 respiraciones por minuto. - Dificultad respiratoria grave. - SpO2 < 90% al aire ambiente	Heparina no fraccionada/enoxaparina (AIII): Evaluar riesgo de trombosis para indicar el medicamento como tromboprolifaxis. Dexametasona u otros corticosteroides con dosis equivalentes (AI): Administrar exclusivamente en pacientes que requieren oxígeno suplementario. Aumenta la mortalidad en los que no requieren oxígeno. Tocilizumab (BIIa): En pacientes con uso actual o previo de 10 días de esteroide, a quienes no se les haya aplicado otro inhibidor de IL6 durante el internamiento actual, y cuando no haya evidencia de otra infección bacteriana o viral (aparte de SARS-CoV-2), con necesidad de oxígeno suplementario y nivel de proteína C reactiva mayor a 75 mg/litro; o que empezaron hace menos de 48 horas con oxígeno nasal de alto flujo, presión continua positiva en la vía aérea, ventilación no invasiva, o ventilación mecánica invasiva

Clasificación de las recomendaciones: A= Fuerte; B= Moderada; C=Opcional Nivel de certeza de la evidencia: I = uno o más estudios aleatorizados sin limitaciones importantes; IIa = otros estudios aleatorizados o análisis de subgrupo de estudios aleatorizados; IIb = estudios no aleatorizados o estudios observacionales de cohorte; III: opinión de expertos.²⁸

Tabla 2. Gobierno de México. Guía clínica para el tratamiento de la COVID-19 en México. 2021: 66. Disponible para su consulta en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/08/GuiaTx_COVID19_ConsensoInterinstitucional_2021.08.03.pdf.

²⁸ Gobierno de México. Guía clínica para el tratamiento de la COVID-19 en México. 2021: 66. Disponible para su consulta en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/08/GuiaTx_COVID19_ConsensoInterinstitucional_2021.08.03.pdf.



Algoritmo de Tratamiento para Pacientes con COVID-19

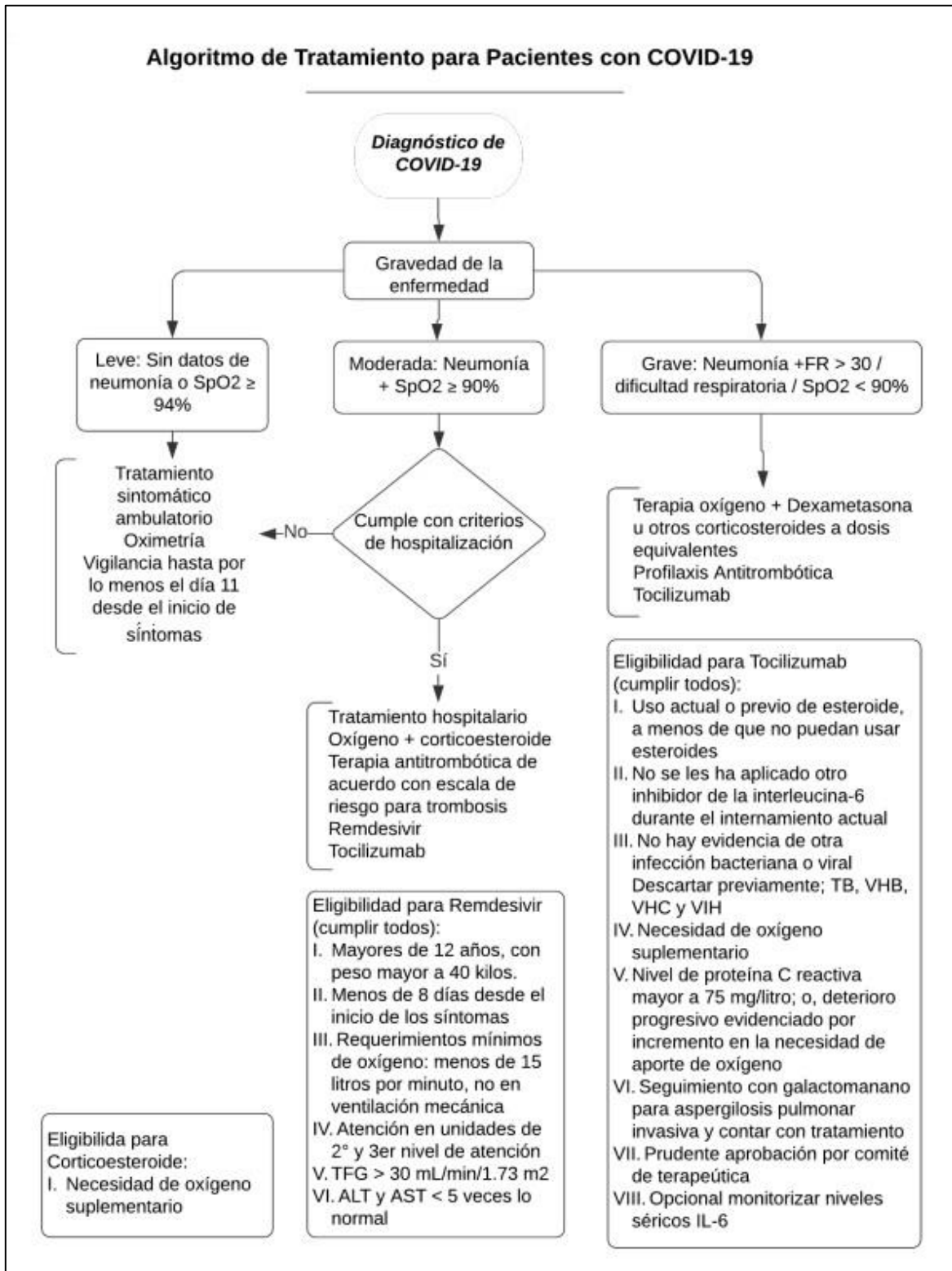


Figura 1 Gobierno de México. Guía clínica para el tratamiento de la COVID-19 en México. 2021: 66. Disponible para su consulta en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/08/GuiaTx_COVID19_ConsensoInterinstitucional_2021.08.03.pdf.



Complicaciones

Las complicaciones por COVID-19 se presentan principalmente en personas con factores de riesgo: adultos mayores, fumadores y aquellos con comorbilidad subyacente como hipertensión, obesidad, diabetes, enfermedad cardiovascular, enfermedad pulmonar crónica (por ejemplo, la obstructiva crónica y el asma), enfermedad renal crónica, enfermedad hepática crónica, enfermedad cerebrovascular, cáncer e inmunodeficiencia.

Las principales complicaciones documentadas con la COVID-19, además de las relacionadas con el aparato respiratorio, son las neurológicas, incluyendo delirio o encefalopatía, accidente cerebrovascular, meningoencefalitis, alteración de los sentidos del olfato (anosmia) y el gusto (disgeusia), ansiedad, depresión y problemas del sueño. En muchos casos las manifestaciones neurológicas se han reportado incluso en ausencia de síntomas respiratorios. También hay reportes de casos de síndrome de Guillain Barré en pacientes con COVID-19.

Secuelas por COVID-19.

Como parte del proceso fisiopatológico de la COVID-19, se genera una respuesta inflamatoria intensa que tiene al tracto respiratorio y principalmente el pulmón como primer órgano afectado.

Secuelas en el aparato respiratorio Los pacientes que desarrollaron un cuadro clínico grave de COVID-19 tienen como principal secuela el desarrollo de fibrosis pulmonar. Durante la fase aguda de la infección por SARSCoV-2, el daño pulmonar causa edema, desprendimiento alveolar de células epiteliales y depósito de material hialino en las membranas alveolares. Durante la siguiente fase de la infección, que usualmente ocurre entre las segunda y quinta semana, los pulmones muestran signos de fibrosis, con el depósito de fibrina y la infiltración de células inflamatorias y fibroblastos cerca de las células epiteliales, en los espacios alveolares. Durante la etapa final, entre la sexta y octava semanas, el tejido



pulmonar se vuelve fibrótico. Adicionalmente, hay varios reportes de lesiones bilaterales con predominio del lóbulo inferior.

Secuelas en el sistema cardiovascular.

Se ha documentado que pacientes con formas graves de COVID-19 presentaron lesiones significativas de miocardio, incluyendo miocarditis relacionada a infección, con reducción de la función sistólica y arritmias. Estas lesiones podrían ser secundarias al daño pulmonar severo. Desafortunadamente, aún se conoce poco acerca de los mecanismos responsables de estas secuelas. Preliminarmente se asume que estaría implicada la enzima convertidora de angiotensina 2 (ECA 2) la cual permite la entrada del virus a las células y facilita la replicación viral. Se encontraron niveles significativamente altos de ECA 2 en tejido cardiaco (cardiomiocitos y pericitos), principalmente en pacientes con condiciones cardiovasculares preexistentes. Se ha reportado lesión miocárdica, que podría deberse al daño directo a los cardiomiocitos, la inflamación sistémica, la fibrosis intersticial miocárdica y la hipoxia.

En casos graves de COVID-19, la respuesta hiperinflamatoria sistémica podría causar un deterioro cognitivo a largo plazo, como, por ejemplo, deficiencias en la memoria, atención, velocidad de procesamiento y funcionamiento junto con pérdida neuronal difusa. Además, se ha documentado que los procesos inflamatorios sistémicos en personas de mediana edad podrían llevar a un deterioro cognitivo décadas más tarde.²⁹

²⁹ Organización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica Complicaciones y secuelas por COVID-19. 2020. Disponible para su consulta en : https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52612/EpiUpdate12August2020_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y



V. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

5.1 Presentación del Caso Clínico.

RMMA, femenina de 57 años, Ingresa al Hospital General Ajusco Medio "Dra. Obdulia Rodríguez Rodríguez" al servicio de Urgencias el día 2 Julio del presente año por un diagnóstico médico insuficiencia respiratoria aguda severa y neumonía de origen viral secundaria a SARS-CoV-2 (Covid-19), se aborda con ventilación mecánica el día 3 de julio, se traslada al servicio de Medicina interna el 6 Julio.

Antecedentes:

- Alergias: negadas.
- Cirugías: cesárea 2.
- Transfusiones: negadas.
- Enfermedades crónicas degenerativas: hipertensión controlada (Atenolol).
- Tabaquismo y alcohol: negados.
- 1era dosis SPUTNIK 6 Mayo.
- Prueba positiva a Covid 1 julio 2021.

14 Julio 2021. Paciente femenina de la sexta década de vida cursando el octavo día en el servicio de medicina interna. Se encuentra en decúbito lateral derecho, bajo efectos de sedoanalgesia con un rass de -4, pupilas isocóricas normoreflexicas, lesión en oído izquierdo por presión grado I, con sonda nasogástrica con NET 70 ml/hr, con tubo endotraqueal #8.0 a 22cm de arcada dental instalado el 3 Julio con un PEEP 6 y FIO2 40% con secreciones moderas por boca de aspecto verdoso, por tubo endotraqueal escasas de aspecto blanco, mucosas orales hidratadas, palidez generalizada y tegumentos secos. Cuello cilíndrico, tórax simétrico, normolíneo, mamas turgentes acorde a la edad con CVC trilumen subclavio derecho funcional, permeable, sin datos de infección, ni



sangrado, cubierto con apósito, instalado el 3 Julio, bajo monitoreo cardiaco y respiratorio continuo, con abdomen blando depresible a la palpación, ligeramente distendido, ruidos peristálticos hipoactivos no se reportan evacuaciones desde el día 13 de julio, con sonda Foley a derivación #14 Fr Fecha de instalación 3 Julio , orina color ámbar con GU 0.9 cc/hr/kg , en región glútea izquierda cursando con UPP grado II de 4x6 cm, espesor 1 mm aproximadamente, miembros pélvicos sin alteración con vendaje.

18 hrs inicia con disminución de sedación y Ayuno.

Signos vitales:

- FC. 106 Lpm
- FR 26x min.
- TA 110/60 mmHg PAM 76 mmHg.
- Glicemia capilar 120 mg/DL postprandial.
- Temperatura axilar: 36.1°.
- Sat de o2: 95%.

Datos antropométricos:

- Talla 1.60 m.
- Peso: 70 kg.
- IMC 27.3 (Sobrepeso).



5.2 Valoración inicial y continua (Identificación de necesidades).

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE:	EDAD: <u>57 AÑOS</u>	SEXO: <u>MUJER</u>
<u>RMMA</u>		
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>SX DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA</u>	SERVICIO: <u>MEDICINA INTERNA</u>	
<u>AGUDA/SARS COV2</u>		
DIRECCIÓN:		

TELÉFONO: _____	NOMBRE DEL / INFORMANTE:	

OCUPACIÓN DEL PACIENTE: <u>odontóloga</u>		

II. VALORACIÓN POR NECESIDADES

1. OXIGENACIÓN

RESPIRATORIO						
FRECUENCIA RESPIRATORIA : <u>26x minuto</u>						
RITMO		PROFUNDIDAD		TIPO	RUIDOS ANORMALES	OBSERVACIONES
Normal		Superficial		Kusmaull	Crepitantes	VENTILACION MECANICA INVASIVA PEEP 6 FIO2 40% SECRECIONES MODERADAS POR BOCA DE ASPECTO VERDOSO CÁNULA OROTOTRAQUEAL ESCASAS ASPECTO BLANCO SAT O2: 95%
Taquipnea	X	Profunda		Ortopnea	Broncoespasmo	
Bradipnea				Disnea	Sibilancias	
				Cheyne Stokes	Estertores X	

CARDIACO				
FRECUENCIA CARDIACA: <u>107LXM</u> PULSO: <u>107</u> TENSION ARTERIAL: <u>100/60MMHG</u>				
RITMO		PULSO		OBSERVACIONES
Taquicardia	X	Rebotante		
Bradycardia		Taquisfignia		
Arritmia		Bradisfignia		
		Filiforme		

COLORACION TEGUMENTARIA			
Cianosis Distal:	Cianosis peribucal: _____	Palidez: <u>X</u>	Llenado Capilar: _____ <u>2"</u>



2. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Peso: <u>70 KG</u>	Peso ideal: <u>53.500-72 kg</u>	Talla: <u>160CM</u>	Perímetro abdominal: _____	Perímetro Cefálico: _____
A perdido o ganado peso (cuanto) : _____				
Complexión: Delgado: _____	Obesidad : _____	Caquéxico: _____	Otro: _____	
ALIMENTO				
TIPO DE ALIMENTO / HORARIO / CANTIDADES				OBSERVACIONES
Blanda: _____	Normal: _____	Papilla: _____	Astringente: _____	SONDA NASOGASTRICA FRESUBIN 2 LATAS C/8RS 70 ML/ HR
Laxante: _____	Suplementos: _____ X _____			
LIQUIDOS				
CANTIDAD DE LÍQUIDOS INGERIDOS AL DÍA:	TIPO DE LIQUIDOS INGERIDOS			OBSERVACIONES
< de 500ml	Agua natural: _____	Agua de sabor natural: _____	Tè: _____	BOLO ENTERAL 50 CCCADA 8HRS
X	<u>X</u>	_____	_____	
500 a 1000ml	Jugos: _____	Refrescos: _____	Café: _____	
>de 1000ml	Cerveza: _____	Otros: _____	_____	

DATOS DIGESTIVOS						OBSERVACIONES RUIDOS PERISTALTICOS HIPOACTIVOS GLICEMIA CAPILAR 120MG/DL POSPRANDIAL
Anorexia: _____	Náuseas: _____	Vómito: _____	Indigestión: _____	Hematemesis: _____	Pirosis: _____	
Distensión abdominal: _____		Masticación dolorosa: _____	Disfagia: _____	Polidipsia: _____	Polifagia: _____	
X	_____	_____	_____	_____	_____	
Polifagia: _____	Odinofagia: _____	Sialorrea: _____	Regurgitación: _____	Otro: _____		

3. ELIMINACIÓN

ELIMINACION INTESTINAL						
TIPO	FRECUENCIA	CANTIDAD	COLOR	OLOR	CONSISTENCIA	OBSERVACIONES NO PRESENTA EVACUACIONES, DESDE HACE 2 DÍAS
Fisiológica: _____	_____	_____	_____	_____	_____	
Forzada: _____	_____	_____	_____	_____	_____	
DATOS DE ELIMINACION INTESTINAL						
Estreñimiento: _____	Flatulencia: _____	Rectorragia: _____	Incontinencia: _____	Melena: _____		
X	_____	_____	_____	_____		
Pujo: _____	Tenesmo: _____	Otros: _____				



ELIMINACIÓN URINARIA					
Tipo	FRECUENCIA	CANTIDAD	COLOR	OLOR	OBSERVACIONES SONDA FOLEY A DERIVACIÓN GU: 0.9CC/KG/HR
Fisiológica:		685 CC	AMARILLO		
Forzada: _X_					
DATOS DE ELIMINACION URINARIA					
Nicturia:	Anuria:	Disuria:	Enuresis:	Incontinencia:	Poliuria:
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Iscuria:	Oliguria:	Opsiuria:	Polaquiuria:	Tenesmo:	Urgencia:
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Otros:	_____				

4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Realiza actividad física (tiempo, tipo frecuencia): _____ Se sienta (solo, con ayuda, con dispositivos): _____ Camina (solo, con ayuda, con dispositivos): _____	OBSERVACIONES LIMITACIÓN DE LA MOVILIDAD POR USO DE SEDACIÓN
--	--

5. DESCANSO Y SUEÑO

¿Cuántas horas duerme por la noche en casa?: _____ ¿Toma siestas durante el día/ cuantas horas?: _____ ¿Presenta algún cambio de comportamiento antes de dormir o al despertar?: _____	¿Siente descanso cuando duerme?: _____ ¿Toma algún medicamento para dormir? _____	OBSERVACIONES. NIVEL - 4 DE RAMSAY.
CARACTERÍSTICAS		
Insomnio: _____ Ronquidos: _____	Bostezos frecuentes: _____ Somnoliento: _____	Se observa cansado: _____ Irritabilidad: _____
		Presenta ojeras: _____ Otros: _____

6. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

¿Cada cuando hace el cambio de ropa interior y exterior? _____ Necesita ayuda para vestirse: _____ Tipo de ropa preferida: _____	OBSERVACIONES DEPENDENCIA Y AYUDA TOTAL.
--	--



7. TERMORREGULACIÓN

Temperatura corporal: _____	Axilar: <u>36.1</u>	Frontal: _____	Otica: _____	Oral: _____	Rectal: _____	OBSERVACIONES DEPENDENCIA Y AYUDA TOTAL SIN CAMBIOS DE TEMPERATURA DURANTE EL DÍA SE MANTIENE ENTRE 36.1 Y 36.8°C
Escalofríos: _____	Piloerección: _____	Diaforesis: _____	Hipotermia: _____	Hipertermia: _____		
Distermias: _____	Fiebre: _____	Rubicundez facial: _____	Otros: _____			
PREDOMINIO DE CAMBIOS TÉRMICOS		HABITACIÓN				
Matutino: _____	Fría: _____	Húmeda: _____	Templada: <u>X</u>			
Vespertino: _____	Ventilada: <u>X</u>	Poco ventilada: _____				
Nocturno: _____	Otros: _____					

8. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

HIGIENE PERSONAL						
BAÑO. Regadera: _____	Tina: _____	España: <u>X</u>	Aseos parciales: _____	Aseos de cavidades: _____		OBSERVACIONES
FRECUENCIA DEL BAÑO. Diario: <u>X</u>	Tres veces a la semana: _____	1 vez a la semana: _____	Otro: _____			
MUCOSA ORAL						
Seca: _____	Hidratada: <u>X</u>	Estomatitis: _____	Caries: _____	Gingivitis: _____	Úlceras: _____	Aftas: _____
Sialorrea: _____	Xerostomía: _____	Flictenas: _____	Halitosis: _____			
Características de la lengua: _____			Otros: _____			
DIENTES						
Frecuencia del lavado: _____	1 vez al día: _____	2 veces al día: _____	3 veces al día: <u>X</u>			
Cantidad de dientes: _____						
Características de los dientes: _____	Amarillos: _____	Blancos: <u>X</u>	Picados: _____	Sarro: _____	Caries: _____	
Otros: _____						

PIEL						
COLORACION: _____	Palidez: <u>X</u>	Cianosis: _____	Ictericia: _____	Rubicundez: _____	Cloasma: _____	OBSERVACIONES UPP GRADO I EN OIDO IZQUIERDO Y GLUTEO IZQUIERDO GRADO II,
Melasma: _____	Angiomas: _____	Manchas: _____	Rosado: _____	Grisácea: _____	Apiñonada: _____	
Morena clara: _____	Morena intensa: _____	Morena media: _____	Hiperpigmentación: _____			



TEMPERATURA. Fría: ____ Caliente: ____ Tibia: <u> X </u> Otras: _____						PROTECTORES CUTANEOS EN SITIOS DE PRESIÓN REQUIERE SUPLENCIA TOTAL PARA SU HIGIENE DIARIA. ALTO RIESGO DE UPP (>16) EN ESCALA DE NORTON MODIFICADA
TEXTURA Edema: ____ Celulitis: ____ Áspera: ____ Turgente: ____ Escamosa: ____ Lisa: ____ . Seca: <u> X </u> Agrietada: ____ Otras: _____						
ASPECTO Y LESIONES. Maculas: ____ Pápulas: ____ Vesículas: ____ Pústulas: ____ Nódulos: ____ Ulceras: <u> X </u> Erosiones: ____ Fisuras: ____ Costras: ____ Red venosa: ____ Escaras: ____ Tubérculos: ____ Escaras: ____ Callosidades: ____ Isquemias: ____ Nevos: ____ Tatuajes: ____ Prurito: ____ Petequias: ____ Equimosis: ____ Hematomas: ____ Masas: ____ Verrugas: ____ Signos de maltrato: ____ Quemaduras: ____ Infiltración: ____ Ronchas o habones: _____ Otros: _____						

UÑAS					
<i>Coloración y características</i>					
Quebradizas: ____	Micosis: ____	Onicofagia: ____	Bandas Blancas: ____	Amarillentas: ____	OBSERVACIONES SIN ALTERACIONES
Cianóticas: ____	Estriadas: ____	Convexas: ____	Coiloniquia: ____	Leuconiquia: ____	
Hemorragias subungueales: ____	Deformadas: ____	Rosadas: ____	Otras: <u> X </u>	____	

CABELLO						
Largo: <u> X </u>	Corto: ____	Lacio: ____	Quebrado o chino: <u> X </u>	Limpio: <u> X </u>	Sucio: ____	OBSERVACIONES SIN ALTERACIONES
Desalineado: ____	Seborreico: ____	Fácil desprendimiento: ____	Alopecia: ____	Distribución: ____	____	
Implantación: <u> X </u>	Zooriasis: ____	Pediculosis: ____	Quebradizo: ____	Caspa: ____	Otro: ____	

OJOS						
Simetría: <u> X </u>	Asimetría: ____	Tumores: ____	Hemorragias: ____	Separación ocular: ____	OBSERVACIONES SIN ALTERACIONES	
Edema palpebral: ____	Secreción: ____	Ojeras: ____	Tics: ____	Dolor: ____		Estrabismo: ____
Pestañas íntegras o lesionadas: <u> íntegras </u>	Exoftalmos: ____	Enoftalmos: ____	Fosfenos: ____	Uso de lentes: ____		____

OÍDOS					
Dolor: ____	Cerumen: ____	Otorrea: ____	Edema: ____	Auxiliares auditivos: ____	OBSERVACIONES SIN ALTERACIONES
Deformidades: ____	Hipoacusia: ____	Acusia: ____	Acufenos: ____	____	



9. EVITAR PELIGROS

DATOS PERSONALES Y DOMÉSTICOS	
<p>Esquema de vacunación. Completo: _____ Incompleto: ___X_</p> <p>Adicciones (cuales, tiempo de uso y frecuencia): _____</p> <p>Cuando existe algún malestar usted Ir al médico: ___X_ Tomar un medicamento que este en casa: hace. _____</p> <p>Número de personas con las que vive y parentesco: _____ _____</p> <p>Convive con animales (cuales y cuantos): _____</p> <p>En cada hay fauna nociva o domestica: _____</p> <p>En casa hay fumadores (parentesco, frecuencia): _____</p> <p>En casa hay farmacodependientes y alcoholismo: _____</p> <p>¿Qué tipo de servicios tiene en casa? (agua, luz, drenaje, recolección de basura): _____ _____ _____</p>	<p>OBSERVACIONES ESQUEMA COVID INCOMPLETO SOLO UNA APLICACIÓN: SPUTNIK / 6 MAYO</p>

ESTADO NEUROLÓGICO	
<p>Alerta: Orientado (tiempo, espacio, Confusión: Parálisis: _____ Hemiplejia: _____ _____ lugar): _____</p> <p>Movimientos anormales: Hipervigilia: Hemiparesia: Parestesia: Dislalia: _____ _____</p> <p>Dislalia: Hiperactividad: Déficit de atención: Agresividad: _____ Letárgico: _____ _____</p> <p>Excitabilidad motriz: Alucinaciones: Fobias: Otros: _____ _____</p>	<p>OBSERVACIONES BAJO SEDACIÓN</p>

OTROS DATOS QUE PONGAN EN RIESGO LA VIDA	
<p>Riesgos físicos / materiales: _____</p> <p>Riesgos ambientales: _____</p> <p>Riesgos familiares: _____</p> <p>Riesgos familiares: _____</p>	<p>OBSERVACIONES BAJO SEDACIÓN</p>



10. COMUNICACIÓN

Pertenece a un grupo social:							
Medios de comunicación frecuentes (auditivas, electrónicas, telefónicas etc.):							
HABLA							
TIPO DE COMUNICACIÓN	Oral: _____	Escrita: _____	Señas: _____	Visual: _____			OBSERVACIONES BAJO SEDACIÓN
TIPO DE HABLA:	Entendida: _____	Poco clara: _____	Incompleta: _____	Incoherente: _____	Pausado: _____		
Tartamudeo: _____	Balbuceo: _____	Dislexia: _____	Afasia: _____	Dislalia: _____	Dialecto: _____		

PERSONALIDAD							
Alegre: _____	Tímido: _____	Violento: _____	Sarcástico: _____	Noble: _____	Pasivo: _____		OBSERVACIONES BAJO SEDACIÓN
Hiperactivo: _____	Enojo: _____	Impulsivo: _____	Retador: _____	Superioridad: _____	Inferioridad: _____		
Otro: _____							

11. VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Religión que practica y frecuencia de asistencia:	OBSERVACIONES BAJO SEDACIÓN
Valores que se consideran importantes:	
¿Cómo influye su religión o creencia en su vida?:	
¿Cómo influye su religión en el proceso de enfermedad?:	

12. TRABAJAR Y REALIZARSE

TRABAJO / OFICIO / TIPO DE TRABAJO (eventual, base, etc)			
Ingreso	económico	mensual:	OBSERVACIONES BAJO SEDACIÓN
¿La enfermedad causado problemas emocionales, laborales, económicos y familiares?			
¿Conoce o conoces los cuidados que se deben tener para la enfermedad? ¿Cuáles?			



13. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

<p>¿Realiza o quisiera realizar algún deporte?: _____</p> <p>¿Qué le gusta hacer en sus tiempos libres?: _____</p> <p>¿Cuánto tiempo dedica a su persona?: _____</p> <p>¿Cuánto tiempo dedica a distraerse y en qué actividad?: _____</p>	<p>OBSERVACIONES BAJO SEDACIÓN</p>
---	---

14. APRENDIZAJE

ESCOLARIDAD	
<p>Escolaridad del paciente: _____</p> <p>Escolaridad de los padres (si el paciente es dependiente): _____</p> <p>¿Qué le gustaría estudiar?: _____</p> <p>¿Qué le gustaría aprender?: _____</p>	<p>OBSERVACIONES BAJO SEDACIÓN</p>

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD	
<p>¿Sabe cuál es su estado de salud actual?: Bueno Malo: _____ Regular : _____ No se: _____</p> <p>Se ha tomado estudios de laboratorio: Si: _____ No: _____ Cuales: _____</p> <p>¿Cuántas veces al año acude al médico general?: _____</p> <p>¿Cuántas veces al año acude al dentista?: _____</p> <p>¿La información que ha recibido ha sido clara, confusa, completa, insuficiente? : _____</p>	<p>OBSERVACIONES BAJO SEDACIÓN</p>



15. SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

MUJER		OBSERVACIONES	
Edad de la menarca: _____	Ritmo, flujo, de menstruación: _____	BAJO SEDACIÓN	
Dismenorrea: _____	Fecha de última menstruación: _____		
Higiene de zona íntima (frecuencia, uso de sustancias etc.): _____			
¿Se ha realizado Papanicolaou y cuando fue la última vez?: _____			
¿Cuáles han sido sus resultados y tratamientos?: _____			
¿Se ha realizado mastografía y cuando fue la última vez?: _____			
¿Sabe realizarse la exploración de mama?: _____			
¿Cuál es su método de planificación familiar?: _____			
¿Cuándo inicio la menopausia?: _____			
Numero de gestaciones: _____	Número de partos: _____		Número de cesáreas: _____
Todos sus hijos viven: _____			
¿Tiene antecedentes de cirugía genital?: _____			

HOMBRE		OBSERVACIONES
Higiene de zona genital (frecuencia, uso de sustancias etc.): _____		
¿Se ha realizado el antígeno prostático?: _____		
¿Le han realizado exploración médica genital?: _____		
¿Cuál es su método de planificación familiar?: _____		
¿Tiene antecedentes de cirugía genital?: _____		

ESTUDIOS PARACLÍNICOS
Exámenes de Laboratorio Generales: _____



Exámenes de Laboratorio Especiales

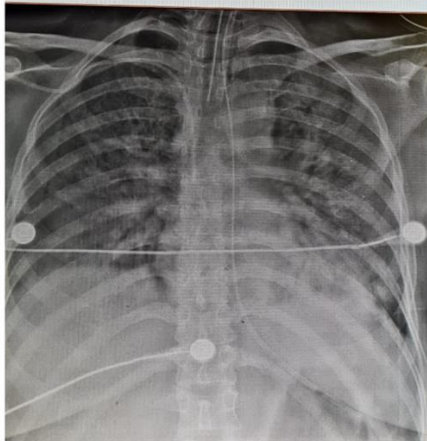
Comparación de Gasometría Arterial

	2 Julio	4 Julio	14 Julio	15 julio (17hrs)	16 Julio	19 Julio	4 Agosto
Ph 7.35-7.45	7.48 >	7.31 <	7.44	7.40	7.46 >	7.42	7.46 >
PCO2 35-45 mmHg	26 mmHg <	48mmHg	37mmHg	39mmHg	38mmHg	46mmHg	37mmHg
PO2 80-100 mmHg	44mmHg <	72mmHg <	78mmHg <	90mmHg	73mmHg <	78mmHg <	98mmHg
HCO3 22-26 mEq/L	19.4 mEq/L <	24.7mEq /L	24.2mEq /L	24.2mEq /L	27 mEq/L >	29mEq/L	26mEq/L

Estudios de Gabinete.

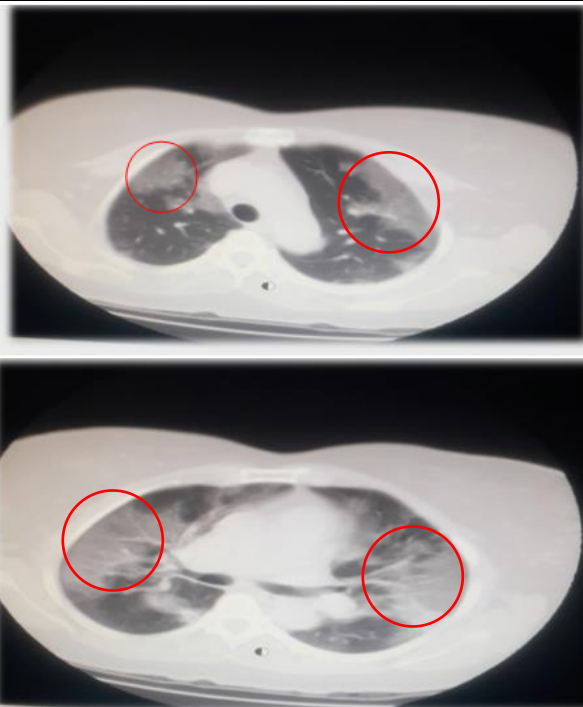
Comparaciones radiológicas

4 Julio



20 Julio



**Tomografía axial computarizada**

Descripción:

Lesiones por vidrio deslustrado y condensaciones leves bilaterales

TRATAMIENTO MÉDICO

07:00 hrs:

1. Dieta :

nutrición enteral 2 latas de fresubin cada 8 hrs en infusión continua a 70 ml/hr, enjuagar sonda con 50 cc de agua en bolo después de cada toma

2. Soluciones:

Solución cloruro de sodio al 0.9% para 24 hrs

Tramadol 300 mg aforado en 100cc de solución salina al 0.9% por BIC para 24 hrs

Midazolam 200 mg aforados en 200 cc solución salina al 0.9% por BIC a dosis respuesta.

Propofol 1 gr sin diluir por BIC a dosis respuesta.

3. Medicamentos

Enoxaparina 60mg SC cada 24hrs

Omeprazol 40mg IV cada 24hrs

Metoclopramida 10mg IV cada 8hrs

Paracetamol 1 gr IV en caso de temperatura mayor a 37.8°C

Hipromelosa gotas oftálmicas 1 gota en cada ojo cada 4 hrs

Metilprednisolona 100mg en 100cc solución salina al 0.9% IV cada 24hrs

Benzafibrato 200mg PSNG cada 24hrs

4. Medidas generales:

CGE y SVPT

Monitoreo cardiaco continuo con oximetría de pulso

Cuidados sondas y catéteres

Cuantificación estricta de líquidos



Trombopprofilaxis con medias TED hasta el muslo
Código de evacuaciones
Aseo ocular
Aseo bucal con clorexidina o bicarbonato
Barandales en alto
Posición semifowler
Glucometria cada 6 hrs
Curva térmica y control térmico
5. Inhaloterapia
Ventilación mecánica invasiva a con parámetros dinámicos

18 hrs

1. Dieta: ayuno
2. Soluciones:

Midazolam 200 mg aforados en 200 cc solución salina al 0.9% disminuir dosis 1 cc por hora
Propofol 1 gr sin diluir. disminuir dosis 1 cc por hora



Exploración física 16 Julio.

14:30 hrs Paciente femenina de la sexta década de vida. Se encuentra en posición semifowler, con un Rass 0-+1 por momento presentas estados de ansiedad y miedo, con pupilas isocóricas normoreflexivas, lesión en oído izquierdo por presión grado I, con sonda nasogástrica cerrada, con 20 hrs de ayuno, con tubo endotraqueal #8.0 a 22cm de arcada dental con un PEEP 5 y FIO₂ 40% con secreciones moderadas por boca de aspecto verdoso, por tubo endotraqueal escasas de aspecto blanco, mucosas orales hidratadas, palidez generalizada y tegumentos secos, cuello cilíndrico, tórax simétrico, normolíneo, mamas turgentes acorde a la edad con CVC trilumen subclavio derecho funcional, permeable, sin datos de infección, ni sangrado, cubierto con apósito, bajo monitoreo cardiaco y respiratorio continuo, con abdomen blando depresible a la palpación, ligeramente distendido, ruidos peristálticos hipoactivos no se reportan evacuaciones desde el día 13 de julio, con sonda Foley a derivación #14 Fr, orina color ámbar con GU 0.9 cc/hr/kg, en región glútea izquierda con UPP grado II de 4x6 cm, espesor 1 mm aprox, miembros pélvicos sin alteración con vendaje.

Signos vitales:

- FC. 128 lpm.
- FR 27x min.
- TA 102/80 mmHg PAM 87 mmHg.
- Tem. 36.5°.
- Glicemia capilar 100mg/Dl postprandial.
- Sat de o₂ : 95%.



En el proceso de destete ventilatorio se le informa de la situación en la que se encuentra y se le da acompañamiento en todo momento.

15:30hrs se inicia la extubación endotraqueal durante la cual se brinda apoyo emocional ya que se le observa con facie de temor, se le comenta en todo momento el procedimiento que se realizara, se brindan cuidados pertinentes.

Se coloca dispositivo de apoyo de oxígeno con tienda facial mediante nebulizador a 8 L. x min con Fio2 35%, pasa el turno con episodios de inquietud y somnolencia, con abundantes secreciones por boca.

Al termino del turno con los siguientes signos vitales

- F.C 104 Lxm.
- F.R 24 x'.
- Temperatura axilar: 36.8°C.
- T.A: 130 /85.
- Sat. O2 98%.

Soluciones parenterales:

- Solución salina 0.9% 500 cc para 24 hrs.
- Tramadol 300mg en 100 cc solución salina 0.9%.
- Solución glucosada 5% 500cc para 8 hrs.



Medicamentos:

Quetiapina 50 mg c 24.

Exploración física 19 Julio:

Se encuentra en posición semifowler, con Apoyo de oxígeno con tienda facial mediante nebulizador a 8 L. x min con Fio2 35%, con 12 puntos en estado de Glasgow presenta disnea al esfuerzo, mucosas orales hidratadas, con sonda nasogástrica con NET 70 ml/hr, odinofagia, disfagia, disfonía, cuello cilíndrico, tórax simétrico, normolíneo, mamas turgentes acorde a la edad, con CVC trilumen subclavio derecho funcional, permeable, sin datos de infección, ni sangrado, cubierto con apósito, bajo monitoreo cardíaco y respiratorio continuo, con abdomen blando depresible a la palpación, ruidos peristálticos activos se reporta evacuación el día 17 julio, sonda Foley a derivación orina color ámbar con GU 0.9 cc/hr/kg, en región glútea izquierda con UPP grado II de 4x6 cm, espesor 1 mm aprox, miembros pélvicos sin alteración con vendaje, presenta debilidad generalizada e hipotonía muscular, con facie de dolor a la movilidad y señala el área del cuello, durante el desarrollo del turno presenta dificultad para conciliar el sueño.

Signos vitales:

- FC. 134Lpm.
- FR 25x min.
- TA 128/80 mmHg PAM 87 mmHg.
- Temperatura 37.9°.



- Glicemia capilar 156mg/DL postprandial.
- Sat de o₂ : 98%.

Durante las siguientes semanas de recuperación se observaron con los siguientes problemas: dificultad para la movilización, disnea al esfuerzo, fatiga, debilidad, enlentecimiento de movimientos, temblor inducido por el movimiento, inestabilidad postural, movimientos descoordinados, dolor general y el cuello debido a lesión cervical crónica referido posteriormente, problemas para dormir debido al entorno hospitalario y durante la rehabilitación se vio afectado su estado de ánimo debido a que no podía realizar ejercicios o el fracaso de alguna prueba de tolerancia de vía oral en la cual presenta episodios de impotencia.

Durante su estancia hospitalaria se realizó interconsulta y terapia con los siguientes servicios:

- Rehabilitación física.
- Psicología.
- Nutrición.
- Foniatría.

5.3 Diseño y priorización de los diagnósticos de enfermería.

FORMULACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	ANÁLISIS DEDUCTIVO	GRADO DE DEPENDENCIA	ROL ENFERMERÍA
Oxigenación	Taquicardia 106 Lxm Taquipnea 26x´ Patrón respiratorio anormal		Etiqueta diagnóstica: Deterioro del intercambio de gases 00030 Patrón 04 actividad-ejercicio Dominio:3 eliminación e intercambio Clase: 4 función respiratoria	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante
				Voluntad	Compañera
Oxigenación	Secreciones moderadas por boca Cánula orotraqueal escasas		Etiqueta diagnóstica: Limpieza ineficaz de las vías aéreas 00031 Patrón: 04 actividad-ejercicio Dominio: 11 seguridad y protección Clase:2 lesión física	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante
				Voluntad	Compañera
Eliminación	Ligera distención abdominal, nutrición enteral y ruidos peristálticos hipoactivos (Sin evacuaciones documentadas desde el 13 julio)		Etiqueta diagnóstica: Motilidad gastrointestinal disfuncional Código diagnóstico 00196 Patrón: eliminación Dominio: 3 eliminación e intercambio Clase 2 función gastrointestinal	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante
				Voluntad	Compañera



Higiene y protección de la piel	Alteración de la integridad cutánea: UPP grado I oído izquierdo y UPP glúteo izquierdo		Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la integridad cutánea 00046 Patrón: 02 Nutricional –metabólico Dominio: 11 Seguridad y protección Clase: 2 lesión física	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante
				Voluntad	Compañera
Termorregulación	Enfermedad e inactividad		Etiqueta diagnóstica: Riesgo de termorregulación ineficaz Patrón: 02 Nutricional –metabólico Dominio: 11 Seguridad y protección Clase 6. Termorregulación	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante
				Voluntad	Compañera
Evitar peligros	Procedimientos invasivos: Sonda nasogástrica COT CVC Sonda Foley a derivación		Etiqueta diagnóstica: Riesgo de infección 00004 Patrón: 01: Percepción-manejo de salud Dominio: 11 Seguridad y protección. Clase1 infección	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante
				Voluntad	Compañera
Evitar peligros	Presencia de intubación oral. Alimentación enteral		Etiqueta diagnóstica: Riesgo de aspiración 00039 Patrón:02 Nutricional/Metabólico Dominio: 11 Seguridad y protección Clase 2 lesión física	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante
				Voluntad	Compañera
Evitar peligros	Entorno (cama sin barandales) Alteración en el funcionamiento cognitivo y agentes farmacológicos (sedación)		Etiqueta diagnóstica: Riesgo de caídas Patrón 01: Percepción-manejo de salud Dominio11 Seguridad y protección Clase 2 lesión física	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante
				Voluntad	Compañera
Evitar peligros	Inmovilidad		Etiqueta diagnóstica: Riesgo de	Fuerza	Sustituta



			síndrome de desuso 00040 Patrón 04 Actividad – ejercicio Dominio: 04 Actividad/reposo CLASE: 2 Actividad- ejercicio	Conocimiento Voluntad	Ayudante Compañera
Evitar peligros	Inmovilidad Enfermedad (hipercoagulabi- lidad)		Etiqueta diagnóstica: Riesgo de tromboembolismo venoso 00268 Patrón 01: Percepción-manejo de salud Dominio 11 Seguridad y protección Clase 2 lesión física	Fuerza Conocimiento Voluntad	Sustituta Ayudante Compañera

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	ANÁLISIS DEDUCTIVO	GRADO DE DEPENDENCIA	ROL ENFERMERÍA
Oxigenación	Destete Fatiga Inquietud Ligero aumento de la frecuencia respiratoria sobre la basal	Temor Ansiedad	Etiqueta diagnóstica: Respuesta ventilatoria disfuncional al destete 00034 Patrón: 04 Actividad- ejercicio Dominio: 04 Actividad/reposo Clase04 respuestas cardiovasculares /pulmonares	Fuerza Conocimiento Voluntad	Sustituta Ayudante Compañera
Evitar peligros	Aumento de la tensión Palidez	Temor	Etiqueta diagnóstica: Temor 00148 Patrón: 07 autopercepción – autoconcepto Dominio: 09 afrontamiento/ tolerancia al estrés Clase 02 Respuesta de afrontamiento	Fuerza Conocimiento Voluntad	Sustituta Ayudante Compañera
Nutrición	Disfagia Disfonía	Masticación insuficiente	Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la deglución 00103	Fuerza Conocimiento	Sustituta Ayudante



			Patrón: 02 Nutricional –metabólico Dominio: 2 Nutrición Clase:1 ingestión	Voluntad	Compañera
Moverse y mantener buena postura	Disnea al esfuerzo	Expresa fatiga	Etiqueta diagnóstica: Intolerancia a la actividad 00092 Patrón:04 Actividad – ejercicio Dominio: 4 Actividad y reposo Clase: 2 Actividad/ ejercicio	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante
				Voluntad	Compañera
Moverse y mantener buena postura	Disnea al esfuerzo enlentecimiento de movimiento	Expresa debilidad y fatiga	Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la movilidad física 00085 Patrón:05 Sueño -reposo Dominio: 4 actividad y reposo Clase: 2 Actividad/ ejercicio	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante
				Voluntad	Compañera
Moverse y mantener buena postura	Deterioro de la habilidad para coger los alimentos con los utensilios, masticar y deglutir alimentos	Refiere debilidad	Etiqueta diagnóstica: Déficit del autocuidado en la alimentación Patrón: 4 actividad y reposo Dominio: 4 actividad y reposo Clase 5 Autocuidado	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante
				Voluntad	Compañera
Descanso y sueño	Barreras en el entorno	Refiere dificultad para conciliar el sueño.	Etiqueta diagnóstica: Trastorno del patrón del sueño 00198 Patrón:05 Sueño/reposo Dominio:4 actividad y reposo Clase 1 Sueño/reposo	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante
				Voluntad	Compañera
Termorregulación	Aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal. 37.9° Taquicardia 134 lxm		Etiqueta diagnóstica: Hipertermia 00007 Patrón:02 Nutricional –metabólico Dominio: 11 Seguridad y protección Clase 6. Termorregulación	Fuerza	Sustituta
Evitar peligros		Expresión facial de dolor	Etiqueta diagnóstica: Dolor agudo 00132	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante



			Patrón: 06 cognitivo-perceptivo Dominio: 12 confort Clase 01 confort físico	Voluntad	Compañera
Vivir según sus creencias y valores		Refiere impotencia y tristeza al no poder realizar los ejercicios	Etiqueta diagnóstico: Impotencia 00161 Patrón 07 Autopercepción - Autoconcepto Dominio 09 Afrontamiento/ tolerancia al estrés Clase 02 Respuesta al afrontamiento	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante
				Voluntad	Compañera
Aprendizaje		Manifiesta deseo de manejar la enfermedad	Etiqueta diagnóstico: Disposición para mejorar autocuidado 00182 Patrón 4 actividad y reposo Dominio: 4 actividad y reposo Clase 5 Autocuidado	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante
				Voluntad	Compañera

5.4 Plan de Intervención de enfermería.

5.5 Ejecución.

PLAN DE CUIDADOS

DOMINIO: 3 Seguridad Protección CLASE:		DOMINIO: II: Salud fisiológica CLASE: E-Cardiopulmonar			
4. Función respiratoria		RESULTADO ESPERADO: Estado respiratorio: Intercambio gaseoso 0402			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: Deterioro del intercambio de gases 00030 FACTOR RELACIONADO Cambios en la membrana alvéolocapilar CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS Taquicardia 105 Lxm Gasometría arterial anormal Patrón respiratorio anormal		ESCALA LIKERT 1. Desviación grave del rango normal. 2. Desviación Sustancial del rango normal. 3. Desviación moderada del rango norma. 4. Desviación leve del rango normal. 5. Sin desviación del rango normal			
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO		INDICADORES		PUNTUACIÓN DIANA	
			MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
De acuerdo con la comparación de Gasometría Arterial el día 14 Julio datos que se utilizaron para la valoración con PaO2 78 con apoyo ventilatorio mecánica pasa a el 15 julio a las 17hrs a PaO2 de 90 mmHg óptimo para el destete, el 16 julio después de la extubación arrojó los valores PaO2 de 73 mmHg con apoyo de oxígeno con tienda facial, el 19 julio PaO2 de 78 mmHg con mismo dispositivo mismo que fue reemplazado posteriormente con mascarilla simple a 5 lts y puntas nasales disminuyendo la cantidad de oxígeno paulatinamente el día 4 agosto previo a su egreso se encuentra por la mañana con una PaO2 de 98mmHg a 0.5 lts de O2 con puntas nasales Respecto a los hallazgos en radiografías se nota lesiones más difuminadas		40208 Presión parcial de oxígeno en la sangre arterial. (PaO2).	4	5	5
		40213 Hallazgos en la radiografía de torax	2	4	4



CAMPO: Cuidados que apoyan la regulación homeostática **CLASE:** 2. Fisiológico: complejo
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: MANEJO DE LA VENTILACION MECANICA: INVASIVA 3300

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Administrar los agentes paralizantes musculares, sedantes y analgésicos narcóticos que sean apropiados.</p> <p>Controlar las actividades que aumentan el consumo de O₂ (fiebre, escalofríos, crisis comiciales, dolor o actividades básicas de enfermería) que puedan desbordar los ajustes de soporte ventilatorio y causar una desaturación de O₂.</p> <p>Proporcionar cuidados para aliviar las molestias del paciente (p. ej., posición, limpieza traqueobronquial, terapia broncodilatadora, sedación y/o analgesia, comprobaciones frecuentes del equipo).</p> <p>Utilizar una técnica antiséptica en todos los procedimientos de succión, según correspondan.</p> <p>Vigilar las lecturas de presión del ventilador, la sincronía paciente/ventilador y el murmullo vesicular del paciente.</p> <p>Vigilar el progreso del paciente con los ajustes de ventilador actuales y realizar los cambios apropiados según orden médica.</p> <p>Observar si se producen efectos adversos de la ventilación mecánica (p. ej., desviación traqueal, infección, barotraumatismo, volutrauma, gasto cardíaco reducido, distensión gástrica, enfisema subcutáneo).</p> <p>Controlar la lesión de la mucosa bucal, nasal, traqueal o laríngea por presión de las vías aéreas artificiales, presión elevada del balón o desintubaciones no programadas.</p> <p>Utilizar soportes de tubos comercializados en vez de esparadrapo o tiras para fijar las vías aéreas artificiales, con el fin de prevenir desintubaciones no programadas.</p> <p>Colocar al paciente de forma que facilite la concordancia ventilación/perfusión («el pulmón bueno abajo»), según corresponda.</p>	<p>Los pacientes con enfermedad COVID-19 muestran una evolución rápida hacia la insuficiencia respiratoria aguda, por lo que requieren de ventilación mecánica la cual tiene como objetivos son corregir la hipoventilación, mejorar la oxigenación, y el transporte de oxígeno, disminuir el trabajo respiratorio procurando descanso y reacondicionamiento muscular, además del confort del paciente, es decir, de minimizar la disincronía. La magnitud de las manifestaciones refleja el nivel de dependencia de la persona, los cuidados que necesita y permiten ajustar el soporte ventilatorio mecánico a sus necesidades (30).</p> <p>El Bloqueo neuromuscular es de vital importancia ya que tiene como objetivo es evitar la disincronía ventilatoria y/o la ventilación espontánea en etapas precoces, dirigido a pacientes con SDRA moderado a severo (31).</p> <p>Los cuidados de enfermería que requiere un paciente conectado a VM varían en función de su estado y del modo de ventilación empleado. Cuando una enfermera responsable de un paciente en VM establece un plan de cuidados, identifica los objetivos útiles como instrumento de medida para evaluar constantemente las intervenciones. La monitorización del soporte ventilatorio se incluye dentro de las intervenciones y se encamina a constatar que los objetivos se consiguen.</p>



CAMPO: <u>K: Control respiratorio</u> CLASE: <u>2. Fisiológico: complejo</u>	
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: <u>MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA3350</u>	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.</p> <p>Evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.</p> <p>Observar si se producen respiraciones ruidosas, como estridor o ronquidos.</p> <p>Monitorizar los patrones de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiraciones de Kussmaul, respiraciones de Cheyne-Stokes, respiración apnéustica, Biot y patrones atáxicos.</p> <p>Monitorizar los niveles de saturación de oxígeno continuamente en pacientes sedados</p> <p>Aplicar sensores de oxígeno continuos no invasivos (p. ej., dispositivos en el dedo, nariz, o frente), con sistemas de alarma apropiados en pacientes de riesgo (p. ej., obesos mórbidos, apnea obstructiva del sueño confirmada, antecedentes de problemas respiratorios que requieran oxigenoterapia, extremos de edad) siguiendo las normas del centro y según esté indicado.</p>	<p>Se ha definido al monitoreo como la evaluación continua o casi continua, de las funciones fisiológicas de pacientes en tiempo real, con el objeto de tomar decisiones, incluyendo el momento de realizar intervenciones terapéuticas y el control de las mismas. Es importante recordar aquí que este procedimiento no es más que un complemento del adecuado juicio clínico.</p> <p>No siempre el monitoreo respiratorio debe asociarse con asistencia respiratoria mecánica, ya que en muchas circunstancias se deben realizar controles en pacientes con respiración espontánea que están por ser ventilados o desvinculados de la misma, o simplemente como técnica de seguimiento de pacientes que ventilan espontáneamente. En última instancia la suspensión a tiempo de la ARM contribuye de modo eficaz a evitar complicaciones asociadas a ella: la neumonía y lo que se ha “englobado” como la lesión asociada al respirador (32).</p> <p>La pulsioximetría es una tecnología usada para la medición de la saturación de oxígeno transportado por la hemoglobina, de una manera no invasiva, lo que ha conducido a su aceptación como el «quinto signo vital» (además de la temperatura, presión arterial, el pulso y la frecuencia respiratoria) en la evaluación inicial de un paciente (33).</p>



CAMPO: 02: Fisiológico: Complejo CLASE: N: Control de la perfusión tisular
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: TERAPIA INTRAVENOSA (I.V) 4200

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Verificar la orden de la terapia i.v. Realizar una técnica aséptica estricta. Examinar el tipo, cantidad, fecha de caducidad y características de la solución y que no haya daños en el envase. Comprobar las cinco reglas de la administración correcta antes de iniciar la infusión o administración de medicaciones (fármaco, dosis, paciente, vía y frecuencia correctos). Seleccionar y preparar la bomba de infusión i.v., si está indicado. Insertar en el envase el equipo de administración correspondiente. Administrar medicamentos i.v., según prescripción, y observar los resultados. Vigilar el flujo intravenoso y el sitio de punción i.v. durante la infusión. Observar si hay sobrecarga de líquidos y reacciones físicas. Observar la permeabilidad de la vía antes de la administración de la medicación i.v. Sustituir el sistema i.v., los aparatos o la solución de infusión cada 48-72 horas, según el protocolo del centro. Realizar los cuidados del sitio de punción i.v. de acuerdo con el protocolo del centro. Monitorizar los signos vitales. Lavar las vías i.v. entre la administración de soluciones incompatibles. Registrar los ingresos y las pérdidas del modo adecuado. Documentar la terapia prescrita según el protocolo del centro. Mantener las precauciones universales.</p>	<p>Aplicar los principios científicos de farmacología que fundamenten la acción de enfermería, para prevenir y reducir errores, dar la seguridad necesaria al cliente y garantizar la calidad del servicio. Sistematizar el proceso de la administración de medicamentos intravenosos, enfatizar en el cumplimiento y revisión de los "correctos" de la medicación, así como la importancia que tiene el registro inmediato para evitar otros errores (34).</p>



CAMPO: 06: Sistema Sanitario CLASE: A Gestión del sistema sanitario

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: INTERPRETACIÓN DE DATOS DE LABORATORIO 7690

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Utilizar los rangos de referencia del laboratorio que esté realizando los análisis. Monitorizar los resultados secuenciales de los análisis para ver las tendencias y los cambios llamativos.</p>	<p>El estudio de la gasometría arterial está indicado cuando existe la necesidad de medir el estado ventilatorio, de oxigenación y el equilibrio ácido-base de un paciente para establecer un diagnóstico, cuantificar una respuesta terapéutica como la oxigenoterapia o para monitorizar la severidad o la progresión de un proceso. Es imprescindible en el manejo de la insuficiencia respiratoria aguda (35).</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

30. Bazán P. Et al. Monitorización del paciente en ventilación mecánica. Enfermería Intensiva. Elsevier. 2000: 11 (2): 75-85. Disponible para su consulta en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-monitorizacion-del-paciente-ventilacion-mecanica-13008822>
31. Abarca Bastian. Et al. Características de la ventilación mecánica invasiva en COVID-19 para médicos no especialistas. Revista Chilena de Anestesia. SAC. 2020: 49 (4): 504-513 Disponible para su consulta en: <https://revistachilenadeanestesia.cl/revchilanestv49n04-06/>
32. Raimondi Alejandro. Monitoreo Respiratorio y su rol en Terapia Intensiva. Revsita Argentina de Medicina Respiratoria. 2007: 48 (2): 48-50 Disponible para su consulta en: http://www.ramr.org/articulos/volumen_7_numero_2/articulo_especial/articulo_especial_monitoreo_respiratorio_y_su_rol_en_terapia_intensiva.pdf
33. Mellado S, Salgado L. y Martín C. Monitorización Respiratoria. Cuidados Respiratorios. Diploma universitario en Cuidados Intensivos Cardiorrespiratorios para Enfermería. S.a. Disponible para su consulta en: [http://aula.campuspanamericana.com/Cursos/Curso01417/Temario/Diploma_U_Cuidados_Intensivos_Cardio/07%20M4T7%20\(CIE\).pdf](http://aula.campuspanamericana.com/Cursos/Curso01417/Temario/Diploma_U_Cuidados_Intensivos_Cardio/07%20M4T7%20(CIE).pdf)
34. Instituto Mexicano del Seguro Social. Intervenciones de Enfermería para la Seguridad en la Administración de Medicamentos de Alto Riesgo en el Adulto. Disponible para su consulta en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/712GRR.pdf>
35. Oliver P., Et al. Estudio de la oxigenación e interpretación de la gasometría arterial en SEQC. Documentos de la SEQC 2014. 2015; (8) 32-47 disponible para su consulta en: <https://www.seqc.es/download/doc/62/2845/951224035/858217/cms/estudio-de-la-oxigenacion-e-interpretacion-de-la-gasometria-arterial-revision-2014.pdf/>



PLAN DE CUIDADOS				
DOMINIO: 11 Seguridad Protección CLASE: 2. Lesión física		DOMINIO: 02 salud fisiológica CLASE: E cardiopulmonar		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: Limpieza ineficaz de las vías aéreas 00031 FACTOR RELACIONADO: Retención de secreciones CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS Presencia de vía aérea artificial	RESULTADO ESPERADO: Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias 0410 ESCALA LIKERT 1. Grave 2. Sustancial. 3.Moderada 4. Leve. 5 Ninguno			
	INDICADORES		PUNTUACIÓN DIANA	
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	41020 Acumulación de esputo	3	5	5
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Se realiza las intervenciones para mantener una vía aérea permeable desde la etapa de ventilación mecánica se realiza la aspiración de secreciones por boca, narinas, tubo endotraqueal , en el destete y posintubacion solo por cavidad oral ya que presentando incapacidad para expulsar las secreciones y disfagia día con día hay una disminución importante de estas, hasta el día 19 Julio donde la paciente ya tiene la capacidad de manejar las secreciones				



CAMPO: 02 Fisiológico: Complejo CLASE: K .Control respiratorio
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: ASPIRACIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS 3160

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Realizar el lavado de manos. Usar precauciones universales. Usar el equipo de protección personal (guantes, gafas y mascarilla) que sea adecuado. Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal. Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración Hiperoxigenar con oxígeno al 100%, durante al menos 30 segundos mediante la utilización del Utilizar aspiración de sistema cerrado, según esté indicado. Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración traqueal Utilizar la mínima cantidad de aspiración, cuando se utilice un aspirador de pared, para extraer las secreciones (80-120 mmHg para los adultos). Monitorizar la presencia de dolor. Monitorizar el estado de oxigenación del paciente (niveles de SaO₂ y SvO₂), estado neurológico (p. ej., nivel de conciencia, PIC, presión de perfusión cerebral [PPC]) y estado hemodinámico (nivel de PAM y ritmo cardíaco) inmediatamente antes, durante y después de la succión. Basar la duración de cada pasada de aspiración traqueal en la necesidad de extraer secreciones y en la respuesta del paciente a la aspiración. Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de las secreciones. Enviar las secreciones para su cultivo y antibiograma, según corresponda.</p>	<p>El principal objetivo es mantener la vía aérea permeable y extraer en forma aséptica las secreciones que obstruyen las vías respiratorias del paciente, con vía aérea artificial o con dificultad de eliminarlas por sí sola. La aspiración endotraqueal es un procedimiento que objetiva mantener las vías aéreas que dan pasaje, removiendo, de forma mecánica, secreciones pulmonares acumuladas, especialmente en pacientes con vía aérea artificial. A pesar de ser un procedimiento necesario, puede ocasionar complicaciones como lesión en la mucosa traqueal, dolor, desaliento, infección, alteración de los parámetros hemodinámicos y de los gases arteriales, bronco constricción, atelectasia, aumento de la presión intracraneal, alteraciones del flujo sanguíneo cerebral, entre otros. Considerando la complejidad de ese procedimiento, una evaluación previa de la necesidad de aspiración es indispensable, pues se trata de un procedimiento invasivo y complejo que debe ser realizado mediante indicación criteriosa, una vez que puede causar agravios al paciente. Para tal, es importante que el enfermero tenga conocimiento basado en evidencias científicas válidas, sobre los diferentes métodos y aspectos relacionados a la aspiración endotraqueal (36).</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

36. Oliveira Débora. Et al. Aspiración endotraqueal en pacientes adultos con veía aérea artificial: revisión sistemática. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012; 20 (5): 11 pantallas. Disponible para su consulta en:
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/DSCVkm33wzW9LkbJvcrzPzy/?lang=es&format=pdf>



PLAN DE CUIDADOS

<p>DOMINIO: 3 Eliminación e Intercambio CLASE: 2 Función Gastrointestinal</p>	<p>DOMINIO: 02 Salud fisiológica CLASE: K Digestión y nutrición</p>			
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: Motilidad gastrointestinal disfuncional 00196 FACTOR RELACIONADO - Inmovilidad CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS -Cambio en los ruidos intestinales Dificultades en la eliminación digestiva - Distensión abdominal PROBLEMAS ASOCIADOS Agente farmacológico - Alimentación enteral</p>	<p>RESULTADO ESPERADO: Función gastrointestinal 1015</p> <p>ESCALA LIKERT 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno</p>			
<p>EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Durante su estancia desde el día 13 de julio no se reportaron evacuaciones hasta el día 17 de julio durante la primera semana post intubación aumentaron las evacuaciones a 3 veces por semana, disminuyo la distensión abdominal y a partir del 26 julio las evacuaciones fueron diarias por las mañana de consistencia normal.</p>	<p>INDICADORES</p>	<p>PUNTUACIÓN DIANA</p>		
		<p>MANTENER EN</p>	<p>AUMENTAR A</p>	<p>LOGRADO</p>
	<p>101514 Distensión abdominal 101536 Estreñimiento</p>	<p>3 3</p>	<p>4 4</p>	<p>5 5</p>



CAMPO: D Apoyo nutricional CLASE: 01 Fisiológico: básico
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: ALIMENTACIÓN ENTERAL POR Sonda1056

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Observar si hay presencia de sonidos intestinales cada 4-8 horas, según corresponda. Vigilar el estado de líquidos y electrolitos. Eleva el cabecero de la cama de 30 a 45° durante la alimentación Lavar la piel alrededor de la zona de contacto del dispositivo diariamente con jabón suave y secar completamente Rellenar la bolsa de alimentación cada 4 horas, según convenga. Observar si hay presencia de sonidos intestinales cada 4-8 horas, según proceda. Controlar el estado hidroelectrolítico Observar si hay signos de edema o deshidratación. Comprobar si la ingesta de calorías, grasas, hidratos de carbono, vitaminas y minerales es adecuada (o remitir al dietista) dos veces por semana, disminuyendo hasta una vez al mes.</p>	<p>El soporte nutricional del paciente crítico con COVID-19 es un componente integral y esencial de la terapia médica y nutricional que puede mejorar los resultados clínicos del paciente. Aunque actualmente no existen estudios clínicos que nos proporcionen resultados específicos respecto al manejo nutricional de los pacientes hospitalizados con COVID-19, diversos estudios observacionales han demostrado que la implementación de protocolos de soporte nutricional en la UCI puede contribuir a disminuir los días de estancia hospitalaria, la tasa de infección nosocomial, los días de VMI y la mortalidad a 28 días La Nutrición Enteral (NE) temprana es la piedra angular del manejo nutricional en los pacientes críticamente enfermos. Las guías hacen especial énfasis en comenzar con NE temprana (en las primeras 24-36 horas de la admisión en la UCI) o incluso en las 12 horas después de la intubación mediante la colocación de una SNG. Esta recomendación se basa en los resultados de varios metaanálisis de ensayos clínicos, en donde observaron una disminución del riesgo de mortalidad, una reducción de la tasa de infecciones, menos días de estancia hospitalaria y menor riesgo de neumonía mediante la implementación de la NE temprana (37).</p>



CAMPO: B Control de eliminación CLASE: 01 Fisiológico: básico	
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO /IMPUTACIÓN FECAL 0450	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento. Comprobar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda. Vigilar la existencia de peristaltismo. Consultar con el médico acerca de aumento/disminución de la frecuencia del peristaltismo Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo Sugerir el uso de laxantes/ablandadores de heces, según corresponda</p>	<p>El estreñimiento es un problema real en los pacientes ingresados en las UCI del aunque no hay un solo causante, sino que hay una serie de factores que intervienen en ello: alteraciones en la motilidad intestinal secundarias al proceso patológico, aporte de fibra insuficiente y cambios inducidos por diversos fármacos de empleo en el paciente crítico (sedantes, relajante) (38), por ello la importancia de las actividades de enfermería</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

37. González Luis, Martha, Karla Hernández y Aurora Serralde. Manejo nutricional del paciente hospitalizado críticamente enfermo con COVID-19. Una revisión narrativa. *Nutrición Hospitalaria*. 2020; 37 (3): 622-630. Disponible para su consulta en: <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v37n3/0212-1611-nh-37-3-622.pdf>
38. Pérez J. Et al. Evaluación y abordaje del estreñimiento en el paciente crítico. *Enfermería intensiva*. 2017; 28 (4) :160-168. Disponible para su consulta en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-S1130239917300329>.



PLAN DE CUIDADOS

<p>DOMINIO: 11 Seguridad y protección CLASE: 2 Lesión Física</p>	<p>DOMINIO: 02 Salud fisiológica CLASE:L Integridad tisular</p>			
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: Deterioro de la integridad cutánea 00046</p> <p>FACTOR RELACIONADO Presión sobre prominencia ósea</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS - Alteración de la integridad de la piel</p>	<p>RESULTADO ESPERADO: Integridad tisular: piel y membranas mucosas 1101</p> <p>ESCALA LIKERT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido 			
<p>EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO A la exploración el día 15 Julio presenta una UPP grado I en oído izquierdo y una UPP en glúteo izquierdo grado II de 4x6 cm, espesor 1 mm aprox Se brinda interconsulta con clínica de heridas para su manejo quien maneja apósito hidrocoloides para su cicatrización con mejoría disminuyendo extensión de la misma con epitelización en el centro de la herida, por lo cual el día de su egreso 6 agosto se brinda cita a clínica de heridas para su seguimiento.</p>	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	<p>110104 Hidratación 110113 Integridad de la piel</p>	3 3	5 4	5 4



CAMPO: 02 Fisiológico: Complejo CLASE:L Control de la piel/herida
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN 3520

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño (longitud, anchura y profundidad), estadio (I-IV), posición, exudación, granulación o tejido necrótico y epitelización.
Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y el aspecto de la piel circundante.
Mantener la úlcera humedecida para favorecer la curación.
Controlar el estado nutricional.
Limpiar la piel alrededor de la úlcera con jabón suave y agua.
Aplicar un apósito adhesivo permeable a la úlcera, según corresponda. Aplicar pomadas, según corresponda.
Aplicar vendajes, si está indicado.
Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida.
Cambiar de posición cada 1-2 horas para evitar la presión prolongada

RAZONAMIENTO CIENTÍFICO

De acuerdo con la guía de práctica clínica “Prevención, Diagnóstico y Manejo de las ÚLCERAS POR PRESIÓN en el Adulto”:
Las úlceras por presión se consideran una entidad importante por su incidencia y alta prevalencia, así como por las repercusiones asociadas. Las úlceras por presión, son una complicación trágica, pero evitable, de la inmovilidad, afectan la calidad de vida de los pacientes, llegando incluso a ocasionarles la muerte (34).
Por lo cual es importante sus pertinentes cuidados, para evitar complicaciones, avance en extensión de la ulcera ya que puede repercutir en diferentes ámbitos de la persona desde desgaste físico, emocional, económico, familiar además de estancias de hospitalización prolongadas y aumento de costos al sistema de salud.



CAMPO: 02 Fisiológico: Complejo CLASE:L Control de la piel/herida
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: VIGILANCIA DE LA PIEL 3590

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de integridad de la piel (p. ej., escala de Braden). Vigilar el color y la temperatura de la piel.
Observar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad en la piel y las mucosas Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel.
Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
Observar si hay zonas de presión y fricción.
Observar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas. Observar si la ropa queda ajustada.
Documentar los cambios en la piel y las mucosas.
Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (p. ej., colchón antiescaras, horario de cambios posturales)

RAZONAMIENTO CIENTÍFICO

La piel además de proporcionar un recubrimiento para la totalidad de los tejidos blandos, la piel desempeña muchas funciones adicionales que incluyen:
1) protección contra lesiones, invasión bacteriana y desecación.
2) regulación de la temperatura corporal.
3) recepción de sensaciones continuas del ambiente (tacto, temperatura y dolor).
4) excreción de las glándulas sudoríparas y
5) absorción de la radiación UV del sol para la síntesis de vitamina D (39).
La importancia de la vigilancia de la piel tiene como objetivo la prevención de úlceras por presión

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

34. Instituto Mexicano del Seguro Social. Intervenciones de Enfermería para la Seguridad en la Administración de Medicamentos de Alto Riesgo en el Adulto. Disponible para su consulta en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/712GRR.pdf>
39. Facultad de Medicina UNAM. Biología celular y tisular Unidad Temática III notas de Sistema tegumentario y anexos. Disponible para su consulta en: http://www.facmed.unam.mx/deptos/biocetis/Doc/Repaso_III/Teorico/NOTAS_TEGU_2010



PLAN DE CUIDADOS

<p>DOMINIO: <u>11 Seguridad y protección</u> CLASE: <u>6. Termorregulación</u></p>	<p>DOMINIO: <u>05: Salud percibida</u> CLASE: <u>U: Salud y calidad de vida</u></p>			
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: Riesgo de termorregulación ineficaz</p> <p>FACTOR RELACIONADO Fluctuación en la temperatura ambiente</p> <p>Problemas asociados: Enfermedad y sedación</p>	<p>RESULTADO ESPERADO: 2009 ESTADO DE COMODIDAD: ENTORNO</p> <p>ESCALA LIKERT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido 			
<p>EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Durante su estancia hospitalaria se mantuvo la mayor parte del tiempo eutermica</p>	<p>INDICADORES</p>	<p>PUNTUACIÓN DIANA</p>		
	<p>200902 - Temperatura ambiental. 200914 - Adaptaciones ambientales necesarias.</p>	<p>MANTENER EN</p> <p>4 4</p>	<p>AUMENTAR A</p> <p>5 5</p>	<p>LOGRADO</p> <p>5 5</p>



CAMPO: 01: Fisiológico: Básico CLASE: E: Fomento de la comodidad física
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 6482 MANEJO AMBIENTAL: CONFORT

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo de las articulaciones durante el movimiento, férulas para la parte dolorosa del cuerpo).</p> <p>Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados, posición de la sonda, vendajes constrictivos, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes.</p> <p>Evitar exponer la piel o las mucosas a factores irritantes (heces diarreicas o drenaje de heridas). Proporcionar o retirar las mantas para fomentar comodidad en cuanto a la temperatura, si es el caso.</p>	<p>Los cuidados de confort, pertenecen al rol propio de la profesión enfermera, y suponen para el paciente un aumento considerable de su calidad de vida durante su estancia hospitalaria, además que permite prevenir complicaciones mayores, que suelen ser evitables con una atención integral (40).</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

40. Nasser Ossama, Maria Garrido y Pilar Tierra. Cuidados de confort en una unidad de cuidados intensivos. Revista Electrónica de Portales Médicos.com. 2016. Disponible para su consulta en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-confort-unidad-cuidados-intensivos/>



PLAN DE CUIDADOS

PLAN DE CUIDADOS						
DOMINIO: 11 Seguridad y protección CLASE: 1 infección		DOMINIO: 4 Conocimiento y conducta de salud CLASE: T Control del riesgo y seguridad				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: Riesgo de infección 00004 FACTOR RELACIONADO Procedimiento invasivos		RESULTADO ESPERADO: Control del riesgo 1902 ESCALA LIKERT 1. Demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado				
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		INDICADORES		PUNTUACIÓN DIANA		
				MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
		190220 Identifica los factores de riesgo 190207 Sigue las estrategias de control del riesgo seleccionadas		4 4	5 5	5 5
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Durante su estancia hospitalaria se siguió todas las medidas de prevención para prevenir Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS), sin embargo el 17 Julio comenzó con picos febriles por las tardes, por lo cual se indicó policultivar, mismas pruebas que salieron negativas, se retiraron medios invasivos sonda Foley, y catéter venoso central el cual se cultivó la punta dando como resultado positivo a <i>Klebsiella</i> por lo cual inicio tratamiento con antibioterapia con resultados positivos, solo se documentó esta infección relacionados con la atención de salud.						



CAMPO:04 seguridad CLASE: V Control de riesgos
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: CONTROL DE INFECCIONES 6540

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro. Aplicar las precauciones de aislamiento designadas que sean apropiadas. Mantener técnicas de aislamiento apropiadas Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado. Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes. Poner en práctica precauciones universales Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal. Llevar ropas de protección o bata durante la manipulación de material infeccioso. Usar guantes estériles, según corresponda. Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano apropiado. Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías I.V. Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada. Utilizar un sondaje intermitente para reducir la incidencia de infección de la vejiga Fomentar una ingesta nutricional adecuada</p>	<p>La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) como “aquellas infecciones que afectan a un paciente durante el proceso de asistencia en un hospital u otro centro sanitario, que no estaba presente ni incubándose en el momento del ingreso. Incluyen también las infecciones que se contraen en el hospital, pero se manifiestan después del alta, así como las infecciones ocupacionales del personal del centro sanitario” (41)</p> <p>Las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) presentan alto índice en el servicio de Terapia Intensiva por la gravedad del paciente, y el uso de procedimientos invasivos terapéuticos, las IAAS provoca inconveniencia adicional a los pacientes, sufrimiento, invalidez y mortalidad en estos pacientes. También causan prolongación de la hospitalización y un significativo incremento en los costos de la atención (42).</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

41. Organización Mundial de la Salud. Una atención más limpia es una atención más segura. Fecha de consulta: 19 de agosto de 2021. Disponible en: [http:// www.who.int/gpsc/background/es/index.html](http://www.who.int/gpsc/background/es/index.html).

42. Rodríguez Marlenne. Frecuencia de infecciones asociadas a la atención de la salud en los principales sistemas de información de México. Boletín CONAMED-OPS. 2018; 3 (17): 16-20 Disponible para su consulta en: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin17/frecuencia_infecciones.pdf



PLAN DE CUIDADOS

DOMINIO: 11 Seguridad y protección CLASE: 2 lesión física		DOMINIO: 02: Salud fisiológica CLASE: E: Cardiopulmonar			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: Riesgo de aspiración 00039 FACTOR RELACIONADO Problemas asociados <ul style="list-style-type: none"> • Alimentación enteral • Presencia de intubación oral/ 	RESULTADO ESPERADO: ESTADO RESPIRATORIO 0415 ESCALA LIKERT <ol style="list-style-type: none"> 1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal 				
	INDICADORES		PUNTUACIÓN DIANA		
			MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	41532 - Vías aéreas permeables.	3	5	5	
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Durante la estancia, se tomaron las medidas pertinentes para el mantenimiento de la vía aérea, con resultados positivos por lo cual nunca se presente una obstrucción por aspiración.					



CAMPO: 02 Fisiológico: Complejo CLASE: K Control respiratorio
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: PRECAUCIONES PARA EVITAR LA ASPIRACIÓN 3200

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Mantener una vía aérea. Monitorizar las necesidades de cuidados intestinales. Colocación erguida a más de 30° (alimentación por SNG) Mantener el balón del tubo endotraqueal inflado. Mantener el equipo de aspiración disponible Administrar una alimentación continua con SNG en lugar de por gravedad o en bolo, si es apropiado. Usar agentes procinéticos, según corresponda.</p>	<p>La nutrición enteral mediante dispositivos como la sonda nasogástrica (SNG) es un método efectivo de alimentación que puede dar lugar a complicaciones. La neumonía es una importante causa de mortalidad en la población institucionalizada. Su prevalencia es del 14,2% entre los sujetos alimentados mediante SNG . Varios estudios, la mayoría realizados en Unidades de Cuidados Intensivos, han asociado la presencia de SNG o GP con la aspiración broncopulmonar y el desarrollo subsiguiente de neumonía. Los mecanismos etiológicos propuestos incluyen la colonización gástrica inducida por antiácidos y también por la propia nutrición enteral (43). Es por ello que las actividades de enfermería son indispensables para evitar complicaciones.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

43. Marco J. Et al. Complicaciones broncopulmonares asociadas a dispositivos de nutrición enteral en los pacientes ingresados en Servicios de Medicina Interna. Revista Clínica Española. 2013; 213(5): 223-228. Disponible para su consulta en: <https://www.elsevier.es/es-revista-endoscopia-335-pdf-S0014256513000684>



PLAN DE CUIDADOS						
DOMINIO: 11 Seguridad y protección CLASE: 2 lesión física		DOMINIO: 4 Conocimiento y conducta de salud CLASE: T Control del riesgo y seguridad				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: : Riesgo de caídas		RESULTADO ESPERADO: Conducta de prevención de caídas1909				
FACTOR RELACIONADO Entorno Alteración del funcionamiento cognitivo		ESCALA LIKERT 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado				
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		INDICADORES		PUNTUACIÓN DIANA		
				MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Durante su estancia se mantuvo bajo vigilancia debido a que se mantenía en una cama sin barandales por falta de mobiliario en el hospital, sin embargo cuando se tuvo oportunidad se cambia de cama, se colocaron todas las barreras para prevenir caídas, así; como la adaptación de la altura de la cama, se mantuvo en orden su cubículo. No presento caídas durante el tiempo de hospitalización		190903 Coloca barreras para prevenir caídas		4	5	5
		190906 Eliminación del desorden		4	5	5
		190903 Adaptar la altura de la cama		4	5	5



CAMPO: 04 seguridad CLASE: V control del riesgo
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Prevención de caídas 6490

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

Identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.
Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.
Revisar los antecedentes de caídas con el paciente y la familia.
Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas).
Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama, si es necesario.
Colocar la cama mecánica en la posición más baja

RAZONAMIENTO CIENTÍFICO

Las caídas son una importante preocupación por la seguridad de los pacientes hospitalizados, aumentan la duración de la estancia, reducen la calidad de vida y son costosas tanto para los pacientes como para los hospitales. La prevención de caídas requiere un enfoque multidisciplinario para crear un entorno seguro para el paciente y reducir las lesiones relacionadas con las caídas. La preparación de las enfermeras y un programa de prevención de caídas son esenciales para prevenirlas (44).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

44. Chu Ruby. Prevenir las caídas de pacientes hospitalizados: el papel central de la enfermera. Revista Nursing. 2017; 4 (6): 20-25
Disponibile para su consulta en: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-pdf-S0212538217301796>



PLAN DE CUIDADOS						
DOMINIO: <u>04 Actividad/reposo</u> CLASE: <u>Actividad- ejercicio</u>		DOMINIO: <u>01: Salud funcional</u> CLASE: <u>C: Movilidad</u>				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: Riesgo de síndrome de desuso 00040 FACTOR RELACIONADO Problemas asociados: Alteración del nivel de conciencia Inmovilidad prescrita		RESULTADO ESPERADO: 0204 CONSECUENCIAS DE LA INMOVILIDAD: FISIOLÓGICAS ESCALA LIKERT 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido				
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIA		INDICADORES		PUNTUACIÓN DIANA		
				MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
		20411 - Fuerza muscular 20412 - Tono muscular.		2 2	4 4	4 4
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Durante la estancia su fuerza muscular y tono se vio disminuida misma que con la terapia física y rehabilitación aumento considerablemente hasta estar levente comprometida						



CAMPO: 01 fisiológico básico CLASE: C control de inmovilidad
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 0740 CUIDADOS DEL PACIENTE ENCAMADO

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada.
Aplicar medidas profilácticas antiembólicas.
Monitorizar la aparición de complicaciones del reposo en cama (p. ej., hipotonía muscular, dolor de espalda, estreñimiento, aumento del estrés, depresión, confusión, cambios del ciclo de sueño, infecciones del tracto urinario, dificultad en la micción, neumonía).
Realizar ejercicios de rango de movimiento pasivos y/o activos.

RAZONAMIENTO CIENTÍFICO

Los pacientes hospitalizados en entornos críticos requieren la provisión de cuidados de enfermería para satisfacer sus necesidades básicas. Las intervenciones encaminadas a satisfacer las necesidades de higiene son cuidados de enfermería, inherentes al rol profesional y que actualmente se omiten o delegan por considerarlas de poco valor, sin tener en cuenta que constituyen indicadores de resultado en los pacientes y de la calidad de atención en las unidades de cuidado crítico

El cuidado de enfermería para los pacientes críticos implica la realización de intervenciones básicas orientadas a suplir las actividades de la vida diaria, e intervenciones avanzadas que apoyan la recuperación de la salud o el mantenimiento de la condición clínica. Se incluye entre otros elementos brindar un ambiente de comodidad física y mental, favoreciendo aspectos como el descanso, el sueño, la nutrición, la higiene y la dignidad (45).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

45. Carvajal Gloria, y Juan D. Montenegro. Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos. Enfermería Global. 2015; (40): 340-350. Disponible para su consulta en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n40/revision2.pdf>



PLAN DE CUIDADOS

DOMINIO: 11 Seguridad y protección CLASE: 2 lesión física		DOMINIO: 02: Salud fisiológica CLASE: E: Cardiopulmonar		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: Riesgo de tromboembolismo venoso 00268 FACTOR RELACIONADO Ingreso en cuidados críticos CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	RESULTADO ESPERADO: ESTADO CIRCULATORIO 0401			
	ESCALA LIKERT <ol style="list-style-type: none"> 1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal 			
	INDICADORES		PUNTUACIÓN DIANA	
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
40137 - Saturación de oxígeno.		4	4	5
40151 - Relleno capilar.		4	4	5
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Durante la estancia hospitalaria se monitoreo todo el tiempo la saturación de oxígeno y el relleno capilar estando comprometida una desviación leve ya que se siguió protocolo de tromboprolifaxis.				



CAMPO: 02: Fisiológico: Complejo CLASE: N: Control de la perfusión tisular
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: PRECAUCIONES EN EL EMBOLISMO 4110

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Elaborar una historia clínica detallada para determinar el nivel de riesgo del paciente (p. ej., la cirugía reciente, fracturas óseas, tratamiento actual de un cáncer, embarazo, posparto, inmovilidad, parálisis, extremidades edematosas, EPOC, ictus, DACV, antecedentes de TVP o EP o la obesidad conllevan un alto riesgo para el paciente).</p> <p>Iniciar una pauta de trombotoprofilaxis apropiada de inmediato en los pacientes de riesgo, según la política y los protocolos del centro.</p> <p>Administrar dosis bajas de fármacos anticoagulantes y/o antiplaquetarios de forma profiláctica (p. ej., heparina, clopidogrel, warfarina, aspirina, dipiridamol, dextrano) según la política y los protocolos del centro.</p> <p>Realizar cambios posturales del paciente cada 2 horas</p> <p>Mantener las medias o manguitos de compresión elástica graduada para reducir el desarrollo de síndrome postrombótico, que se precipita por la presencia prolongada de coágulos en la extremidad afectada y el flujo venoso inadecuado.</p>	<p>El inicio temprano de la trombotoprofilaxis es ampliamente aceptado a nivel internacional dado el elevado riesgo que presentan los pacientes traumatizados de desarrollar TV. Esto incluye medidas farmacológicas y no farmacológicas que se aplican en función del análisis individual de cada paciente.</p> <p>La prevención de la embolia pulmonar significa evitar la trombotosis venosa profunda; la necesidad depende de los riesgos del paciente, que incluyen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo y duración de la cirugía • Enfermedades comórbidas, incluido el cáncer y los trastornos de hipercoagulabilidad • Presencia de un catéter venoso central <p>Antecedentes de trombotosis venosa profunda o embolia pulmonar</p> <p>Los pacientes postrados en cama y aquellos a los que se les realizan intervenciones quirúrgicas, sobre todo ortopédicas, se benefician, y la mayoría de ellos pueden ser identificados antes de que se forme el trombo. Las medidas preventivas consisten en heparina no fraccionada en dosis bajas, heparina de bajo peso molecular, warfarina, fondaparinux, anticoagulantes orales (p. ej., rivaroxabán, apixabán), dispositivos de compresión y medias de compresión elástica (46).</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

46. Tapson VF. Embolia pulmonar [Internet]. Msdmanuals.com. 2018 [citado el 31 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-pulmonares/embolia-pulmonar-ep/embolia-pulmonar-ep>



PLAN DE CUIDADOS							
DOMINIO: 04 Actividad/reposo CLASE: 04 respuestas cardiovasculares /pulmonares		DOMINIO: 02: Salud fisiológica CLASE: E: Cardiopulmonar					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: Respuesta ventilatoria disfuncional al destete Código diagnóstico 00034 FACTOR RELACIONADO Psicológicos - Ansiedad Temor		RESULTADO ESPERADO: Respuesta del destete de la ventilación mecánica: adulto 0412 ESCALA LIKERT 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno					
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS Leves : fatiga ,inquietud, ligero aumento de la frecuencia respiratoria sobre la basal		INDICADORES		PUNTUACIÓN DIANA			
			MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO		
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Durante este proceso presento por algunos momentos dificultades para respirar por sí mismo mejoro considerablemente hasta solo estar comprometido levemente, la Saturación de oxígeno aumento al final del procedimiento, Secreciones respiratorias fueron disminuyendo hasta que la paciente logro expulsarlas por sí misma, en cuanto a la ansiedad se logró disminuir al término de la extubación.		041223 Dificultades para respirar por sí mismo	2	4	4		
		41211 - Saturación de oxígeno.	4	5	5		
		41224 - Secreciones respiratorias.	3	4	4		
		41225 - Ansiedad.	3	4	4		



CAMPO: 02: Fisiológico: Complejo CLASE: K: Control respiratorio
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 3310 DESTETE DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

Someter a observación para asegurarse de que el paciente no tenga infecciones graves antes del destete. Observar si el estado hidroelectrolítico es el óptimo. Permanecer con el paciente y proporcionar apoyo durante las pruebas iniciales de destete. Determinar la preparación del paciente para el destete (estabilidad hemodinámica, resolución del trastorno que requirió la ventilación, estado actual óptimo para el destete). Controlar los factores predictivos de la capacidad de tolerar el destete según el protocolo del centro (p. ej., grado de cortocircuito, capacidad vital, Vd/Vt, VVM, fuerza inspiratoria, VEMS, presión inspiratoria negativa). Iniciar el destete con períodos de prueba

RAZONAMIENTO CIENTÍFICO

El retiro o destete de la ventilación mecánica puede definirse como el proceso a través del cual ocurre la transferencia gradual al paciente del trabajo respiratorio realizado por el ventilador mecánico, proceso en el que el paciente asume de nuevo la respiración espontánea y consta de dos procesos: el destete del soporte ventilatorio mecánico y el retiro o liberación de la vía aérea artificial. El primero puede evaluarse mediante pruebas para determinar si el paciente puede sostener una ventilación espontánea, el segundo es evaluado una vez que el paciente pasa la prueba de ventilación espontánea, verificando la capacidad del mismo para mantener los mecanismos de protección de la vía aérea –como toser y eliminación de secreciones–, si el paciente está con un sensorio adecuado y con los reflejos de la vía aérea intactos, sin gran cantidad de secreciones bronquiales, entonces podrá extraerse la vía aérea artificial de la tráquea (47)



CAMPO: <u>02: Fisiológico: Complejo</u> CLASE: <u>K: Control respiratorio</u> INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: <u>Desintubación endotraqueal 3270</u>	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Colocar al paciente de forma que se aproveche al máximo el uso de los músculos de la ventilación, normalmente con el cabecero de la cama elevado 75°</p> <p>Instruir al paciente acerca del procedimiento.</p> <p>Hiperoxigenar al paciente y aspirar la vía aérea endotraqueal.</p> <p>Aspirar la vía aérea bucal.</p> <p>Desinflar el balón de sujeción endotraqueal y retirar el tubo endotraqueal.</p> <p>Animar al paciente a que tosa y expectore.</p> <p>Administrar oxígeno, según prescripción.</p> <p>Estimular la tos y respiración profunda.</p> <p>Aspirar la vía aérea, si es preciso.</p> <p>Observar si hay dificultad respiratoria.</p> <p>Observar si hay signos de oclusión de la vía respiratoria.</p> <p>Vigilar los signos vitales.</p> <p>Favorecer el descanso de la voz durante 4-8 horas, según corresponda. Comprobar la capacidad de deglución y conversación</p>	<p>El proceso de destete se inicia con la resolución o estabilización de la condición fisiopatológica que provocó la intubación y conexión a VMI del sujeto. Al igual que otras enfermedades, en el destete de pacientes con COVID-19, se debe considerar el estadio de la enfermedad y los criterios clínicos para el inicio de este proceso.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mejoría en la condición que causó la insuficiencia respiratoria o necesidad de intubación. -Estabilidad hemodinámica en ausencia o mínima asistencia de drogas vasoactivas. -Presión parcial de oxígeno arterial (PaO₂) superior a 60 mmHg, con fracción de oxígeno inspirado (FiO₂) inferior a 0.4 y presión positiva espiratoria final (PEEP) menor o igual 10 cmH₂O. Es decir, relación PaO₂/FiO₂ > 150 mmHg. -Volumen corriente (Vt) mayor a 5 ml / Kg peso ideal o ventilación espontánea que no genere esfuerzos inspiratorios deletéreos en el paciente (contracción activa de los músculos espiratorios, movimiento asincrónico de la caja torácica y el abdomen o la contracción activa del esternocleidomastoideo.) -Volumen minuto menor a 15 L/min. -Nivel neurológico adecuado que le permita estar vigilar y proteger vía aérea. -Asimilable a SAS 3 o 4, RASS 0 o -1, Escala de Coma de Glasgow (ECG), mayor a 9, considerando que la presencia de TET podría alterar el ítem de respuesta verbal. -Capacidad del paciente para iniciar un esfuerzo inspiratorio que le permita sostener una ventilación en modalidad espontánea. -Balance hídrico neutro o en vías de corrección. -Estabilidad metabólica con parámetros de microcirculación, electrolitos y equilibrio ácido-base normal, o en vías de normalización (48).
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
<p>47. Hernández David. Et al. Retiro de la ventilación mecánica. Med Crit 2017; 31(4):238-245. Disponible para su consulta en: https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2017/ti174j.pdf</p> <p>48. Mcconville J, Kress J. Destetar a los pacientes del ventilador. N Engl J Med. 2012; 367 (23): 2233-2239. Disponible para su consulta en https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1203367</p>	



PLAN DE CUIDADOS

<p>DOMINIO: 09 afrontamiento/ tolerancia al estrés CLASE: 02 Respuesta de afrontamiento</p>	<p>DOMINIO: 03: Salud psicosocial CLASE: M: Bienestar psicológico</p>			
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: Temor 00148 FACTOR RELACIONADO - Separación del sistema de apoyo (ventilador mecánico) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS Aumento de la tensión Palidez Temor</p>	<p>RESULTADO ESPERADO: Nivel de miedo 1210</p> <p>ESCALA LIKERT 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno</p>			
<p>EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Después del proceso de extubación disminuyo la frecuencia del pulso, la frecuencia respiratoria, la tensión facial desapareció junto con la sensación de terror.</p>	<p>INDICADORES</p>	<p>PUNTUACIÓN DIANA</p>		
		<p>MANTENER EN</p>	<p>AUMENTAR A</p>	<p>LOGRADO</p>
	<p>121017 Aumento de la frecuencia del pulso radial</p>	<p>3 3</p>	<p>4 4</p>	<p>4 4</p>
	<p>121018 Aumento de la frecuencia respiratoria</p>	<p>3 3</p>	<p>5 5</p>	<p>5 5</p>
	<p>121023 Tensión facial</p>			
	<p>121035 Terror</p>			



CAMPO 03: Conductual CLASE: R: Ayuda para el afrontamiento

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: APOYO EMOCIONAL5270

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo Facilitar la identificación por parte del paciente del patrón habitual de afrontamiento de los temores. Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad.</p>	<p>Son diversos los beneficios de saber escuchar. Entre los principales que destacan los especialistas se encuentran los siguientes: Eleva la autoestima del que habla, pues le permite sentir que lo que dice es importante para el que lo escucha y, con esto, la comunicación y la interrelación se hacen más fluidas, respetuosas y agradables. Le permite al que escucha identificar intereses y sentimientos del que habla y, de esta forma, puede ser más efectivo en la comunicación con su interlocutor. Se reducen las potencialidades de conflictos por malas interpretaciones en las comunicaciones. Se aprende de los conocimientos y percepciones del otro. Amplia el marco de referencia, cultura e intereses del que escucha (49).</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

49. Codina Jiménez, Alexis, Saber escuchar. Un intangible valioso. Capital intangible [Internet]. 2004; (3):. Disponible para su consulta en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54900303>



PLAN DE CUIDADOS					
DOMINIO: 2 Nutrición CLASE: 1 ingestión		DOMINIO: 02: Salud fisiológica CLASE: K: Digestión y Nutrición			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: Deterioro de la deglución 00103 FACTOR RELACIONADO Problemas asociados: <ul style="list-style-type: none"> • Problemas respiratorios • Traumatismo 		RESULTADO ESPERADO: Estado de deglución 1010 ESCALA LIKERT <ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido 			
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS Dificultad en la deglución Odinofagia		INDICADORES		PUNTUACIÓN DIANA	
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO	
		101001 Mantiene la comida en la boca	2	4	5
		101002 Controla las secreciones orales	2	4	5
		101004 Capacidad de masticación	1	4	5
		101010 Momento del reflejo de deglución	1	4	5
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Durante el proceso de recuperación y con la aplicación de nuestras intervenciones logro mantener la comida en la boca durante la segunda semana que comenzó con los ejercicios, controlo las secreciones orales, optimizo su capacidad de masticación y su reflejo de deglución, a partir de 4 de agosto se alcanzó pasar en escala liker a no comprometido					



CAMPO: 01: Fisiológico: Básico CLASE D: Apoyo nutricional	
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: ALIMENTACIÓN ENTERAL POR SONDA 1056	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Explicar el procedimiento al paciente. Insertar una sonda nasogástrica, nasoduodenal o nasoyeyunal de acuerdo con el protocolo del centro.</p> <p>Observar si la colocación de la sonda es correcta inspeccionando la cavidad bucal, comprobando si hay residuos gástricos o escuchando durante la inyección y extracción del aire, según el protocolo del centro.</p> <p>Marcar el tubo en el punto de salida para mantener la colocación correcta.</p> <p>Confirmar la colocación de la sonda mediante rayos X antes de administrar alimentos o medicaciones a través de ella, según protocolo del centro.</p> <p>Elevar el cabecero de la cama de 30 a 45 ° durante la alimentación.</p> <p>Irrigar la sonda cada 4-6 horas durante la alimentación continuada y después de cada alimentación intermitente.</p> <p>Utilizar una técnica higiénica en la administración de este tipo de alimentación.</p> <p>Comprobar la frecuencia de goteo por gravedad o la frecuencia de bombeo cada hora.</p> <p>Controlar la ingesta/excreción de líquidos.</p> <p>Comprobar si la ingesta de calorías, grasas, hidratos de carbono, vitaminas y minerales es adecuada (o remitir al dietista) dos veces por semana, disminuyendo hasta una vez al mes.</p> <p>Observar si hay cambios del estado de ánimo.</p>	<p>La nutrición enteral provee nutrimentos en el tubo digestivo a través de la vía oral o por sonda y está indicada en pacientes con tracto gastrointestinal íntegro que requieren el apoyo debido a las alteraciones de deglución, limitación de ingesta o requerimiento de infusiones continuas por indicación terapéutica.</p> <p>La nutrición enteral es una intervención terapéutica con beneficios para el paciente; sin embargo, se pueden presentar reacciones adversas a la mezcla de nutrición enteral, sondas de alimentación, dispositivos para la infusión, tipo de infusión (continua o en bolo) o interacciones fármaco-nutriente (50).</p>



CAMPO: 01: Fisiológico: Básico CLASE: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: TERAPIA DE DEGLUCIÓN 1860	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Colaborar con los miembros del equipo de cuidados (terapeuta ocupacional, logopeda y dietista) para dar continuidad al plan de rehabilitación del paciente.</p> <p>Determinar la capacidad del paciente para centrar su atención en el aprendizaje/realización de las tareas de ingesta y deglución.</p> <p>Retirar los factores de distracción del ambiente antes de trabajar con el paciente en la deglución.</p> <p>Ayudar al paciente a sentarse en una posición erguida (lo más cerca posible de los 90°) para la alimentación/ejercicio.</p> <p>Ayudar al paciente a colocar la cabeza flexionada hacia delante, en preparación para la deglución ("barbilla metida").</p> <p>Ayudar a mantener una posición sentada durante 30 minutos después de terminar de comer.</p> <p>Enseñar al paciente que abra y cierre la boca en preparación para la manipulación de la comida.</p> <p>Enseñar al paciente a no hablar mientras come, según corresponda.</p> <p>Guiar al paciente en la fonación de "ah" para favorecer la elevación del paladar blando, si corresponde.</p> <p>Observar si hay signos y síntomas de aspiración.</p> <p>Vigilar los movimientos de la lengua del paciente mientras come.</p> <p>Observar el sellado de los labios al comer, beber y deglutir.</p> <p>Controlar si hay signos de fatiga al comer, beber y deglutir.</p> <p>Proporcionar un período de descanso antes de comer/hacer ejercicio para evitar una fatiga excesiva.</p> <p>Observar si hay signos y síntomas de aspiración.</p> <p>Vigilar los movimientos de la lengua del paciente mientras come.</p> <p>Observar el sellado de los labios al comer, beber y deglutir.</p> <p>Controlar si hay signos de fatiga al comer, beber y deglutir.</p>	<p>Se define a la deglución como la actividad de transportar sustancias (sólidas, semisólidas, líquidas) y saliva desde la boca hasta el estómago. Este mecanismo se logra gracias a fuerzas, movimientos y presiones dentro del complejo orofaringolaríngeo. Esta compleja actividad dinámica neuromuscular depende de un grupo de conductas fisiológicas controladas por la actividad del sistema nervioso central y periférico, lo cual desencadena el reflejo disparador deglutorio. Cuando este proceso de la deglución falla, el cuadro se denomina disfagia. La disfagia es una sensación subjetiva de dificultad para que el alimento pase de la boca al estómago. La disfagia puede ser orofaríngea, que es la alteración comprendida por las estructuras oral, faríngea, laríngea y del esfínter esofágico superior, y supone casi el 80% de las disfagias diagnosticadas; o de origen esofágico, relacionada con alteraciones en el esófago superior, el cuerpo esofágico, el esfínter inferior y el cardias, generalmente producida por causas mecánicas, y supone el restante 20% de las disfagias que se diagnostican. La estancia en la UCI también puede generar lesiones propias secundarias a la causa de ingreso (traumatismo cervical, traumatismo facial, etc.), por el tubo orotraqueal, endoscopias, aspiraciones traqueales, sondas y demás procedimientos que facilitarían la posibilidad de trastornos deglutorios. Otro tipo de lesiones son las neurológicas, a causa de alteraciones de las estructuras neurales que controlan los mecanismos de la deglución no se produce la acción coordinada que permitiría una deglución eficaz (51).</p>



CAMPO: 02: Fisiológico: Complejo CLASE: K: Control respiratorio
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: PRECAUCIONES PARA EVITAR LA ASPIRACIÓN 3200

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Vigilar el nivel de consciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria. Evaluar la presencia de disfagia, según corresponda. Mantener una vía aérea. Minimizar el uso de narcóticos y sedantes.</p>	<p>La aspiración se produce por la entrada de cualquiera de estas sustancias a la vía aérea, debido a la encrucijada anatómica de la vía aerodigestiva superior, y es un factor determinante de la gravedad de la disfagia.</p> <p>La deglución requiere una serie de contracciones musculares interdependientes cuyo objetivo es el transporte del bolo alimenticio desde la cavidad bucal hasta el estómago. En este proceso la vía aérea superior juega un papel primordial permitiendo el flujo de aire hacia los pulmones e impidiendo el paso de material líquido y sólido a las vías aéreas inferiores. La alteración del proceso de la deglución da lugar a la presencia de aspiración, que envuelve un espectro variado de situaciones clínicas caracterizadas por la inhalación de contenido orofaríngeo o gástrico en el interior de la laringe y del árbol bronquial (52).</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA:

50. Instituto Mexicano del Seguro Social. Nutrición enteral: Fórmulas, métodos de infusión e interacción fármaco-nutriente. 2018. Disponible para su consulta en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/563GER.pdf>
51. Lugaro Martín y Alejandro Risso. Trastornos deglutorios luego de la extubación en Terapia Intensiva. Revista Argentina de Terapia Intensiva. 2018; 35 (3): 43-4. Disponible para su Consulta en: <https://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/view/581>
52. Sancho J., P. Vergara y L. González. Trastornos de la deglución y neumonía por aspiración en las enfermedades neuromusculares. Rev Iberoam Fisioter Kinesiol. 2004; 7(1):2-12. Disponible para su consulta en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-iberoamericana-fisioterapia-kinesiologia-176-pdf-13063599>



PLAN DE CUIDADOS

DOMINIO:4 Actividad y reposo CLASE: 2 Actividad/ ejercicio	DOMINIO: 2 Salud fisiológica CLASE: E-Cardiopulmonar			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: Intolerancia a la actividad 00092 FACTOR RELACIONADO <ul style="list-style-type: none"> • Desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno • Pérdida de la condición física • Inmovilidad • Problemas respiratorios CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS Disnea de esfuerzo - Fatiga - Frecuencia cardíaca anormal en respuesta a la actividad	RESULTADO ESPERADO: Estado respiratorio: Intercambio gaseoso 0402 ESCALA LIKERT 1. Desviación grave del rango normal. 2. Desviación Sustancial del rango normal. 3. Desviación moderada del rango norma. 4. Desviación leve del rango normal. 5. Sin desviación del rango normal			
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Después de la desintubacion la paciente presento disnea al esfuerzo y disminución de la saturación de oxígeno a la actividad, se empleó el uso de tienda facial durante la primera semana, mascarilla simple durante la segunda semana y puntas nasales en la última progresando hasta 0.5 litros por minuto semana de su estancia egresando del hospital el 6 de agosto con saturaciones por arriba de 92% y desviación leve de disnea al esfuerzo.	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	501 - Saturación de oxígeno en respuesta a la actividad.	3	4	5
	040204 Disnea de esfuerzo	3	4	4



CAMPO: 02: Fisiológico: Complejo CLASE: K: Control respiratorio
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: OXIGENOTERAPIA 3320

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado.
Administrar oxígeno suplementario según órdenes.
Vigilar el flujo de litros de oxígeno.
Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno.
Instruir al paciente acerca de la importancia de dejar el dispositivo de aporte de oxígeno encendido.
Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita.
Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría arterial), según corresponda.
Asegurar la recolocación de la máscara/cánula de oxígeno cada vez que se retire el dispositivo.
Comprobar la capacidad del paciente para tolerar la suspensión de la administración de oxígeno mientras come.
Cambiar el dispositivo de aporte de oxígeno de la máscara a cánulas nasales durante las comidas, según tolerancia.

RAZONAMIENTO CIENTÍFICO

El objetivo de la oxigenoterapia es, por tanto, satisfacer las necesidades de oxígeno que tienen los tejidos. Este tratamiento se basa en aumentar la fracción inspirada de oxígeno (FiO₂) y, con ello, el contenido arterial de oxígeno (pO₂, SaO₂) para, de esta forma, mejorar el transporte de gas y evitar la hipoxia tisular. En este sentido, es muy importante que, cuando se administre oxígeno, se haga con el flujo (cantidad de gas administrado) y el dispositivo adecuado. Así, el criterio más utilizado para clasificar los sistemas de administración de oxígeno es la cantidad de flujo que llega al paciente, es decir, es alto o bajo.
Cuando es de bajo flujo se caracteriza porque no se puede conocer la verdadera concentración oxígeno del aire inspirado por el paciente, ya que esta depende del flujo del oxígeno que se suministra, del volumen corriente y de la frecuencia respiratoria del individuo. En este caso, los sistemas que habitualmente se utilizan son las gafas nasales y las máscaras con reservorio (53).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

53. Formación Alcalá. Oxigenoterapia: Definición, tipos de vías y recomendaciones [Internet]. Disponible para su consulta en: <https://www.formacionalcala.es/articulos/24/oxigenoterapia-definicion-tipos-de-vias-y-recomendaciones>



PLAN DE CUIDADOS

<p>DOMINIO: 4 actividad y reposo CLASE: 2 Actividad/ ejercicio</p>	<p>DOMINIO: <u>01: Salud funcional</u> CLASE: <u>C: Movilidad</u></p>			
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: Deterioro de la movilidad física Código diagnóstico 00085 FACTOR RELACIONADO - Pérdida de la condición física - Falta de uso CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS Enlentecimiento del movimiento - Inestabilidad postural - Movimientos descoordinados - - Temblor inducido por el movimiento</p>	<p>RESULTADO ESPERADO: MOVILIDAD 0208</p> <p>ESCALA LIKERT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido 			
<p>EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Durante la fase de rehabilitación y las intervenciones adecuadas que se le brindaron la paciente mejoro en realizar movimientos coordinados musculares y articulares, logro deambular con supervisión y apoyo.</p>	<p style="text-align: center;">INDICADORES</p>	<p style="text-align: center;">PUNTUACIÓN DIANA</p>		
		<p style="text-align: center;">MANTENER EN</p>	<p style="text-align: center;">AUMENTAR A</p>	<p style="text-align: center;">LOGRADO</p>
	<p>20803 - Movimiento muscular. 20804 - Movimiento articular. 20806 - Ambulación.</p>	<p>3 3 3</p>	<p>5 5 5</p>	<p>5 5 5</p>



CAMPO: 01: Fisiológico: Básico CLASE: A: Control de actividad y ejercicio INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: TERAPIA DE EJERCICIOS: CONTROL MUSCULAR 0226	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Determinar la disposición del paciente para comprometerse a realizar un protocolo de actividades o ejercicios. Colaborar con fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y recreacionales en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios, según corresponda. Consultar con el fisioterapeuta para determinar la posición óptima del paciente durante el ejercicio y el número de veces que debe realizar cada patrón de movimiento. Evaluar las funciones sensoriales (visión, audición y propiocepción). Explicar el fundamento del tipo de ejercicio y el protocolo al paciente/familia. Establecer una secuencia de actividades diarias de cuidados para potenciar los efectos de la terapia específica de ejercicios. Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio/actividad. Vestir al paciente con prendas cómodas. Observar los ejercicios realizados por el paciente para su correcta ejecución. Evaluar el progreso del paciente en la mejora/restablecimiento del movimiento y la función corporal.</p>	<p>La evaluación de la actividad y ejercicio del paciente se debe abordar de manera sistemática e incluye la obtención de la anamnesis de enfermería y una exploración física centrada en la actividad y el ejercicio resalta la alineación corporal, la marcha, el aspecto y el movimiento de las articulaciones, la capacidad y las limitaciones del movimiento, la masa muscular y la fuerza, la tolerancia a la actividad y los problemas relacionados con la inmovilidad. El profesional de enfermería necesita obtener datos que puedan indicar obstáculos o restricciones para el movimiento del paciente y la necesidad de ayuda, como los siguientes: Cómo puede influir la enfermedad del paciente en su capacidad de moverse y si el estado de salud contraindica la realización de cualquier ejercicio, postura o movimiento. Estorbos para el movimiento, como una vía intravenosa (IV) o un yeso pesado. Estado de alerta mental y capacidad para seguir las instrucciones. Comprobar si el paciente está recibiendo medicamentos que obstruyan su capacidad de caminar con seguridad. Los narcóticos, sedantes, tranquilizantes y algunos antihistamínicos que provocan somnolencia, mareos, debilidad e hipotensión ortostática. Equilibrio y coordinación. Presencia de hipotensión ortostática antes de los cambios. Específicamente, evaluar el incremento del pulso, una caída importante de la presión arterial, mareos, obnubilación y oscurecimiento de la visión (54).</p>



CAMPO: 01: Fisiológico: Básico CLASE: A: Control de actividad y ejercicio
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: TERAPIA DE EJERCICIOS: AMBULACION 0221

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Ayudar al paciente a sentarse en un lado de la cama para facilitar los ajustes posturales.</p> <p>Consultar con el fisioterapeuta acerca del plan de deambulación, si es preciso.</p> <p>Instruir acerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda, si corresponde.</p> <p>Enseñar al paciente a colocarse en la posición correcta durante el proceso de traslado.</p> <p>Ayudar al paciente a ponerse de pie y a deambular distancias determinadas y con un número concreto de personal.</p> <p>Ayudar al paciente a establecer aumentos de distancia realistas para la deambulación.</p>	<p>El profesional de enfermería también evalúa la cantidad de ayuda que el paciente requiere para:</p> <p>Moverse en la cama. En particular, observar la cantidad de ayuda que requiere el paciente para darse la vuelta:</p> <ul style="list-style-type: none">a. De una posición en decúbito supino a una en decúbito lateralb. Desde una en decúbito lateral en un lado a otra en decúbito lateral en el otroc. Desde una posición en decúbito supino a sentado en la cama <p>Levantarse de una posición en decúbito a una posición en sedestación en el borde de la cama. Las personas sanas pueden levantarse con normalidad sin apoyarse en los brazos.</p> <p>Levantarse de la silla a una posición de pie. Normalmente puede hacerse sin empujar con los brazos.</p> <p>Coordinación y equilibrio. Determinar la capacidad del paciente para mantener el cuerpo erguido, cargar el peso y mantener el equilibrio en una posición en bipedestación en ambas piernas o solo en una, dar unos pasos y levantarse de una silla o de la cama (54).</p>



CAMPO: 01: Fisiológico: Básico CLASE: A: Control de actividad y ejercicio INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: TERAPIA DE EJERCICIOS: MOVILIDAD ARTICULAR 0224	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Determinar las limitaciones del movimiento articular y su efecto sobre la función. Colaborar con fisioterapia en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios. Determinar el nivel de motivación del paciente para mantener o restablecer el movimiento articular. Explicar al paciente/familia el objeto y el plan de ejercicios articulares. Determinar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/actividad. Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio de las articulaciones Comentar que el paciente se siente en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia. Determinar el progreso hacia la meta fijada. Dar un apoyo positivo al realizar los ejercicios articulares</p>	<p>La exploración física de las articulaciones consiste en la inspección, palpación, evaluación de la amplitud de movimiento activa y, si la movilidad activa no es posible, la evaluación de la amplitud de movimiento pasiva. El profesional de enfermería debe evaluar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Cualquier hinchazón o enrojecimiento articular, que pudieran indicar la presencia de una lesión o una inflamación. ■ Cualquier deformidad, como el aumento de tamaño de un hueso o una contractura y la simetría de la afectación. ■ El desarrollo muscular asociado a cada articulación y el tamaño relativo y simetría de los músculos a cada lado del cuerpo. ■ Cualquier dolorimiento descrito o palpable. ■ Crepitación (crepitantes palpables o audibles o sensación de crispación producida por el movimiento articular y apreciado con frecuencia en articulaciones que hayan sufrido un traumatismo repetido). ■ Aumento de la temperatura sobre la articulación. Palpar la articulación usando el dorso de los dedos y comparar su temperatura con la de la articulación simétrica. ■ Grado de movimiento articular. <p>La evaluación de la amplitud de movimiento no debe ser excesivamente fatigante y los movimientos articulares deben realizarse suavemente, despacio y con ritmo. No se debe forzar ninguna articulación, ya que un movimiento brusco y convulsivo que la obligue puede causar daños en ella y en los músculos y ligamentos circundantes (54).</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

54. Berman A. y Snyder S. Kozier y Erb Fundamentos de Enfermería. 9ª ed. Vol. II. Madrid: Pearson; 2013. 999-1620 p.



PLAN DE CUIDADOS

<p>DOMINIO: 4 actividad y reposo CLASE: 5 Autocuidado</p>	<p>DOMINIO: <u>01: Salud funcional</u> CLASE: <u>D: Autocuidado</u></p>																										
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: Déficit del autocuidado en la alimentación 00102 FACTOR RELACIONADO Deterioro musculoesquelético CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS - Deterioro de la habilidad para coger los alimentos con los utensilios, para comer por sí solo de manera aceptable - Deterioro de la habilidad para llevarse la comida a la boca</p>	<p>RESULTADO ESPERADO: AUTOCUIDADOS: COMER 0303 ESCALA LIKERT 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido</p>																										
<p>EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Durante su proceso de rehabilitación logro manejar utensilios, llevar comida a la boca con utensilios, beber de un vaso y colocar la comida en la boca</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">INDICADORES</th> <th colspan="3">PUNTUACIÓN DIANA</th> </tr> <tr> <th>MANTENER EN</th> <th>AUMENTAR A</th> <th>LOGRADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>30303 - Maneja utensilios.</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>30308 - Se lleva comida a la boca con utensilios.</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>30309 - Bebe de una taza o vaso.</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>30310 - Coloca la comida en la boca.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA			MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO	30303 - Maneja utensilios.	2	4	5	30308 - Se lleva comida a la boca con utensilios.	2	4	5	30309 - Bebe de una taza o vaso.	2	4	5	30310 - Coloca la comida en la boca.						
INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA																										
	MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO																								
30303 - Maneja utensilios.	2	4	5																								
30308 - Se lleva comida a la boca con utensilios.	2	4	5																								
30309 - Bebe de una taza o vaso.	2	4	5																								
30310 - Coloca la comida en la boca.																											



CAMPO: 01: Fisiológico: Básico CLASE: D: Apoyo nutricional	
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: AYUDA CON EL AUTOCUIDADO: ALIMENTACIÓN 1803	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Colocar al paciente en una posición cómoda. Proteger con un babero, según corresponda. Asegurar la posición adecuada del paciente para facilitar la masticación y la deglución. Proporcionar ayuda física, si es necesario. Controlar el estado de hidratación del paciente, según corresponda. Proporcionar interacción social, según corresponda.</p>	<p>La alimentación es una necesidad básica de todos los seres humanos, imprescindible para la supervivencia y que, entre otros factores, influye en el estado de salud ya que una correcta alimentación previene enfermedades y mejora la evolución clínica de las mismas. La alimentación equilibrada, junto con una correcta hidratación y el ejercicio físico, son considerados pilares fundamentales para mantener la salud (55).</p> <p>La alimentación es un cuidado básico del que la enfermera es responsable en su ámbito de actuación, por ello la necesidad de satisfacer esta necesidad.</p>



CAMPO: 01: Fisiológico: Básico CLASE: F: Facilitación del autocuidado
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: MANTENIMIENTO DE LA SALUD BUCAL 1710

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Establecer una rutina de cuidados bucales. Aplicar lubricantes para humedecer los labios y la mucosa oral, si es necesario. Observar el color, el brillo y la presencia de restos alimenticios en los dientes. Identificar el riesgo de desarrollo de estomatitis secundaria a la terapia con fármacos. Animar y ayudar al paciente a lavarse la boca.</p>	<p>De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades bucales de mayor prevalencia son la caries dental y la enfermedad periodontal las cuales afectan a más de 90% de la población mexicana.</p> <p>La mayoría de las enfermedades bucales pueden ser controladas si se le informa y orienta a la población sobre la importancia de prevenirlas y de realizar un diagnóstico temprano. Las acciones más importantes en la prevención de las enfermedades bucales es la higiene bucal, la alimentación correcta y la eliminación de hábitos nocivos.</p> <p>Los dientes en su conjunto tienen funciones múltiples como participar en la masticación, fonética, expresión facial e implicación en la estética, por lo que en su ausencia puede verse afectada la nutrición y autoestima (56).</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

55. Moreno Carmen y Lora Pila. Intervenciones enfermeras aplicadas a la nutrición. Nutr. clín. diet. hosp. 2017; 37(4):189-193 Disponible para su Consulta en: <https://revista.nutricion.org/PDF/MORENOH.pdf>

56. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. Introducción. Contenidos Educativos en salud bucal. México, Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. 2009. Disponible para su consulta en: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/manual_contenidos_educativos.pdf



PLAN DE CUIDADOS

<p>DOMINIO: <u>4 actividad y reposo</u> CLASE: <u>1 sueño/reposo</u></p>	<p>DOMINIO: 01: Salud funcional CLASE: A: Mantenimiento de la energía</p>			
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: Trastorno del patrón del sueño 00198</p> <p>FACTOR RELACIONADO Barreras en el entorno</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS - Dificultad para conciliar el sueño - Dificultad para mantener el estado del sueño</p>	<p>RESULTADO ESPERADO: SUEÑO 0004</p> <p>ESCALA LIKERT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido 			
<p>EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Durante su estancia logro disminuir la dificultad para conciliar el sueño y reducir episodios sueño interrumpido, mediante la utilización de antifaz para dormir y almohadas cómodas y la eliminación de luz en su cubículo, se llevó en escala a levemente comprometido debido a las barreras del entorno</p>	<p>INDICADORES</p>	<p>PUNTUACIÓN DIANA</p>		
		<p>MANTENER EN</p>	<p>AUMENTAR A</p>	<p>LOGRADO</p>
	<p>421 - Dificultad para conciliar el sueño. 406 - Sueño interrumpido</p>	<p>3 3</p>	<p>4 4</p>	<p>4 4</p>



CAMPO: 01: Fisiológico: Básico CLASE: F: Facilitación del autocuidado
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: MEJORAR EL SUEÑO 1850

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.</p> <p>Controlar la ingesta de alimentación y bebidas a la hora de irse a la cama para determinar los productos que faciliten o entorpezcan el sueño.</p> <p>Ayudar al paciente a evitar los alimentos y bebidas que interfieran el sueño a la hora de irse a la cama.</p> <p>Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño.</p>	<p>El sueño es un proceso fisiológico esencial y que está relacionado directamente con la calidad de vida y sensación de bienestar de las personas. Un tercio de nuestra vida está dedicada al sueño y pese a que su función primaria sigue sin ser completamente comprendida, es conocido que un adulto requiere un mínimo de siete horas de sueño continuo para mantener una homeostasis fisiológica y un comportamiento normal.</p> <p>Los trastornos del sueño en el paciente adulto hospitalizado han suscitado un creciente interés, ya que pueden aumentar el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y psiquiátricas, aumentan los costos en atención de salud y disminuyen el rendimiento cognitivo.</p> <p>La fragmentación y pérdida del sueño en un paciente con una enfermedad infecciosa, altera el efecto de las endotoxinas virales y bacterianas, produce un incremento en los niveles de cortisol y melatonina durante la tarde y de la hormona de crecimiento, lo que a su vez produce cambios en la concentración de interleukina. Las células natural killer están disminuidas en respuesta al estrés agudo en caso de pérdida de sueño, por lo que un sueño adecuado parece ser esencial entre los factores que propicien una mejor y rápida recuperación de la condición que motivó el ingreso hospitalario (57).</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

57. Aguilera Ledda, Mario Díaz y Haroldo Sánchez. Trastornos del sueño en el paciente adulto hospitalizado. Rev Hosp Clín Univ Chile 2012; 23: 13 – 20 Disponible para su consulta en:
http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/124266/trastorno_sueno_hospitalizado.pdf?Sequence=1&isallowed=y#:~:text=Los%20pacientes%20hospitalizados%20est%C3%A1n%20expuestos,excesiva%20y%20alteraciones%20del%20C3%A1nimo.



PLAN DE CUIDADOS

<p>DOMINIO: 11 Seguridad y protección CLASE: 6. Termorregulación</p>	<p>DOMINIO: CLASE:</p>			
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: Hipertermia 00007</p> <p>FACTOR RELACIONADO - Enfermedad</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS Piel caliente al tacto - Taquicardia - Taquipnea</p>	<p>RESULTADO ESPERADO: TERMORREGULACIÓN 0800</p> <p>ESCALA LIKERT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido 			
	<p>INDICADORES</p>	<p>PUNTUACIÓN DIANA</p>		
		<p>MANTENER EN</p>	<p>AUMENTAR A</p>	<p>LOGRADO</p>
<p>EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO</p> <p>Se logró llevar a un estado eutermico y disminución considerable de la frecuencia cardiaca</p>	<p>80019 - Hipertermia. 80017 - Frecuencia cardíaca</p>	<p>3 3</p>	<p>5 4</p>	<p>5 5</p>



CAMPO: 02: Fisiológico: Complejo CLASE: M: Termorregulación
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: TRATAMIENTO DE LA FIEBRE 3740

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Controlar la temperatura y otros signos vitales. Observar el color y la temperatura de la piel. Controlar las entradas y salidas, prestando atención a los cambios de las pérdidas insensibles de líquidos. Administrar medicamentos o líquidos i.v. (p. ej. antipiréticos, antibióticos y agentes antiescalofríos). Cubrir al paciente con una manta o con ropa ligera, dependiendo de la fase de la fiebre (es decir, ofrecer una manta cálida para la fase de escalofríos y ropa de cama ligera para las fases de fiebre y de defervescencia). Fomentar el consumo de líquidos. Facilitar el reposo, aplicando restricciones de actividad, si es preciso. Administrar oxígeno, según corresponda.</p>	<p>La temperatura corporal depende del equilibrio entre la producción de calor y la pérdida de éste. La temperatura se regula a partir de un proceso complejo, que incluye 3 mecanismos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Termorreceptores, localizados en la piel y en el núcleo preóptico del hipotálamo.• Efectos termorreguladores, basados en la sudación y la vasodilatación periférica.• Área de control localizada en el cerebro. <p>El aumento de la temperatura corporal hace que entren en acción diferentes mecanismos compensadores. Por un lado, aparecen mecanismos, como la sudación, la vasodilatación y la hiperventilación, generan una sobrecarga circulatoria con el consiguiente descenso de las resistencias periféricas, aumento de la frecuencia y del gasto cardíaco (58).</p>



CAMPO: 02: Fisiológico: Complejo CLASE: H: Control de fármacos
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN 2300

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Mantener y utilizar un ambiente que maximice la seguridad y la eficacia de la administración de medicamentos. Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación. Verificar la receta o la orden de medicación antes de administrar el fármaco. Prescribir o recomendar los medicamentos, según el caso, de acuerdo con la autoridad prescriptora. Observar si existen posibles alergias, interacciones y contraindicaciones de los medicamentos, incluidos los que se venden sin receta y las sustancias de fitoterapia. Tomar nota de las alergias del paciente antes de la administración de cada fármaco y suspender los medicamentos, si es adecuado. Vigilar los signos vitales y los valores de laboratorio antes de la administración de los medicamentos, si lo requiere el caso. Administrar la medicación con la técnica y vía adecuadas.</p>	<p>La administración de medicamentos son actividades de enfermería que se realizan bajo prescripción médica, en las cuales la enfermera (o) debe enfocarse a reafirmar los conocimientos y aptitudes necesarias para aplicar un fármaco al paciente, asimismo, saber evaluar los factores fisiológicos, mecanismos de acción y las variables individuales que afectan la acción de las drogas, los diversos tipos de prescripciones y vías de administración, así como los aspectos legales que involucran una mala práctica de la administración de medicamentos.</p> <p>Con el objetivo de lograr una acción específica mediante la administración de un medicamento, ya sea con fines preventivos, diagnósticos o terapéuticos (59).</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

58. Gómez Adela. Trastornos de la temperatura corporal. Offarm. 2007; 26 (7): 48-53 Disponible para su consulta en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13108301>
59. PiSA. Principales procesos asistenciales de enfermería. México. Panamericana. 2011. Disponible para su consulta en: https://diquinsa.com.mx/wp-content/uploads/2016/07/Principales-Procesos-asistenciales-de-enfermeria_diquinsa.pdf



PLAN DE CUIDADOS

<p>DOMINIO: 12 Confort CLASE: 01 Confort Físico</p>	<p>DOMINIO: 05: Salud percibida CLASE: V: Sintomatología</p>			
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: Dolor agudo 00132</p> <p>FACTOR RELACIONADO Agentes lesivos biológicos</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS - Conducta expresiva- Expresión facial de dolor</p>	<p>RESULTADO ESPERADO: NIVEL DEL DOLOR 2102</p> <p>ESCALA LIKERT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno 			
<p>EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Con las adecuadas intervenciones se logró la disminución de la duración de los episodios de dolor, con esto las expresiones faciales de dolor y el dolor referido.</p>	<p>INDICADORES</p>	<p>PUNTUACIÓN DIANA</p>		
		<p>MANTENER EN</p>	<p>AUMENTAR A</p>	<p>LOGRADO</p>
	<p>210201 - Dolor referido. 210204 - Duración de los episodios de dolor. 210206 - Expresiones faciales de dolor.</p>	<p>3 3 3</p>	<p>4 4 4</p>	<p>5 5 5</p>



CAMPO: 01: Fisiológico: Básico CLASE: E: Fomento de la comodidad física
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: MANEJO DEL DOLOR 1400

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.
Observar signos no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.
Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.
Utilizar medidas de control del dolor antes de que éste sea muy intenso.
Medicar antes de una actividad para aumentar la participación, aunque valorando el peligro de la sedación.

RAZONAMIENTO CIENTÍFICO

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor definió el dolor como "una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial". La percepción del dolor consta de un sistema neuronal sensitivo (nocioceptores) y unas vías nerviosas aferentes que responden a estímulos nociceptivos tisulares (60).



CAMPO: 01: Fisiológico: Básico CLASE: C: Control de inmovilidad
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: CAMBIO DE POSICIÓN 0840

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición, según corresponda. Animar al paciente a participar en los cambios de posición, según corresponda. Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición. Premedicar al paciente antes de cambiarlo de posición, según corresponda. Colocar en la posición terapéutica especificada. Fomentar la realización de ejercicios activos o pasivos de rango de movimiento, si resulta apropiado. Proporcionar un apoyo adecuado para el cuello.</p>	<p>El cambio de posición es otro método sencillo para proveer bienestar y prevenir o aliviar el dolor. El personal de salud debe asegurarse que los pacientes que permanecen acostados estén en posición correcta de acuerdo con la alineación corporal, que los pacientes cambien de posición, que las condiciones de la piel sean vigiladas frecuentemente, y que se implementen ejercicios de movilidad (61).</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

60. Puebla F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico. Oncología. 2005; 28 (3): 33-37 Disponible para su consulta en: <https://scielo.isciii.es/pdf/onco/v28n3/06.pdf>

61. Jacox A. Carr DB, Payne R, et al. Ejercicios [Internet]. Disponible para su consulta en: <http://www.mywhatever.com/cifwriter/library/48/cpg2269.html>



PLAN DE CUIDADOS

<p>DOMINIO: 09 Afrontamiento/ tolerancia al estrés CLASE: 02 Respuesta al afrontamiento</p>	<p>DOMINIO: 03: Salud psicosocial CLASE: N: Adaptación psicosocial</p>			
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: Impotencia 00161</p> <p>FACTOR RELACIONADO Enfermedad</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS Sentido de control insuficiente y dependencia</p>	<p>RESULTADO ESPERADO: ACEPTACIÓN: ESTADO DE SALUD 1300</p> <p>ESCALA LIKERT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado 			
<p>EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Durante las últimas dos semana de su estancia logro reconocer la realidad de la situación de salud pregunta sobre su estado de salud y durante la rehabilitación logra afrontar de manera positiva la situación de salud.</p>	<p>INDICADORES</p>	<p>PUNTUACIÓN DIANA</p>		
		<p>MANTENER EN</p>	<p>AUMENTAR A</p>	<p>LOGRADO</p>
	<p>30008- Reconoce la realidad de la situación de salud.</p>	<p>3</p>	<p>5</p>	<p>5</p>
<p>130009 - Busca información sobre la salud.</p>	<p>3</p>	<p>5</p>	<p>5</p>	
<p>130010 - Afrontamiento de la situación de salud.</p>	<p>3</p>	<p>5</p>	<p>5</p>	



**CAMPO: 03: Conductual CLASE: R: Ayuda para el afrontamiento
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: MEJORAR EL AFRONTAMIENTO5230**

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo. Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos. Ayudar al paciente a descomponer los objetivos complejos en etapas pequeñas y manejables. Proporcionar al paciente opciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados. Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia. Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones. Alentar el uso de fuentes espirituales, si resulta adecuado. Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.</p>	<p>Las respuestas humanas observadas en los pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos, relacionadas con el campo psicosocial, tienen que ver con la presencia real de factores de estrés vinculados con amenaza de muerte, pensamiento aterrador, trastornos del sueño, pérdida de control de su entorno personal y familiar, pérdida de autonomía, abandono de roles individuales, familiares y sociales, aislamiento familiar y social, temor a la discapacidad o miedo a los tratamientos invasivos.</p> <p>La capacidad de afrontamiento y adaptación le permite al ser humano responder mediante comportamientos, pensamientos o emociones a eventos estresantes, como la enfermedad grave y la hospitalización. Es importante que las enfermeras conozcan e identifiquen estas respuestas a fin de promover la adaptación (62).</p>



**CAMPO: 03: Conductual CLASE: R: Ayuda para el afrontamiento
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA 5400**

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Observar las afirmaciones del paciente sobre su autovalía. Determinar el locus de control del paciente. Determinar la confianza del paciente en su propio criterio. Abstenerse de realizar críticas negativas. Explorar los logros de éxitos anteriores. Explorar las razones de la autocrítica o culpa. Animar al paciente a evaluar su propia conducta. Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos. Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos. Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.</p>	<p>De acuerdo con la Real Academia Española Autoestima puede definirse como “Valoración generalmente positiva de sí mismo.” Y proviene de las partículas <i>auto</i> y <i>estima</i>. (63).</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

62. Flores I, Herrera E, Carpio E, Veccino M, et al. Afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de la UCI. Aquichan. 2011; 11(1): 23-39. Disponible para su consulta en: <https://core.ac.uk/download/pdf/323259788.pdf>

63. Real Academia Española [Internet]. Consultado el 31 de agosto de 2021 <https://dle.rae.es/autoestima>



PLAN DE CUIDADOS

<p>DOMINIO: : 4 actividad y reposo CLASE: 5 Autocuidado</p>	<p>DOMINIO 01: Salud funcional CLASE D : Autocuidado</p>											
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: Disposición para mejorar autocuidado 00182</p> <p>FACTOR RELACIONADO</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS Manifiesta deseo de manejar la enfermedad</p>	<p>RESULTADO ESPERADO: PREPARACIÓN PARA EL ALTA: VIDA INDEPENDIENTE 0311 ESCALA LIKERT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado 											
<p>EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Se le brinda un plan de alta basado en tratamientos prescritos: dieta, citas, ejercicio, medicamentos y posibles complicaciones, el cual comprende, parafrasea y firma.</p>	<p style="text-align: center;">INDICADORES</p> <p>31107 - Describe los tratamientos prescritos. 31108 - Describe los riesgos de complicaciones.</p>	<p style="text-align: center;">PUNTUACIÓN DIANA</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">MANTENER EN</th> <th style="width: 33%;">AUMENTAR A</th> <th style="width: 33%;">LOGRADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO	4	5	5	4	5	5
MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO										
4	5	5										
4	5	5										



**CAMPO: 06: Sistema Sanitario CLASE: Y: Mediación del sistema sanitario
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: PLANIFICACIÓN PARA EL ALTA 7370**

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<p>Ayudar al paciente/familiar/allegados a prepararse para el alta. Ayudar al paciente/familiar/allegados en la planificación de los ambientes de apoyo necesarios para proveer los cuidados fuera del hospital. Buscar el apoyo de un cuidador, según corresponda. Colaborar con el médico, paciente/familiar/allegado y demás miembros del equipo sanitario en la planificación de la continuidad de los cuidados. Identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarios por parte del paciente y del cuidador principal para poner en práctica después del alta. Identificar lo que debe aprender el paciente para los cuidados posteriores al alta. Observar si todo está listo para el alta. Registrar los planes respecto del alta del paciente en la historia clínica. Determinar las capacidades del paciente para el alta.</p>	<p>La planificación del alta corresponde al proceso de identificar y prepararse de forma anticipada para las necesidades de cuidado de la salud del paciente al egreso de un establecimiento. Involucra a pacientes, sus familias, el equipo del hospital y el del destino de alta. Es un proceso dinámico y que requiere de preparación. La carencia de una adecuada planificación al alta y de un programa de transición aumenta el riesgo de reingreso y puede afectar negativamente la calidad de vida de pacientes y cuidadores (64).</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

64. Budinich Marilú y Jorge Sastre. Planificación del Alta. Rev. Med. Clin. Conde. 2020; 31 (1): 76-84. Disponible para su consulta en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864019301129>

5.6 Evaluación.

La aplicación de los planes de cuidados enfocados a las alteraciones en las diferentes necesidades humanas que causa el Covid-19 y la posterior evaluación mediante indicadores (NOC) nos brindó información acerca de la importancia de los cuidados durante la estancia del paciente y su evolución. En este caso, nuestra paciente femenina de 57 años que ingresó al hospital general Ajusco Medio el día 02/07/ 2021 presentando síndrome de insuficiencia respiratoria aguda grave con saturación de O₂ <80% sin mejoría a la oxigenoterapia, fue abordada con ventilación mecánica y sedoanalgesia el día 3 de julio, se trasladó al servicio de Medicina interna el 6 Julio por lo que fue necesaria la ventilación mecánica con parámetros mínimos ventilatorios a la extubación endotraqueal, continuó el tratamiento de oxigenoterapia con tienda facial, la cual progresó a mascarilla simple y a puntas nasales, se dio seguimiento con nutrición, foniatría por una disfagia orofaríngea severa y disfonía en la cual se contó con terapia asistida por este servicio y en la cual participó enfermería con ejercicios de deglución y acompañamiento en la alimentación asistida así como rehabilitación física debido a la atonía muscular por el estado de inmovilidad lo que permitió aumentar el tono muscular y la movilidad a un 60%.

De acuerdo al diagnóstico principal de este P.A.E. se puede apreciar una evolución favorable ya que con los datos de laboratorio (en especial la gasometría arterial) pudo observarse un aumento en la presión parcial de oxígeno. En cuanto a los estudios de imagenología se apreció una disminución de lesiones pulmonares. Por su parte la radiografía de tórax, indicó que las alteraciones de las necesidades afectadas fueron resueltas y evidenciadas a través de una escala liker que arrojó una resolución o cambio a levemente comprometido. Sin embargo tuvimos un evento adverso, manifestado por la aparición de una úlcera por presión con una extensión, la cual llevo seguimiento clínica de heridas por consulta externa. La paciente fue egresada el día 06/ 08 /21 con destino a su domicilio.



5.7 Plan de alta.

NOMBRE DEL USUARIO (A): RMMA			
SEXO:	Mujer	EDAD:	57 años
SERVICIO:		Medicina interna	
DIAGNÓSTICO DE EGRESO:		Neumonía viral por SARS- Cov 2 remitida	
FECHA DE INGRESO:		FECHA DE EGRESO:	
02/ 07/ 21		06/ 08 /21	

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:
Disposición para mejorar autocuidado.

RESUMEN:
<p>Paciente femenino DE 57 Años de edad la cual ingresa al área hospitalaria el 2 de julio del 2022 presentando dificultad respiratoria con prueba de antígeno positiva a Sars Cov, con Sat de oxígeno < 80%, se ingresa al sercicio de urgencias y se inicia oxigenoterapia a 15 lts por min con mascarilla reservorio sin presentar mejoría, por lo cual se decide iniciar con ventilación mecánica invasiva con mejoría en la saturación de oxígeno reclutación alveolar y respuesta adecuada, posterior a 14 días de ventilación mecánica con parámetros ventilatorios mínimos con previo reporte gasométrico dentro de parámetros normales se decide suspensión de sedoanalgecia y re realiza prueba CPAP bien tolerada manteniendo saturación de O2 > 93% se decide retiro de tubo endotraqueal con protección pulmonar farmacológica, continuo con apoyo de oxigenoterapia con nebulizador y tienda facial, posterior mascarilla simple y por ultimo puntas nasales. Se realizó valoración por nutrióloga, foniatra y rehabilitación física.</p> <p>Se realiza pruebas de deglución inicial con adecuada respuesta por lo cual se retira sonda nasogástrica e inicia la vía oral. Actualmente se encuentra hemodinamicamente estable con adecuado control de presión arterial con los siguientes signos vitales:</p> <ul style="list-style-type: none">• FC 90 Lpm.• FR 19 x."



- TA 116/ 7 mmHg.
- TEMP 36.3°C.
- SAT O2 97 % con puntas nasales a 0.5 L x min.

ACCIONES ENCAMINADAS CON EL RÉGIMEN DIETÉTICO:

DIETA: 1900 kcal + 107 gr de proteínas, picados finos

EJERCICIO: físico y funcional post Covid.

Respiraciones abdominales o diafragmáticas, respiraciones costales, respiraciones acompañadas de movimientos de brazo; flexión, extensión, aducción, abducción de cadera; flexion –extensión de rodilla, lagartijas en pared.

TRATAMIENTO:

- Oxigenoterapia 1L/m constante durante un mes hasta la valoración
- Paracetamol 1 gr en caso de dolor o fiebre
- Conbivent 2 disparos cada 8 hrs por 5 días
- Fluticasona 2 disparos cada 12 hrs por 5 días

ACCIONES ENCAMINADAS PARA EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD:

- Seguir una dieta saludable
- Mantenerse físicamente activo
- Vacunarse
- No consumir tabaco en ninguna de sus formas
- Evitar el consumo de alcohol o reducirlo
- Gestionar el estrés para una mejor salud física y mental
- Mantener una buena higiene: lavado de manos, baño diario y aseo bucal
- Mantener prácticas sexuales seguras
- Someterse a revisiones médicas periódicas



MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EL LOGRO DE LA INDEPENDENCIA:

- Lavado de manos
- Uso de cubre bocas
- No tocar cara, nariz ni boca
- Sana distancia
- Evitar lugares concurridos
- Adecuada alimentación e hidratación

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO:

Medicamentos: Se le brinda nota de egreso en la cual se detalla forma y uso de fármacos

Oxigenoterapia: se le enseña el uso de oximetría pulso y valores normales

Dieta: establecer horarios fijos para las comida lo ideal cada 3-4 hrs, tomar 1.5 a 2 litros a agua simple al día e incluye verduras en cada tiempo de comida

Ejercicio: busca una actividad que te guste y practícalo por lo menos 30 min al día.

SIGNOS DE ALARMA:

- Fiebre que no ceda a pesar de tratamiento farmacológico
- Dificultad respiratoria
- Dedos o labios morados o azules
- Alteración del estado de conciencia
- Saturación de O₂ menor a 90%

RECUERDE:

Acudir a su cita a la consulta externa en 15 días o bien con un médico familiar para continuar con su tratamiento. Es importante que colabore con nosotros para establecer y/o conservar su salud.

NOMBRE DEL CUIDADOR PRIMARIO: _____

NOMBRE DE LA ENFERMERA: PLEO Miriam Santos Vega _____



VI. CONCLUSIONES.

El P.A.E. es la aplicación del método científico y un valioso instrumento para la praxis profesional ya que facilita la manera de brindar cuidados de una forma dinámica y flexible en la cual tenemos la meta de cumplir objetivos los cuales podemos medir. En el caso que presento, aprendí lo importante de la planificación de cuidados desde alta complejidad, lo que implica un paciente en estado de sedación con ventilación mecánica y totalmente dependiente en el cual actuamos como sustitutas; de mediana complejidad donde fungimos como “ayudante” para cubrir sus necesidades de salud y finalmente como cuidados de baja complejidad donde acompañamos al paciente hasta recuperar de su autonomía. Durante la estancia hospitalaria del paciente y la aplicación de las diversas intervenciones de enfermería, se dieron como resultado el manejo adecuado de las necesidades primordiales del paciente.

El marco teórico de Virginia Henderson ofrece elementos para cada una de las etapas del proceso, por ello, la valoración enfocada a las diferentes necesidades nos permitió la organización de la información y planeación de intervenciones de enfermería específicas para cada necesidad alterada.

Sin duda la pandemia de COVID-19 representa un reto para los profesionales de la salud y principalmente para el personal de enfermería ya que se necesita experiencia, actualización de conocimientos, uso de nueva tecnología y empatía con los pacientes, ya que las personas que presentan cuadros severos son muy demandantes por lo que la sobrecarga de trabajo y las exigencias del servicio pueden provocar que los resultados no sean los esperados o incluso presentarse eventos adversos.



La importancia de realizar este P.A.E. fue la de documentar el proceso de un paciente con insuficiencia respiratoria aguda severa y neumonía de origen viral secundaria a SARS-CoV-2 (Covid19) desde que la paciente se encuentra en un estado con ventilación mecánica invasiva, el destete ventilatorio, la extubación del paciente y la recuperación. Cabe mencionar el trabajo profesional, ético y humano del equipo multidisciplinario médico, en especial, el papel de enfermería para brindar cuidados holísticos, de calidad al paciente.

Como reflexión: “Dios me habló y me llamó a su servicio. Qué forma tomaría este servicio, la voz no lo dijo.” –Florence Nightingale.

Para mí la atención del paciente en estado grave, observar su evolución y recuperación ha sido uno de las cosas con mayor satisfacción profesional ya que pasó de ser una época de alta mortalidad a la recuperación de la vida del paciente gracias a los avances científicos, la vacunación masiva y el esfuerzo del Estado mexicano. Ha sido un respiro para el personal. Ha sido un honor participar en la atención de los pacientes de COVID-19 lo que me permite contribuir a mi país y no solo recuperar una vida si no, una madre, un padre, un hermano, un abuelo, un esposo, un hijo, ya que detrás de una vida, hay una familia y esa familia es parte de nuestra sociedad Mexicana.



VII. GLOSARIO DE TÉRMINOS.

Autocuidado de la salud.- Conjunto de medidas que propone el equipo de salud a las personas, y que éstas deciden adoptar, para mejorar la salud y el bienestar propio y de su familia, en el seno de las actividades cotidianas. Condición libre y reflexiva de la persona para conservar su salud en las mejores condiciones.

Catéter venoso central: Al conducto tubular largo y suave, elaborado con material biocompatible y radio opaco, que se utiliza para infundir solución intravenosa directamente a la vena cava.

Catéter venoso periférico: Al conducto tubular corto y flexible, elaborado con material biocompatible y radio opaco, que se utiliza para la infusión de la solución intravenosa al organismo a través de una vena distal

COVID-19: es la enfermedad causada por el nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2. La OMS tuvo noticia por primera vez de la existencia de este nuevo virus el 31 de diciembre de 2019, al ser informada de un grupo de casos de «neumonía vírica» que se habían declarado en Wuhan (República Popular China).

Cuidado: A la acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer la persona por sí sola con respecto a sus necesidades básicas, incluye también la explicación para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de la vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar.

Diagnóstico de enfermería: Al juicio clínico sobre las respuestas de la persona, familia o comunidad ante procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales que son la base para la selección de intervenciones, y el logro de los objetivos que la enfermera responsable de la persona desea alcanzar.

Enfermera(o): A la persona que ha concluido sus estudios de nivel superior en el área de la enfermería, en alguna institución perteneciente al Sistema Educativo Nacional y se le ha expedido cédula de ejercicio con efectos de patente por la autoridad educativa competente, para ejercer profesionalmente la enfermería.



Enfermería: A la ciencia y arte humanístico dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de las personas, ha desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad y una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones dependientes, independientes o interdependientes:

Equipo de salud.- Grupo humano de diferentes disciplinas que trabajan entre sí en beneficio de la salud de las personas.

Intervenciones de enfermería dependientes: A las actividades que realiza el personal de enfermería por prescripción de otro profesional de la salud en el tratamiento de los pacientes, de acuerdo al ámbito de competencia de cada integrante del personal de enfermería;

Intervenciones de enfermería independientes: A las actividades que ejecuta el personal de enfermería dirigidas a la atención de las respuestas humanas, son acciones para las cuales está legalmente autorizado a realizar de acuerdo a su formación académica y experiencia profesional. Son actividades que no requieren prescripción previa por otros profesionales de la salud;

Intervenciones de enfermería interdependientes: A las actividades que el personal de enfermería lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud; se llaman también multidisciplinarias, pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas, médicos, entre otros.

Juicio crítico.- Apreciación hecha con razón y conocimiento pleno sobre el valor ontológico de las personas, las cosas, los hechos y cualquier proposición

Paciente: A la persona beneficiaria directa de los servicios de salud.

Profesionales de la salud: Al personal que labora en las instituciones de salud como: médicos, odontólogos, biólogos, bacteriólogos, enfermeras, trabajadoras sociales, químicos, psicólogos, ingenieros sanitarios, nutriólogos, dietólogos, patólogos y sus ramas, que cuenten con título profesional o certificado de especialización que hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.



VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Graue Enrique. Enfermería y COVID- 19. En: Zárata Rosa. et al. Enfermería y COVID-19: La voz de sus protagonistas. México: ENEO-UNAM; 2020. 19-20. disponible para consulta en http://www.eneo.unam.mx/novedades/enfermeria_y_covid19.pdf.

2. Organización Mundial de la Salud. Manejo clínico de la infección respiratoria aguda grave (IRAG) en caso de sospecha de covid-19: Orientaciones provisionales [Internet]. 2020 [Consultado el 13 de junio de 2021] Disponible para su consulta en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331660>

3. Leija Claudia y Héctor Olivera. Plan de Respuesta Estratégica de Enfermería ante COVID-19. En: Zárata Rosa. et al. Enfermería y COVID-19: La voz de sus protagonistas. México: ENEO-UNAM; 2020. 28-35 disponible para consulta en http://www.eneo.unam.mx/novedades/enfermeria_y_covid19.pdf

4. Secretaría de Salud. Informe Técnico Diario COVID-19 México [Internet]. 12 de Agosto de 2021 [Consultado el 12 de agosto de 2021] disponible para su consulta en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/661630/Comunicado_Tecnico_Diario_COVID-19_2021.08.12.pdf

5. ENEO-SUAYED. Guía de apoyo para presentar el Examen Extraordinario de: “Enfermería Fundamental”. México. Disponible para su consulta en <http://www.educacionadistancia.eneo.unam.mx/guias/Guia%20Enfermeria%20fundamental.pdf>

6. Hernández Abdul y Caridad Guardado. La Enfermería como disciplina profesional holística. Revista Cubana de Enfermería La Habana 2004: 2 (20) Disponible para su consulta en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000200007



7. Cabal Victoria y Mildred Guarnizo. Enfermería como disciplina. Revista Colombiana de Enfermería [internet].2011 [Consultado 13 de agosto 2021]; 6 (6): 73-81. Disponible para consulta en <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4036648.pdf>
8. Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
9. Collier Marie-Françoise. Promover la vida. México, Mc Graw-Hill; 2009. 350
10. ENEO-SUA y ED. Guía de apoyo para presentar el Examen Extraordinario de: “Filosofía y Enfermería”. México. Disponible para su consulta en <http://www.educacionadistancia.eneo.unam.mx/guias/Guia%20Filosofia%20y%20enfermeria.pdf>
11. Ostiguín Rosa Ma. Et al. Teorías de Enfermería: un fundamento disciplinar. Enfermería Universitaria. UNAM 2007:3 (4): 36-39.
12. Servicio Vasco de Salud. Modelo y teorías de enfermería: características generales de los modelos y principales teóricas. En Manual CTO de Oposiciones Enfermería. País Vasco: 2018 disponible para consulta en <https://www.berri.es/pdf/MANUAL%20CTO%20OPOSICIONES%20DE%20ENFERMERIA%20-%20PAIS%20VASCO%E2%80%9A%20Vol%C3%BAmen%201/9788417470050>
13. García Ma. Carmen. Metaparadigma, modelo y teoría en Enfermería. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com. 2015 15 (10) Disponible para su consulta en



<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/metaparadigma-modelo-y-teoria-en-enfermeria/>

14. Cisneros Fanny. Teorías y Modelos de Enfermería. Disponible para consulta en:

<http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>

15. Bellido José Carlos. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Jaén: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; s.a.

16. Rodríguez Taimi y Arahy Rodríguez. Dimensión ética del cuidado de enfermería. Revista Cubana de Enfermería. 2018: 3 (34) disponible para su consulta en <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2430/383>

17. Secretaría de Salud. Código de ética para las enfermeras y los enfermeros en México. México: Secretaría de Salud-IMSS-ISSSTE; 2001 Disponible para consulta en

http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/codigo_etica.pdf

18. Amezcua Manuel. Virginia Henderson [Internet]: Gómeres. Salud, historia, cultura y pensamiento; 25 de Noviembre de 2014 [Consultado el 14 de agosto de 2021] disponible en <https://www.fundacionindex.com/gomeres/?p=626>



19. Salazar Yadira Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.) [Folleto] México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia UNAM disponible en <http://www.eneo.unam.mx/publicaciones/publicacionesoct2013/Proceso%20atencion%20en%20Enfermeria.pdf>

20. Reina Nadia. El Proceso de Enfermería: Instrumento para el cuidado. Umbral científico [Internet]. 2010 [Consultado el 15 de agosto de 2021](17) disponible para consulta en <https://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>

21. CCH-UNAM. Las Etapas del Desarrollo. Disponible para consulta en https://portalacademico.cch.unam.mx/repositorio-de-sitios/experimentales/psicologia2/pscii/MD1/MD1-L/etapas_desarrollo.pdf

22. Barba José Roberto. México y el reto de las enfermedades crónicas no transmisibles. El laboratorio también juega un papel importante. RLPCML [Internet]. 2018; 65 (1): 4-17 disponible para consulta en <https://www.mediagraphic.com/pdfs/patol/pt-2018/pt181a.pdf>

23. INEGI. Características de las defunciones registradas en México durante 2020, Preliminar. Julio 2021 Disponible para su consulta en https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020_Pre_07.pdf

24. Córdova-Villalobos José A. et al. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. Salud Pública en México. México. 2008 : 5 (5): 419-427 disponible para su consulta en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000500015



25. Organización Mundial de la Salud. Manejo Clínico de la COVID-19 [Internet]. 2021 [Consultado el 11 de agosto de 2021] Disponible para su consulta en <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340629/WHO-2019-nCoV-clinical-2021.1-spa.pdf>

26. Cruz Alejandro y Nancy Fernández. Fisiopatología de la COVID-19. Lux Médica [Internet]. 2021 [Consultado el 10 de agosto de 2021]: 16 (47); disponible para su consulta en <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/486/4862106006/4862106006.pdf>

27. Abarca Bastian. Et al. Caracterización patogénica, clínica y diagnóstica de la pandemia por SARS-CoV-2. Revista de Infectología. 2020; 37 (3): 265-275 disponible para su consulta en <https://www.scielo.cl/pdf/rci/v37n3/0716-1018-rci-37-03-0265.pdf>

28. Gobierno de México. Guía clínica para el tratamiento de la COVID-19 en México. 2021: 66. Disponible para su consulta en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/08/GuiaTx_COVID19_ConsensoInterinstitucional_2021.08.03.pdf.

29. Organización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica Complicaciones y secuelas por COVID-19. 2020. Disponible para su consulta en : https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52612/EpiUpdate12August2020_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y

30. Bazán P. Et al. Monitorización del paciente en ventilación mecánica. Enfermería Intensiva. Elsevier. 2000: 11 (2): 75-85. Disponible para su consulta



en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-monitorizacion-del-paciente-ventilacion-mecanica-13008822>

31. Abarca Bastian. Et al. Características de la ventilación mecánica invasiva en COVID-19 para médicos no especialistas. Revista Chilena de Anestesia. SAC. 2020: 49 (4): 504-513 Disponible para su consulta en: <https://revistachilenadeanestesia.cl/revchilanestv49n04-06/>

32. Raimondi Alejandro. Monitoreo Respiratorio y su rol en Terapia Intensiva. Revsita Argentina de Medicina Respiratoria. 2007: 48 (2): 48-50 Disponible para su consulta en: http://www.ramr.org/articulos/volumen_7_numero_2/articulo_especial/articulo_especial_monitoreo_respiratorio_y_su_rol_en_terapia_intensiva.pdf

33. Mellado S, Salgado L. y Martín C. Monitorización Respiratoria. Cuidados Respiratorios. Diploma universitario en Cuidados Intensivos Cardiorrespiratorios para Enfermería. S.a. Disponible para su consulta en: [http://aula.campuspanamericana.com/Cursos/Curso01417/Temario/Diploma_U_Cuidados_Intensivos_Cardio/07%20M4T7%20\(CIE\).pdf](http://aula.campuspanamericana.com/Cursos/Curso01417/Temario/Diploma_U_Cuidados_Intensivos_Cardio/07%20M4T7%20(CIE).pdf)

34. Instituto Mexicano del Seguro Social. Intervenciones de Enfermería para la Seguridad en la Administración de Medicamentos de Alto Riesgo en el Adulto. Disponible para su consulta en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/712GRR.pdf>



35. Oliver P., Et al. Estudio de la oxigenación e interpretación de la gasometría arterial en SEQC. Documentos de la SEQC 2014. 2015; (8) 32-47 disponible para su consulta en: <https://www.seqc.es/download/doc/62/2845/951224035/858217/cms/estudio-de-la-oxigenacion-e-interpretacion-de-la-gasometria-arterial-revision-2014.pdf/>

36. Oliveira Débora. Et al. Aspiración endotraqueal en pacientes adultos con veía aérea artificial: revisión sistemática. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012; 20 (5): 11 pantallas. Disponible para su consulta en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/DSCVkm33wzW9LkbJvcrzPzy/?lang=es&format=pdf>

37. González Luis, Martha, Karla Hernández y Aurora Serralde. Manejo nutricional del paciente hospitalizado críticamente enfermo con COVID-19. Una revisión narrativa. Nutrición Hospitalaria. 2020; 37 (3): 622-630. Disponible para su consulta en: <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v37n3/0212-1611-nh-37-3-622.pdf>

38. Pérez J. Et al. Evaluación y abordaje del estreñimiento en el paciente crítico. Enfermería intensiva. 2017; 28 (4) :160-168. Disponible para su consulta en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-S1130239917300329>

39. Facultad de Medicina UNAM. Biología celular y tisular Unidad Temática III notas de Sistema tegumentario y anexos. Disponible para su consulta en: http://www.facmed.unam.mx/deptos/biocetis/Doc/Repaso_III/Teorico/NOTAS_TEG_U_2010



40. Nasser Ossama, Maria Garrido y Pilar Tierra. Cuidados de confort en una unidad de cuidados intensivos. Revista Electrónica de Portales Médicos.com. 2016. Disponible para su consulta en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-confort-unidad-cuidados-intensivos/>

41. Organización Mundial de la Salud. Una atención más limpia es una atención más segura. Fecha de consulta: 19 de agosto de 2021. Disponible en: <http://www.who.int/gpsc/background/es/index.html>.

42. Rodríguez Marlenne. Frecuencia de infecciones asociadas a la atención de la salud en los principales sistemas de información de México. Boletín CONAMED-OPS. 2018; 3 (17): 16-20 Disponible para su consulta en: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin17/frecuencia_infecciones.pdf

43. Marco J. Et al. Complicaciones broncopulmonares asociadas a dispositivos de nutrición enteral en los pacientes ingresados en Servicios de Medicina Interna. Revista Clínica Española. 2013; 213(5): 223-228. Disponible para su consulta en: <https://www.elsevier.es/es-revista-endoscopia-335-pdf-S0014256513000684>

44. Chu Ruby. Prevenir las caídas de pacientes hospitalizados: el papel central de la enfermera. Revista Nursing. 2017; 4 (6): 20-25 Disponible para su consulta en: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-pdf-S0212538217301796>

45. Carvajal Gloria, y Juan D. Montenegro. Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos. Enfermería Global. 2015; (40): 340-350. Disponible para su consulta en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n40/revision2.pdf>



46. Tapson VF. Embolia pulmonar [Internet]. Msdmanuals.com. 2018 [citado el 31 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-pulmonares/embolia-pulmonar-ep/embolia-pulmonar-ep>
47. Hernández David. Et al. Retiro de la ventilación mecánica. Med Crit 2017; 31(4):238-245. Disponible para su consulta en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2017/ti174j.pdf>
48. Mcconville J, Kress J. Destetar a los pacientes del ventilador. N Engl J Med. 2012; 367 (23): 2233-2239. Disponible para su consulta en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1203367>
49. Codina Jiménez, Alexis, Saber escuchar. Un intangible valioso. Capital intangible [Internet]. 2004; (3):. Disponible para su consulta en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54900303>
50. Instituto Mexicano del Seguro Social. Nutrición enteral: Fórmulas, métodos de infusión e interacción fármaco-nutriente. 2018. Disponible para su consulta en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/563GER.pdf>
51. Lugaro Martín y Alejandro Risso. Trastornos deglutorios luego de la extubación en Terapia Intensiva. Revista Argentina de Terapia Intensiva. 2018; 35 (3): 43-4. Disponible para su Consulta en: <https://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/view/581>
52. Sancho J., P. Vergara y L. González. Trastornos de la deglución y neumonía por aspiración en las enfermedades neuromusculares. Rev Iberoam Fisioter Kinesol. 2004; 7(1):2-12. Disponible para su consulta en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-iberoamericana-fisioterapia-kinesiologia-176-pdf-13063599>



53. Formación Alcalá. Oxigenoterapia: Definición, tipos de vías y recomendaciones [Internet]. Disponible para su consulta en: <https://www.formacionalcala.es/articulos/24/oxigenoterapia-definicion-tipos-de-vias-y-recomendaciones>

54. Berman A. y Snyder S. Kozier y Erb Fundamentos de Enfermería. 9ª ed. Vol. II. Madrid: Pearson; 2013. 999-1620 p.

55. Moreno Carmen y Lora Pila. Intervenciones enfermeras aplicadas a la nutrición. Nutr. clín. diet. hosp. 2017; 37(4):189-193 Disponible para su Consulta en: <https://revista.nutricion.org/PDF/MORENOH.pdf>

56. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. Introducción. Contenidos Educativos en salud bucal. México, Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. 2009. Disponible para su consulta en: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/manual_contenidos_educativos.pdf

57. Aguilera Ledda, Mario Díaz y Haroldo Sánchez. Trastornos del sueño en el paciente adulto hospitalizado. Rev Hosp Clín Univ Chile 2012; 23: 13 – 20 Disponible para su consulta en: http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/124266/trastorno_sueno_hospitalizado.pdf?Sequence=1&isallowed=y#:~:text=Los%20pacientes%20hospitalizados%20est%C3%A1n%20expuestos,excesiva%20y%20alteraciones%20del%20%C3%A1nimo.

58. Gómez Adela. Trastornos de la temperatura corporal. Offarm. 2007; 26 (7): 48-53 Disponible para su consulta en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13108301>



59. PiSA. Principales procesos asistenciales de enfermería. México. Panamericana. 2011. Disponible para su consulta en: https://diquinsa.com.mx/wp-content/uploads/2016/07/Principales-Procesos-asistenciales-de-enfermeria_diquinsa.pdf
60. Puebla F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico. Oncología. 2005; 28 (3): 33-37 Disponible para su consulta en: <https://scielo.isciii.es/pdf/onco/v28n3/06.pdf>
61. Jacox A. Carr DB, Payne R, et al. Ejercicios [Internet]. Disponible para su consulta en: <http://www.mywhatevery.com/cifwriter/library/48/cpg2269.html>
62. Flores I, Herrera E, Carpio E, Veccino M, et al. Afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de la UCI. Aquichan. 2011; 11(1): 23-39. Disponible para su consulta en: <https://core.ac.uk/download/pdf/323259788.pdf>
63. Real Academia Española [Internet]. Consultado el 31 de agosto de 2021 <https://dle.rae.es/autoestima>
64. Budinich Marilú y Jorge Sastre. Planificación del Alta. Rev. Med. Clin. Conde. 2020; 31 (1): 76-84. Disponible para su consulta en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864019301129>
65. Moorhead S., Johnson M., Meridean L. y Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2013.
66. Bulechek, G., Butcher H., Dochterman J. y Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.



67. Heather, H. y Kamitsuru S. NANDA International, Inc. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020. 11^a ed. Barcelona: Elsevier; 2018.



IX ANEXOS.

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE:	EDAD:	SEXO:
_____	_____	_____
DIAGNÓSTICO MÉDICO:	SERVICIO:	
_____	_____	
DIRECCIÓN:		

TELÉFONO: _____	NOMBRE DEL / INFORMANTE:	
_____	_____	
OCUPACION DEL PACIENTE:		

II. VALORACIÓN POR NECESIDADES

1. OXIGENACIÓN

RESPIRATORIO				
FRECUENCIA RESPIRATORIA : _____				
RITMO	PROFUNDIDAD	TIPO	RUIDOS ANORMALES	OBSERVACIONES
Normal	Superficial	Kusmaull	Crepitantes	
Taquipnea	Profunda	Ortopnea	Broncoespasmo	
Bradipnea		Disnea	Sibilancias	
		Cheynes Stokes	Estertores	

CARDIACO			
FRECUENCIA CARIACA: _____		PULSO: _____	
TENSION ARTERIAL: _____			
RITMO	PULSO	OBSERVACIONES	
Taquicardia	Rebotante		
Bradicardia	Taquisfignia		
Arritmia	Bradisfignia		
	Filiforme		

COLORACION TEGUMENTARIA		
Cianosis Distal:	Cianosis peribucal: _____	Palidez: _____
_____	_____	Llenado Capilar: _____



2. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Peso: _____	Peso ideal: _____	Talla: _____	Perímetro abdominal: _____	Perímetro Cefálico: _____
A perdido o ganado peso (cuanto) : _____				
Compleción: Delgado: _____	Obesidad : _____	Caquéxico: _____	Otro: _____	
ALIMENTO				
<i>TIPO DE ALIMENTO / HORARIO / CANTIDADES</i>				<i>OBSERVACIONES</i>
Blanda: _____	Normal: _____	Papilla: _____	Astringente: _____	
Laxante: _____	Suplementos: _____			
LIQUIDOS				
<i>CANTIDAD DE LÍQUIDOS INGERIDOS AL DÍA:</i>	<i>TIPO DE LIQUIDOS INGERIDOS</i>			<i>OBSERVACIONES</i>
< de 500ml	Agua natural: _____	Agua de sabor natural: _____	Tè: _____	
500 a 1000ml	Jugos: _____	Refrescos: _____	Café: _____	
>de 1000ml	Cerveza: _____	Otros: _____		

DATOS DIGESTIVOS						
Anorexia: _____	Náuseas: _____	Vómito: _____	Indigestión: _____	Hematemesis: _____	Pirosis: _____	<i>OBSERVACIONES</i>
Distensión abdominal: _____	Masticación dolorosa: _____	Disfagia: _____	Polidipsia: _____	Polifagia: _____		
Polifagia: _____	Odinofagia: _____	Sialorrea: _____	Regurgitación: _____	Otro: _____		

3. ELIMINACIÓN

ELIMINACION INTESTINAL						
<i>TIPO</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>CANTIDAD</i>	<i>COLOR</i>	<i>OLOR</i>	<i>CONSISTENCIA</i>	<i>OBSERVACIONES</i>
Fisiológica: _____						
Forzada: _____						
DATOS DE ELIMINACION INTESTINAL						
Estreñimiento: _____	Flatulencia: _____	Rectorragia: _____	Incontinencia: _____	Melena: _____		
Pujo: _____	Tenesmo: _____	Otros: _____				



ELIMINACIÓN URINARIA					
Tipo	FRECUENCIA	CANTIDAD	COLOR	OLOR	OBSERVACIONES
Fisiológica: _____					
Forzada: _____					

DATOS DE ELIMINACION URINARIA					
Nicturia: _____	Anuria: _____	Disuria: _____	Enuresis: _____	Incontinencia: _____	Poliuria: _____
Iscuria: _____	Oliguria: _____	Opsiuria: _____	Polaquiuria: _____	Tenesmo: _____	Urgencia: _____
Otros: _____					

4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

	OBSERVACIONES
Realiza actividad física (tiempo, tipo frecuencia): _____ Se sienta (solo, con ayuda, con dispositivos): _____ Camina (solo, con ayuda, con dispositivos): _____	

5. DESCANSO Y SUEÑO

¿Cuántas horas duerme por la noche en casa?: _____ ¿Siente descanso cuando duerme?: _____ ¿Toma siestas durante el día/ cuantas horas?: _____ ¿Toma algún medicamento para dormir? _____ ¿Presenta algún cambio de comportamiento antes de dormir o al despertar?: _____	OBSERVACIONES
CARACTERÍSTICAS	
Insomnio: _____ Bostezos frecuentes: _____ Se observa cansado: _____ Presenta ojeras: _____ Ronquidos: _____ Somnoliento: _____ Irritabilidad: _____ Otros: _____	

6. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

	OBSERVACIONES
¿Cada cuando hace el cambio de ropa interior y exterior? _____ Necesita ayuda para vestirse: _____ Tipo de ropa preferida: _____	



7. TERMORREGULACIÓN

Temperatura corporal: _____	Axilar: _____	Frontal: _____	Otica: _____	Oral: _____	Rectal: _____	OBSERVACIONES
Escalofríos: _____	Piloerección: _____	Diáforesis: _____	Hipotermia: _____	Hipertermia: _____		
Distermias: _____	Fiebre: _____	Rubicundez facial: _____	Otros: _____			
PREDOMINIO DE CAMBIOS TÉRMICOS		HABITACIÓN				
Matutino: _____	Fría: _____	Húmeda: _____	Templada: _____			
Vespertino: _____	Ventilada: _____	Poco ventilada: _____				
Nocturno: _____	Otros: _____					

8. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

HIGIENE PERSONAL						OBSERVACIONES
BAÑO. Regadera: _____	Tina: _____	España: _____	Aseos parciales: _____	Aseos de cavidades: _____		
FRECUENCIA DEL BAÑO. Diario: _____	Tres veces a la semana: _____	1 vez a la semana: _____	Otro: _____			
MUCOSA ORAL						
Seca: _____	Hidratada: _____	Estomatitis: _____	Caries: _____	Gingivitis: _____	Úlceras: _____	Aftas: _____
Sialorrea: _____	Xerostomía: _____	Flictenas: _____	Halitosis: _____			
Características de la lengua: _____			Otros: _____			
DIENTES						
Frecuencia del lavado: _____	1 vez al día: _____	2 veces al día: _____	3 veces al día: _____			
Cantidad de dientes: _____						
Características de los dientes: _____	Amarillos: _____	Blancos: _____	Picados: _____	Sarro: _____	Caries: _____	
Otros: _____						

PIEL						OBSERVACIONES
COLORACION: _____	Palidez: _____	Cianosis: _____	Ictericia: _____	Rubicundez: _____	Cloasma: _____	
Melasma: _____	Angiomas: _____	Manchas: _____	Rosado: _____	Grisácea: _____	Apiñonada: _____	
Morena clara: _____	Morena intensa: _____	Morena media: _____	Hiperpigmentación: _____			
TEMPERATURA. Fría: _____	Caliente: _____	Tibia: _____	Otras: _____			



TEXTURA						
Edema: _____	Celulitis: _____	Áspera: _____	Turgente: _____	Escamosa: _____	Lisa: _____	
Seca: _____	Agrietada: _____	Otras: _____				
ASPECTO Y LESIONES.						
Maculas: _____	Pápulas: _____	Vesículas: _____	Pústulas: _____	Nódulos: _____		
Ulceras: _____	Erosiones: _____	Fisuras: _____	Costras: _____	Red venosa: _____	Escaras: _____	
Tubérculos: _____	Escaras: _____	Callosidades: _____	Isquemias: _____	Nevos: _____	Tatuajes: _____	
Prurito: _____	Petequias: _____	Equimosis: _____	Hematomas: _____	Masas: _____	Verrugas: _____	
Signos de maltrato: _____	Quemaduras: _____	Infiltración: _____	Ronchas o habones: _____			
Otros: _____						

UÑAS						OBSERVACIONES
<i>Coloración y características</i>						
Quebradizas: _____	Micosis: _____	Onicofagia: _____	Bandas Blancas: _____	Amarillentas: _____		
Cianóticas: _____	Estriadas: _____	Convexas: _____	Coiloniquia: _____	Leuconiquia: _____	Grisáceas: _____	
Hemorragias subungueales: _____	Deformadas: _____	Rosadas: _____	Otras: _____			

CABELLO						OBSERVACIONES	
Largo: _____	Corto: _____	Lacio: _____	Quebrado o chino: _____	Limpio: _____	Sucio: _____		
Desalineado: _____	Seborreico: _____	Fácil desprendimiento: _____	Alopecia: _____	Distribución: _____			
Implantación: _____	Zooriasis: _____	Pediculosis: _____	Quebradizo: _____	Caspa: _____	Otro: _____		

OJOS					OBSERVACIONES	
Simetría: _____	Asimetría: _____	Tumores: _____	Hemorragias: _____	Separación ocular: _____		
Edema palpebral: _____	Secreción: _____	Ojeras: _____	Tics: _____	Dolor: _____		
Pestañas integras o lesionadas: _____	Exoftalmos: _____	Enoftalmos: _____	Fosfenos: _____	Uso de lentes: _____		

OÍDOS					OBSERVACIONES
Dolor: _____	Cerumen: _____	Otorrea: _____	Edema: _____	Auxiliares auditivos: _____	
Deformidades: _____	Hipoacusia: _____	Acusia: _____	Acufenos: _____		



9. EVITAR PELIGROS

DATOS PERSONALES Y DOMÉSTICOS	
<p>Esquema de vacunación. Completo: _____ Incompleto: _____</p> <p>Adicciones (cuales, tiempo de uso y frecuencia): _____</p> <p>Cuando existe algún malestar usted Ir al médico: _____ Tomar un medicamento que este en casa: hace. _____</p> <p>Número de personas con las que vive y parentesco: _____ _____</p> <p>Convive con animales (cuales y cuantos): _____</p> <p>En cada hay fauna nociva o domestica: _____</p> <p>En casa hay fumadores (parentesco, frecuencia): _____</p> <p>En casa hay farmacodependientes y alcoholismo: _____</p> <p>¿Qué tipo de servicios tiene en casa? (agua, luz, drenaje, recolección de basura): _____ _____</p>	<p>OBSERVACIONES</p>

ESTADO NEUROLÓGICO	
<p>Alerta: Orientado (tiempo, espacio, Confusión: Parálisis: _____ Hemiplejia: _____ lugar): _____</p> <p>Movimientos anormales: Hipervigilia: Hemiparesia: Parestesia: Dislalia: _____</p> <p>Dislalia: Hiperactividad: Déficit de atención: Agresividad: _____ Letárgico: _____</p> <p>Excitabilidad motriz: Alucinaciones: Fobias: Otros: _____</p>	<p>OBSERVACIONES</p>

OTROS DATOS QUE PONGAN EN RIESGO LA VIDA	
<p>Riesgos físicos / materiales: _____</p> <p>Riesgos ambientales: _____</p> <p>Riesgos familiares: _____</p> <p>Riesgos familiares: _____</p>	<p>OBSERVACIONES</p>

10. COMUNICACIÓN

<p>Pertenece a un grupo social: _____</p> <p>Medios de comunicación frecuentes (auditivas, electrónicas, telefónicas etc.): _____</p>



HABLA						
TIPO DE COMUNICACIÓN	Oral: _____	Escrita: _____	Señas: _____	Visual: _____	OBSERVACIONES	
TIPO DE HABLA:	Entendida: _____	Poco clara: _____	Incompleta: _____	Incoherente: _____	Pausado: _____	
Tartamudeo: _____	Balbuceo: _____	Dislexia: _____	Afasia: _____	Dislalia: _____	Dialecto: _____	

PERSONALIDAD						
Alegre: _____	Tímido: _____	Violento: _____	Sarcástico: _____	Noble: _____	Pasivo: _____	OBSERVACIONES
Hiperactivo: _____	Enojo: _____	Impulsivo: _____	Retador: _____	Superioridad: _____	Inferioridad: _____	
Otro: _____						

11. VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

11. VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES	
Religión que practica y frecuencia de asistencia: _____	OBSERVACIONES
Valores que se consideran importantes: _____	
¿Cómo influye su religión o creencia en su vida?: _____	
¿Cómo influye su religión en el proceso de enfermedad?: _____	

12. TRABAJAR Y REALIZARSE

TRABAJO / OFICIO / TIPO DE TRABAJO (eventual, base, etc)	
Ingreso económico mensual: _____	OBSERVACIONES
¿La enfermedad causado problemas emocionales, laborales, económicos y familiares? _____	
¿Conoce o conoces los cuidados que se deben tener para la enfermedad? ¿Cuáles? : _____ _____	

13. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

13. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	
¿Realiza o quisiera realizar algún deporte?: _____	OBSERVACIONES
¿Qué le gusta hacer en sus tiempos libres?: _____	
¿Cuánto tiempo dedica a su persona?: _____	
¿Cuánto tiempo dedica a distraerse y en qué actividad?: _____	



14. APRENDIZAJE

ESCOLARIDAD	
<p>Escolaridad del paciente:</p> <p>_____</p> <p>Escolaridad de los padres (si el paciente es dependiente):</p> <p>_____</p> <p>¿Qué le gustaría estudiar?:</p> <p>_____</p> <p>¿Qué le gustaría aprender?:</p> <p>_____</p>	OBSERVACIONES

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD	
<p>¿Sabe cuál es su estado de salud actual?: Bueno Malo: _____ Regular : _____ No se: _____</p> <p>_____</p> <p>Se ha tomado estudios de laboratorio: Si: _____ No: _____ Cuales: _____</p> <p>_____</p> <p>¿Cuántas veces al año acude al médico general?:</p> <p>_____</p> <p>¿Cuántas veces al año acude al dentista?:</p> <p>_____</p> <p>¿La información que ha recibido ha sido clara, confusa, completa, insuficiente?</p> <p>: _____</p>	OBSERVACIONES

15. SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

MUJER	
<p>Edad de la menarca: _____ Ritmo, flujo, de menstruación: _____</p> <p>Dismenorrea: _____ Fecha de última menstruación: _____</p> <p>Higiene de zona íntima (frecuencia, uso de sustancias etc.):</p> <p>_____</p> <p>¿Se ha realizado Papanicolaou y cuando fue la última vez?:</p> <p>_____</p> <p>¿Cuáles han sido sus resultados y tratamientos?:</p> <p>_____</p> <p>¿Se ha realizado mastografía y cuando fue la última vez?:</p> <p>_____</p> <p>¿Sabe realizarse la exploración de mama?:</p> <p>_____</p> <p>¿Cuál es su método de planificación familiar?:</p> <p>_____</p> <p>¿Cuándo inicio la menopausia?:</p> <p>_____</p>	OBSERVACIONES



Numero de gestaciones: _____ _____ Todos sus hijos viven: _____ ¿Tiene antecedentes de cirugía genital?: _____	Número de partos: _____ _____ Número de cesáreas: _____ _____ Número de abortos: _____ _____
---	---

HOMBRE	
Higiene de zona genital (frecuencia, uso de sustancias etc.): _____	OBSERVACIONES
¿Se ha realizado el antígeno prostático?: _____	
¿Le han realizado exploración médica genital?: _____	
¿Cuál es su método de planificación familiar?: _____	
¿Tiene antecedentes de cirugía genital?: _____	

ESTUDIOS PARACLÍNICOS
Exámenes de Laboratorio Generales:
Exámenes de Laboratorio Especiales
Estudios de Gabinete.

TRATAMIENTO MÉDICO



FORMULACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	ANÁLISIS DEDUCTIVO	GRADO DE DEPENDENCIA	ROL ENFERMERÍA
			Etiqueta diagnóstica: Patrón Dominio Clase	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante
				Voluntad	Compañera
			Etiqueta diagnóstica: Patrón: Dominio: Clase:	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante
				Voluntad	Compañera
			Etiqueta diagnóstica: Patrón: Dominio: Clase	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante
				Voluntad	Compañera
			Etiqueta diagnóstica: Patrón: Dominio: Clase	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante
				Voluntad	Compañera
			Etiqueta diagnóstica: Patrón: Dominio: Clase	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante
				Voluntad	Compañera



PLAN DE CUIDADOS

DOMINIO: _____ CLASE: _____		DOMINIO: _____ CLASE: _____		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: FACTOR RELACIONADO CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	RESULTADO ESPERADO: ESCALA LIKERT 1. 2. 3. 4. 5.			
	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO				



CAMPO: **CLASE:**
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



PLAN DE ALTA

NOMBRE DEL USUARIO (A): _____		
SEXO: _____	EDAD: _____	SERVICIO: _____
DIAGNÓSTICO DE EGRESO: _____	FECHA DE INGRESO: _____	FECHA DE EGRESO: _____

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

RESUMEN:

ACCIONES ENCAMINADAS CON EL RÉGIMEN DIETÉTICO:

DIETA:

EJERCICIO:

TRATAMIENTO:

ACCIONES ENCAMINADAS PARA EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD:



MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EL LOGRO DE LA INDEPENDENCIA:

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO:

SIGNOS DE ALARMA:

RECUERDE:

Acudir a su cita a la consulta externa en _____ o bien con un médico familiar para continuar con su tratamiento. Es importante que colabore con nosotros para establecer y/o conservar su salud.

NOMBRE DEL CUIDADOR PRIMARIO: _____

NOMBRE DE LA ENFERMERA: _____