



ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA

DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ

INCORPORADA A LA UNAM

CLAVE 8715/12

PROCESO CUIDADO ENFERMERO

“Atención al paciente con Neumonía Asociada a la Comunidad (NAC)”

PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

FABIOLA OJEDA RUIZ

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 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.

ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA

DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ

INCORPORADA A LA UNAM

CLAVE 8715/12

PROCESO CUIDADO ENFERMERO

“Atención al paciente con Neumonía Asociada a la Comunidad (NAC)”

PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

FABIOLA OJEDA RUIZ

ASESOR

L.E.O. Miguel Ángel Pérez López

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021

CARTA DE ACEPTACIÓN DEFINITIVA DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO
PARA LA TITULACIÓN DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Los suscritos miembros del proceso de titulación de:

FABIOLA OJEDA RUIZ

Hacemos constar que hemos evaluado y aprobado el trabajo:

“Proceso Cuidado Enfermero Atención al paciente con Neumonía Asociada a la
Comunidad (NAC)”

En vista de lo cual extendemos nuestra autorización para que dicho trabajo sea
sustentado en examen de grado de Licenciatura en Enfermería.

L.E.O. Miguel Ángel Pérez López

Tutor

M.E.y.A.S. Clara Elena Infante
Granja

Presidente

L.E.O. Luz Esperanza Hernández Terrazas M.E.y.A.S. Rita de Guadalupe Martínez Rocha

Secretaria

Vocal

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021

INDICE

I. RESUMEN	8
II. INTRODUCCION	9
III. JUSTIFICACION	11
IV. OBJETIVOS	13
4.1 Objetivo General	13
4.2 Objetivos específicos	13
V. MARCO TEORICO	14
5.1 Enfermería como profesión disciplinaria	14
5.2 El cuidado como objeto de estudio	16
5.3 Proceso de atención de Enfermería	18
5.4 Modelo de Atención de Enfermería	19
5.5 Modelo teórico utilizado para la elaboración del Proceso Cuidado Enfermero	19
5.6 Método de valoración utilizado en la elaboración del proceso cuidado enfermero	22
5.7 Etapas del proceso Cuidado Enfermero	24
5.7..1 Valoración	24
5.7.2 Diagnóstico	25
5.7.3 Planeación	27
5.7.4 Ejecución	28
5.7.5 Evaluación	28
VI. Problema de Salud (Neumonía Asociada a la Comunidad)	30
6.1 Definición	30

6.2 Epidemiología	30
6.3 Clasificación	30
6.4 Etiología	31
6.5 Fisiopatología	31
6.6 Signos y síntomas	33
6.7 Tratamiento	34
6.8 Complicaciones	34
VII HISTORIA CLINICA	35
Patrones funcionales de Marjory Gordon (valoración inicial)	
7.3 Diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones	39
7.4 Valoración intermedia	47
7.5 Diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones (valoración intermedia)	48
7.6 Valoración Final	50
7.7 Diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones (Valoración final)	51
VIII PLAN DE ALTA	53
IX CONCLUSIONES	55
X REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	56
XI GLOSARIO DE TERMINOS	61
XII ANEXOS	64
12.1 Valoración de enfermería. Patrones funcionales de Marjory Gordon (Valoración inicial)	65

12.2 Cuadro de manejo de Neumonía Asociada a la comunidad	73
12.3 Escala de Braden	74
12.4 Cuadro de clasificación de Ulceras Por Presión	75
12.5 Cuadro de escala de valoración de riesgo de caídas	75
12.6 Plan de alimentación	76
12.6.1 Control de líquidos en la ERC	80
12.6.2 Hoja de intercambio de alimentos	83
12.6.3 Cirrosis hepática y tratamiento no farmacológico	85
12.7 Tratamiento farmacológico	88

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

A mi madre que ha sido un impulso, fortaleza y un apoyo siempre, a mis hermanos que han cuidado de mí en mis días más sombríos y a mis amigos quienes me han ayudado a cruzar cualquier adversidad siempre brindándome una sonrisa. Así como al paciente en que me base para realizar este proceso cuidado enfermero y a su familia por su apertura y cooperación.

FABIOLA OJEDA RUIZ

I. RESUMEN

ANTECEDENTES: de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Neumonía Asociada a la Comunidad, México presenta 3 a 8 casos de Neumonía Asociada a la Comunidad por cada 1000 habitantes, 40 % de los casos requieren hospitalización, por tanto es necesario implementar adecuadamente un plan de cuidados adecuado que en palabras de Virginia Henderson "...contribuya a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera)..."; con esto se disminuiría el riesgo de que el paciente pertenezca al 10% de los pacientes con Neumonía Asociada a la Comunidad (NAC) que ingresan a la sala de cuidados intensivos.

OBJETIVO: Elaborar el Proceso Cuidado Enfermero atención al paciente con Neumonía Asociada a la Comunidad.

METODOLOGÍA: Se identifica al paciente en el área de hospitalización con el diagnóstico de Neumonía Asociada a la Comunidad (NAC), se le valora a través de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, se realizan 3 valoraciones a lo largo del proceso, identifican los diagnósticos enfermeros prioritarios y en base a estos se planifican y ejecutan los cuidados enfermeros necesarios en el paciente para posteriormente evaluar su eficacia y replantear de ser necesario el plan de cuidados y la prioridad de los cuidados brindados.

RESULTADOS: a través de este proceso cuidado enfermero se complementaron conocimientos y habilidades respecto a dicha patología adquiridos durante la formación académica con lo cual se logró mejorar el estado de salud del paciente en un grado considerable.

PALABRAS CLAVE: patrón respiratorio, parénquima pulmonar, proceso infeccioso.

II. INTRODUCCIÓN

La enfermería es la ciencia cuyo objetivo primordial es el “cuidado integral de personas sanas o enfermas en las diferentes etapas de su vida” Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO); actualmente es considerada tanto ciencia como arte y ha demostrado hoy más que nunca su valor ante los acontecimientos mundiales.

El cuidado es la esencia de la enfermería; este es integral, abarca no solo el acompañamiento moral del paciente, también realiza intervenciones basadas en fundamentos científicos y actúa de manera interdisciplinar con otros profesionales con el fin de llevar al paciente a un estado de salud adecuado.

La neumonía asociada a la comunidad (NAC) es una enfermedad bastante común y grave en nuestro país; “es la inflamación del parénquima pulmonar causada por distintos agentes la mayoría infecciosos, aunque también puede darse debido a agentes físicos o químicos”.

En México, la NAC se presenta en 3 a 8 personas por cada 1000 habitantes de estos el 40% requieren hospitalización y el 10% requieren atención en el área de Cuidados Intensivos, la mortalidad en los pacientes con esta patología ronda el 10% de los casos dependiendo de diversos factores como la zona geográfica, estado socioeconómico y patologías subyacentes.

Si se compara la incidencia en México con la que se presenta en otros países podríamos llegar a la conclusión de que la Neumonía Asociada a la Comunidad se presenta con mayor frecuencia entre mayor sea la edad en cualquier país, la diferencia radica en la frecuencia con la que ocurre, ya que Estados Unidos de América presenta una mayor incidencia con 18.3 casos por 1000 habitantes mientras que Reino Unido presenta una de las incidencias más bajas con 1 a 4.7 casos por cada 1000 habitantes.

La intervención del profesional de enfermería es indispensable en el proceso de enfermedad, ayudando al paciente a alcanzar su máximo, en lo posible, el estado de bienestar, enseñándole acciones que promuevan su estado de salud.

Por eso es importante y trascendente elaborar un plan de cuidado de enfermería sobre la Neumonía Asociada a la Comunidad (NAC).

III. JUSTIFICACIÓN

Elaborar el proceso cuidado enfermero sobre la Neumonía Asociada a la Comunidad (NAC) tiene importancia, para facilitar su ejecución eficaz con el objeto de prevenir la presencia de complicaciones asociadas a la patología, disminuir el tiempo de estancia hospitalaria, así como de la infección asociada a la atención, además de, brindar educación tanto al paciente como a la familia, teniendo como propósito mejorar la calidad de vida.

Así como para identificar de manera temprana y oportuna la presencia de dicha patología, permitiendo ejercer un plan de cuidados y un tratamiento oportuno que disminuya las probabilidades de hospitalización. Disminuyendo de esta manera los costos de atención tanto para el sector público como para los familiares de los pacientes que busquen una atención médica privada

Es de vital importancia que el personal de enfermería cuente con un plan de cuidados para el manejo de la NAC, que guíe y permita adecuar los cuidados enfermeros de manera integral al estado de salud de cada paciente, con la finalidad de llevarlo al máximo estado de salud posible.

La neumonía es una de las patologías que afecta el aparato respiratorio y se presentan con mayor frecuencia en la población vulnerable, en los extremos de la vida, desde el lactante menor, hasta el adulto mayor, así como, en las personas inmunocomprometidas.

De no llevarse a cabo un plan de cuidados para el paciente con neumonía asociada a la comunidad, de manera personalizada, se correría el riesgo de brindar un cuidado enfermero ineficaz o que no le ayude a alcanzar el máximo potencial de acuerdo con su estado de salud.

Es posible elaborar este plan de cuidados enfermeros relacionado con la Neumonía Asociado a la Comunidad, por el profesional de enfermería, gracias a

que se cuenta con un paciente y su familia que amablemente permitieron valorar, ejecutar los cuidados, además de contar con el conjunto de información encontrada en las diferentes literaturas científicas publicados recientemente.

Por eso es factible elaborar el plan de cuidados enfermeros de la Neumonía Asociada a la Comunidad (NAC).

IV. OBJETIVOS

4.1 GENERAL

Realizar un Proceso Cuidado Enfermero a un paciente masculino con Neumonía Asociada a la Comunidad (NAC) para identificar las necesidades de salud y priorizar las intervenciones de enfermería.

4.2 ESPECÍFICOS

- 1) Analizar a la enfermería como profesión disciplinar, que le da fundamento al cuidado enfermero
- 2) Describir las etapas del proceso enfermero.
- 3) Identificar a través del modelo de Marjory Gordon los patrones funcionales en el paciente masculino con Neumonía Asociada a la Comunidad.
- 4) Elaborar un Proceso Cuidado Enfermero a través del modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson.
- 5) Identificar las necesidades de salud de un paciente masculino con Neumonía Asociada a la Comunidad.
- 6) Identificar los juicios clínicos en el paciente con Neumonía Asociada a la Comunidad.

V MARCO TEORICO

5.1 Enfermería como profesión disciplinaria

Una profesión se identifica como aquel fenómeno sociocultural en el cual intervienen un conjunto de conocimientos, habilidades, costumbres y prácticas que dependen del contexto económico, social y cultural en el que se desarrolla. “El origen de la enfermería no es otro que el origen de la misma humanidad” (Matesanz Santiago M.A, 2009) donde el cuidado, esencia de la enfermería, ha existido desde la aparición de la humanidad, desde entonces, se ha requerido de alguien que cuide de aquel que no puede hacerlo por sí mismo. La Enfermería a lo largo de los años, ha ido evolucionando hasta llegar a ser la profesión que es reconocida como pilar fundamental en el equipo de salud como se conoce actualmente.

La enfermería desde sus inicios predominaba únicamente la mujer, ya que se consideraba natural a su esencia, también por la influencia que la iglesia tenía sobre la sociedad, comenzaron a surgir las primeras agrupaciones religiosas de mujeres (diaconisas y monjas) que se dedicaban al cuidado de la población, se le considero una vocación sagrada. La función de las diaconisas era cuidar a los enfermos, alimentarlos, proporcionarles atención tanto física como emocional e incluso se aseguraban de que tuviesen ropa y dinero (Matezans Santiago M.A, 2009)

Actualmente la profesión de enfermería es inclusiva, en sus filas se puede observar a hombres y mujeres otorgando el cuidado de la salud de la población, en los diferentes estadios de vida desde el cuidado de la mujer en etapa de gestación, hasta el adulto mayor y en los diferentes escenarios (escuela, empresa, comunidad, hospitalario), lo cual le da una versatilidad y campo de acción amplio.

Por lo tanto, “el paso a la profesionalización de enfermería fue posible gracias a la documentación obtenida de órdenes religiosas pertenecientes a los hermanos de San Juan de Dios, los religiosos Camilos, las Hijas de la Caridad, los Hermanos Obregones y los religiosos Belemitas” (Alejandrina Arratia F. 2005) esta etapa de profesionalización comienza en el siglo XIX siendo mayor su crecimiento en el siglo XX.

Fue gracias a las aportaciones de Florence Nightingale, considerada la fundadora de la enfermería moderna, que esta profesión comienza a crecer y a ser tomada como una ciencia, ha sido tan importante el trabajo que realiza que Robinson, citado por Donahue

dice: “la línea divisoria entre la vieja y la nueva enfermería es la demarcación entre la enfermería pre-Nightingale y la enfermería Nightingale” (Matezans Santiago M.A, 2009)

A partir de allí, comenzaron a implementarse en todas partes del mundo sus enseñanzas, se crearon escuelas de enfermería y los hospitales, comenzaron a trabajar en conjunto, para facilitar la práctica guiada. En los lugares con conflictos bélicos, se beneficiaban al satisfacer las necesidades de los hospitales de campo con el personal formado y capacitado. El recurso humano preparado, en los sucesos bélicos (incluyendo la primera guerra mundial) aumentó el deseo de mujeres principalmente, para formar parte de esta profesión (ídem).

En México, el crecimiento de enfermería fue impulsado por el Porfiriato a partir de la creación de la escuela práctica y gratuita de enfermería, y la fundación de la escuela de enfermeras en el Hospital General de México. El modelo de enseñanza se basó en el modelo de Nightingale, se enseñaba sobre la limpieza propia y de los pacientes, el registro de signos vitales, la administración de alimentos y medicamentos, curaciones entre otras cosas (Olguin Martínez M. d L. 2018).

La enfermería en el país, amplió sus funciones no solo el cuidado de las personas enfermas y heridas, si no también, se enfocó en la prevención y protección de la salud de la población. La Escuela de Salubridad de México hoy llamada Escuela de Salud Pública de México permitió que la enfermería entrara en una etapa de profesionalización en el área de la salud pública al iniciar el curso “enfermera visitadora” en 1925 (Instituto Nacional de Salud Pública, 2021).

Con la fundación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1944, se considera que “nace el concepto de enfermería moderna en México” (Torees Barrera S., Zambrano-Lizarraga E. 2010), un punto importante fue la planeación de la atención médica desarrollada por el IMSS, que incluía y separaba las funciones de la enfermera de las del médico. Crea la capacitación de acuerdo a las necesidades que requiriere para satisfacer las necesidades de la población derechohabiente que atiende (Enfermera pediatra, quirúrgica, intensivista, nefróloga, salud pública, en gestión y enseñanza, entre otros).

Instituciones educativas fueron surgiendo a lo largo del país, quienes buscan fomentar la educación profesional de la enfermería, se logra la profesionalización con la formación de licenciadas en enfermería, para después ampliar la estrategia educativa a la creación de

diversas maestrías y doctorados, con lo que se pone de manifiesto el continuo crecimiento que se tiene para elevar la profesionalización de la enfermería

5.2 El cuidado como objeto de estudio

Al continuar con la historia, se llega a las sociedades arcaicas superiores (entre la prehistoria y el mundo clásico) en donde la responsabilidad del cuidado recaía en los sacerdotes, hombres cultos que vivían en los templos y eran mantenidos por el pueblo. (Campos, 2009)

En México la historia del cuidado se remonta al periodo prehispánico; como lo refiere la Dra. Patricia Cuevas y Dulce M. Guillén en su artículo "Breve historia de la Enfermería en México", a la persona que se dedicaba al cuidado de los enfermos se le llamaba "Ticitl", en lugares que podían considerarse hospitales llamados "tiuhuacan", sin embargo, en esa época el brindar cuidado no se consideraba una actividad honrosa, ya que, esta se delegaba a esclavos y sirvientes (Olguin Martínez M. D.L, 2018).

La partería se consideraba una actividad relevante solo para las mujeres, eran llamadas "tlamatqui-ticitl", se encargaban de acompañar a la mujer durante todo el embarazo, adquirían el conocimiento de parteras de la experiencia de madres y abuelas, eran ellas quienes se comunicaban y oraban a las diosas Xochiquetzal y Centeótl por su vínculo femenino con ellas (ídem).

Fue hasta la aparición de Florence Nightingale quién surge en la época moderna y marca por completo el sentido del cuidado, ya que la práctica médica, nunca pudo conceptualizar el cuidado de los enfermos, al igual que no logró estructurarlo realmente para que pudiera tener un impacto significativo como terapéutica (ídem).

Con la llegada de la tecnología, a finales del siglo XIX, el cuidado se orientó más al restablecimiento de la complejidad biológica. Esto generó que el cuidado se aislara y abandonara, hasta convertirse en cuidar de la enfermedad (ídem).

Por lo tanto, el cuidado se enfoca específicamente a que las enfermeras profesionales sean las responsables de planificar y ejecutar cuidados. Ellas poseen el conocimiento, sobre los cuidados que pueden ofrecer, desde que están en contacto con el paciente que solicita el cuidado. Así hablar de un método para su aplicación, lleva a la reflexión de que se requiere de un marco conceptual para construir la organización del plan de cuidados (Campos, 2009).

La meta final del desarrollo teórico de enfermería es el desarrollo de teorías que guíen el cuidado de enfermería que se brinda a los pacientes. Varios modelos y conceptualizaciones teóricas hacen referencia a este aspecto terapéutico como son: el uso de la empatía, la estimulación por tacto (toque terapéutico), el rol suplementario, la manipulación de los estímulos residuales, focales y contextuales (Velandia Mora A. L., 2010).

Bajo este panorama el concepto del cuidado ha transitado en tres etapas: El cuidado de la vida, cuidado del paciente como humano y el cuidado aprendido por la práctica, fundamentando el conocimiento epistémico de la enfermera. Con ello, se establece que el Cuidado Profesional de Enfermería se define, como: la esencia de la disciplina tiene como fin el cuidado integral del paciente en condiciones de salud y enfermedad, mediante acciones de cuidado y enseñanza en el mantenimiento y conservación de la vida, con conocimientos científicos y humanísticos que permiten mantener el bienestar del paciente (Campos, 2009).

5.3 Proceso de atención de Enfermería

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), quienes consideraron el proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución), Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales, al añadir la etapa diagnóstica. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Los objetivos del proceso de atención en enfermería son:

- 1- Permitirle al paciente participar en su propio cuidado
- 2- Garantizar la respuesta a los problemas de salud reales o potenciales
- 3- Brindar atención individualizada de calidad
- 4- Identificar problemas asociados únicamente al paciente.

Por tanto, para el profesional de Enfermería es su herramienta metodológica, para otorgar el cuidado al paciente de manera integral, con un sustento con base científica, en cada una de las intervenciones que otorga, de manera que realiza actividades asistenciales, educativas, gerenciales y de investigación, bajo el sustento teórico que le dan la resignificación al hacer y quehacer del profesional de Enfermería.

De esta manera, el Proceso Enfermero es el sustento teórico y metodológico, que utiliza el profesional de Enfermería en su práctica concreta en cualquier campo de acción en el que se desarrolle, ya sea desde la comunidad, la escuela, la empresa, la clínica de primer nivel de atención hasta los grandes centros médicos de atención médica especializada.

5.4 Modelo de Atención de Enfermería

Las grandes teoristas de enfermería además de Nightingale fueron: Peplau, Henderson, Orem, Rogers por mencionar algunas que han impulsado el desarrollo intelectual y la profesionalización de la enfermería. Tienen como finalidad principal “la formación de enfermeras científicas, aptas, competentes, comprometidas y con un alto sentido humanístico con el objetivo de brindar cuidados enfermeros de alta calidad” (Torres Barrera S., Zambrano-Lizarraga E. 2010). Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí.

Las características del Proceso Enfermero son:

1. **Tiene una finalidad:** Se dirige a un objetivo.
2. **Sistemático:** Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
3. **Dinámico:** Responde a un cambio continuo.
4. **Interactivo:** Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera, el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
5. **Flexible:** Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidad. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.

6. **Tiene una base teórica:** El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

5.5 Modelo teórico utilizado para la elaboración del Proceso Cuidado Enfermero

Los modelos teóricos enfermeros permiten definir de manera más clara el propósito y naturaleza de la enfermería; una de las teorías que resulta ser mejor aceptada en la práctica asistencial fue creada por Virginia Henderson la cual fue denominada “14 necesidades básicas”.

Esta teoría ha demostrado ser flexible ya que se ha aplicado exitosamente junto con el PCE, la NANDA, NOC, NIC; además de permitirle al profesional de enfermería no solo trabajar de forma autónoma, sino también, de manera interdependiente.

Fue en el libro “The Nature of Nursing” (1966) en que V. Henderson establece una definición propia de enfermería, “legítima” la función de la enfermera como profesional independiente y delimita su área de colaboración en las actividades interdependientes además de brindarle al paciente un papel activo en su proceso de salud.

Henderson propone que la etapa de la enfermería en que se le considera “el arte milenario del cuidado” ha quedado atrás para pasar a ser “la ciencia del cuidado” tomando en cuenta no solo el modelo biomédico sino también las necesidades y respuestas humanas adoptando el método científico.

Los metaparadigmas definidos por Henderson son:

Enfermería: servicio de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas.

Persona: ser integral, una unidad de componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí.

Entorno: conjunto de factores y condiciones externas, entre ellas las relaciones con la familia y comunidad, sus condiciones son dinámicas y pueden afectar la salud y el desarrollo.

Salud: máximo grado de independencia que permite la mejor calidad de vida, satisface las 14 necesidades básicas; necesita independencia para satisfacer las necesidades básicas por si misma

En su libro V. Henderson nos plantea: “La función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible”.

Las 14 necesidades 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 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.

5.6 Método de valoración utilizado en la elaboración del Proceso Cuidado Enfermero.

La valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon aporta una serie de ventajas al proceso: los patrones pueden ser utilizados independientemente del modelo enfermero del que se parta, se adaptan al ámbito de la atención primaria de salud, permiten estructurar y ordenar la valoración, tanto a nivel individual, familiar como comunitario, a lo largo del ciclo vital de la persona, en situaciones de salud o enfermedad además de facilitar, claramente la siguiente fase de diagnóstico enfermero, al estar en el origen de la clasificación por dominios de la NANDA (Álvarez Suarez J.L, del Castillo Arévalo F., Fernández Fidalgo D., Muñoz Meléndez M, 2010).

M. Gordon define los patrones como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial, que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología (ídem).

En la valoración por patrones se obtiene una importante cantidad de datos relevantes de la persona (físicos, psíquicos, sociales, del entorno), de una manera ordenada, lo que facilita a su vez el análisis de los datos recogidos. La valoración se realiza mediante la recogida de datos subjetivos y objetivos, así como de la revisión de la historia clínica o informes de otros profesionales, en donde se evita el tener connotaciones morales (bueno- malo), hacer presunciones, interpretar subjetivamente o cometer errores a la hora de emitir un resultado, ya que se realiza la recogida de datos a partir de una base metodológica (ídem).

De manera que establece un sistema unificado de valoración y un lenguaje enfermero estandarizado para avanzar en un proceso asistencial de calidad, así también, el proceso favorece el homogeneizar el sistema de registro y unificar los criterios de interpretación del resultado de la valoración para evitar discrepancias de un profesional a otro (ídem).

M.Gordon proporciona una clasificación de 11 patrones funcionales de salud que describen todas las áreas que comprende el ser humano, en cada uno el profesional de salud debe recoger datos sobre la conducta disfuncional y funcional del paciente (Manual CTO, 2018).

Los patrones que propone Marjoy Gordon son:

PATRONES FUNCIONALES	
1. Percepción manejo de la salud	Salud y bienestar percibido por el paciente y manejo de su salud.
2. Nutricional metabólico	Necesidades metabólicas y aporte de nutrientes.
3. Eliminación	Función excretora (intestino, vejiga y piel)
4. Actividad-ejercicio	Ejercicio, actividad y ocio
5. Sueño-descanso	Sueño, descanso y relajación
6. Cognitivo-perceptual	Sensibilidad, percepción y cognición
7. Auto percepción-auto concepto	Autoconcepto del paciente y la percepción del estado de ánimo
8. Rol-relaciones	Compromiso del rol y relaciones
9. Sexualidad-reproducción	Satisfacción sexual y patrón reproductivo
10. Adaptación-tolerancia al estrés	Afrontamiento general y efectividad en términos de tolerancia al estrés
11. Valores-creencias	Valores, metas o creencias

Tabla1.2 (Manual CTO 2018 p.13).

En cada uno de estos patrones se puede generar una serie de actividades para la recogida de datos y permita realizar la valoración integral al paciente, emitir el juicio clínico y generar el plan de intervenciones de enfermería, además de, evaluar la efectividad de los cuidados otorgados.

5.7 ETAPAS DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO

El proceso Enfermero se basa en el sustento del método científico, en la práctica asistencial, permite a los profesionales de Enfermería prestar los cuidados que se demandan, de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática. Se trata de brindar los cuidados en los que irán incluidas actividades asistenciales, docentes, gestoras, investigadoras y preventivas por parte de Enfermería hacia el paciente, permitiendo realizar dichas actividades de forma más completa y eficaz. (González, 2011).

El proceso enfermero se divide en cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, implementación y evaluación. Cada una de estas etapas tienen una función específica que le dan el sustento científico al quehacer del profesional de Enfermería.

5.7.1 VALORACIÓN

Es el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente. Se puede hacer basándose en distintos criterios, siguiendo un orden por "sistemas y aparatos" o por "patrones funcionales de salud". Se recogen los datos, que han de ser validados, organizados y registrados (ídem).

Para hacer más eficiente la etapa de valoración se divide en Fases:

1. **Recogida de datos:** Primer contacto enfermera-paciente, dinámico y continuo, esencial para obtener información.
2. **Validación de datos:** Confirma los datos y determina si responden a los hechos que sean congruentes.
3. **Organización de datos:** Se adapta al modelo a utilizar y marco de referencia de datos proporcionados por el paciente.
4. **Registro de datos:** Base de la teoría, investigación y comunicación legal.

Existen 4 tipos de datos para recopilar información obtenida del mismo paciente o familia estos son:

- 1- **Datos objetivos:** medibles, tienen garantía de que existen ya que los puede comprobar (signos vitales, somatometría, heridas).
- 2- **Datos subjetivos:** no existe garantía de que realmente existen, solo se basan en la opinión o percepción del paciente (nauseas, mareos, fatiga).
- 3- **Datos históricos:** antecedentes. (Acontecimientos o situaciones relacionadas con el estado de salud-enfermedad que han ocurrido en el pasado del paciente).
- 4- **Datos actuales:** datos sobre el problema de salud actual (García, 2011).

Con el conjunto de los datos recogidos se procede a su análisis y a la emisión de juicio clínico o diagnóstico enfermero sobre el estado de salud o enfermedad del paciente a quien se le ha realizado la valoración.

5.7.2 DIAGNOSTICO

Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería, con el objeto de resolverlo o aminorarlo. En el diagnóstico se va a exponer el proceso mediante el cual se establecerá un problema clínico y de acuerdo con la manera de formularlo, se da la pauta para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Al igual que en la valoración, la etapa de diagnóstico se divide en estas fases:

- 1- **Identificación de problemas:** Análisis de los datos significativos, ya sean dados o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis.
- 2- **Síntesis:** confirmación, o la eliminación de las alternativas.
- 3- **Formulación de problemas:** Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

En esta fase, se identifican los problemas y se formulan, tanto los diagnósticos de enfermería como los problemas interdependientes, es decir, aquellos problemas de salud en los que enfermería tiene participación en conjunto con otro miembro del equipo interdisciplinario de salud.

Al emitir el juicio clínico o diagnóstico enfermero, éste se puede expresar de diferentes tipos y estos pueden ser:

- 1- **Diagnóstico Real:** consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología (E) + signos/síntomas (S).
- 2- **Diagnóstico de Alto riesgo:** es un juicio clínico que consta de dos fases, formato PE: problema + etiología. Posible: describen un problema sospechoso para el que se necesitan datos adicionales, consta del formato PE.
- 3- **Diagnóstico de bienestar:** que describen un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado que pretende alcanzar el paciente.
- 4- **Síndromes diagnósticos** Se usa cuando el diagnóstico se asocia a otros diagnósticos de idéntico peso dentro del problema, formando un grupo. Ejemplo: Síndrome traumático de violación. (Gálvez R.E., 2011).

Actualmente los diagnósticos de enfermería están compuestos por una serie de elementos para ayudar a la identificación y ejecución del proceso cuidado enfermero:

- 1- **Etiqueta:** proporciona el nombre del diagnóstico, describe el problema real o potencial.
- 2- **Definición:** Define el significado de la etiqueta en forma clara y precisa para ayudar a diferenciar diagnósticos similares.
- 3- **Factores relacionados:** Es la etiología, son situaciones clínicas y personales que pueden modificar el estado de salud e interferir en el desarrollo del problema. Pueden ser causas fisiopatológicas, relacionadas con el tratamiento, circunstanciales y de desarrollo o madurez.
- 4- **Características definitorias:** Son las evidencias clínicas que describen conductas o signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica.
- 5- **Factores de riesgo:** Son factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de un individuo, familia o comunidad ante un evento no saludable.
- 6- **Código:** Serie de números, sirve para identificar y diferenciar los diagnósticos de enfermería y permite su captura informática.

5.7.3 PLANEACIÓN

Una vez se concluye la valoración y se han identificado los posibles problemas interdependientes, así como, los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados enfermeros. Es en esta fase, donde se ponen en práctica los cuidados de enfermería, que conduzcan al paciente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

Al igual que en la valoración y en el diagnóstico enfermero, la planeación se estructurarse en tres fases:

- 1- **Orden de prioridades en el tratamiento de los problemas.** Respecto a esta fase, se recomienda que un plan de cuidados correcto contempla, por un lado, los diagnósticos de Enfermería y por otro, los problemas clínicos existentes. Después

habrá que priorizar los cuidados, identificando correctamente cuales son más urgentes y prioritarios para la salud del paciente.

2- Objetivos por conseguir. Esta fase se centra en la toma de decisiones de las medidas preventivas oportunas, orientarse en el estudio y vigilancia del diagnóstico precoz, vigilar la evolución y las medidas correctoras oportunas. Para elaborar dichos objetivos, se toma en cuenta el patrón funcional o la respuesta humana alterada y, se centran los objetivos directamente en el paciente.

3- Acciones de Enfermería. En esta fase se implementan todas aquellas acciones que tienen un efecto en la salud del paciente, estas acciones pueden ser tanto preventivas, implementadas a través de la educación para la salud, como asistenciales, con las cuales, se busca mejorar o evitar el desgaste de la salud del paciente.

5.7.4 EJECUCIÓN

Es la cuarta etapa del plan de cuidados Enfermero, aquí, es cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. Se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales de cada persona tratada. La etapa de la ejecución contempla las siguientes fases:

- 1- Continuar con la recolección y valoración de datos.
- 2- Realizar las actividades de enfermería.
- 3- Registrar los cuidados de enfermería.
- 4- Dar los informes verbales de enfermería.
- 5- Mantener el plan de cuidados actualizado

El enfermero realiza las intervenciones adecuadas según considere en base a su análisis crítico y experiencias previas, sin dejar de un lado la opinión y deseos del paciente (consentimiento informado) así como de los profesionales del equipo multidisciplinario. Dichas intervenciones enfermeras están dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y satisfacción de las necesidades de cada paciente.

5.7.5 EVALUACIÓN

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

Se considera que existen 2 criterios que deben cumplirse, el que tan eficaz y efectiva fueron las intervenciones que se realizaron.

El proceso de evaluación consta de dos fases:

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

La evaluación de los cuidados enfermeros, son interpretados con el fin de poder establecer conclusiones, que sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio.

Las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que se pueden llegar son:

- 1- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- 2- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, sin embargo, nos puede conducir a plantear otras actividades.
- 3- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir.

En este último caso se realiza una nueva revisión del problema, de los resultados esperados y de las actividades llevadas a cabo.

A la hora de registrar la evaluación es conveniente evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», entre otros, es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica, de la evolución del paciente y en los registros de la hoja de enfermería.

La etapa de la evaluación tiende a ser continua, lo que permite observar la evolución del paciente, replantear los planes de cuidado y las intervenciones con el fin de lograr una atención efectiva y de calidad.

VI PROBLEMA DE SALUD (Neumonía Asociada a la Comunidad)

6.1 DEFINICIÓN

La neumonía es aquella lesión inflamatoria pulmonar, en respuesta a un proceso infeccioso del parénquima pulmonar, el cual puede involucrar la parte distal de las vías respiratorias e incluso afectar el intersticio alveolar; pueden presentarse infiltrados pulmonares en algunas ocasiones.

Se considera neumonía adquirida en la comunidad a aquella que se contrae fuera de un hospital o, dicho en otras palabras, que la paciente no se haya encontrado hospitalizado en los 7 a 14 días antes de presentar síntomas o en su defecto que estos aparezcan en las primeras 48 horas de su ingreso al hospital.

6.2 EPIDEMIOLOGIA

“La incidencia de la Neumonía Asociada a la Comunidad (NAC) (de acuerdo a la Guía de práctica clínica prevención, diagnóstico y tratamiento de la neumonía asociada a la comunidad), en nuestro país varía de 3 a 8 casos por 1000 habitantes al año, de estos, el 40% de los pacientes requieren ingreso hospitalario y un 10% de ellos necesitan ser admitidos en la unidad de cuidados intensivos”.

La probabilidad que tiene un paciente que adquiere neumonía asociada a la comunidad de requerir una atención hospitalaria o especializada en cuidados intensivos dependerá de las condiciones de salud del paciente contando la edad, las comorbilidades, entre otras. Tiende a ser más frecuente en invierno principalmente en adultos varones mayores de 65 años.

6.3 CLASIFICACIÓN

La neumonía se clasifica en base al agente causal (neumocócica, estafilocócica, por *Klebsiella pneumoniae* o *Legionella pneumophila*), y por la forma en la que se ven afectadas las vías aéreas, es decir, por su anatomopatología (lobar, bronconeumonía, necrotizante, absceso pulmonar y neumonía intersticial).

Aunque la clasificación que se considera más importante es en base al tipo de huésped (inmunocomprometido o inmunocompetente) y al lugar en que se adquirió la infección (adquirida en la comunidad, NAC; o intrahospitalaria, NIH).

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) se clasifica a su vez en típica (bacteriana), atípica (producida por virus o bacterias atípicas) y no clasificable (casos que no cumplen los criterios que permitan incluirlos en los otros 2 grupos).

6.4 ETIOLOGÍA

El principal microorganismo causal de la Neumonía Adquirida en la Comunidad es el *S. Pneumoniae* en un 40 al 60% de los casos.

Las bacterias que se encuentran con mayor frecuencia asociadas a esta patología son *Streptococcus pneumoniae* (predomina en meses fríos), *mycoplasma pneumoniae* (causa más frecuente de la forma atípica, suele ser más común en escolares y adolescentes), *Chlamydia pneumoniae*

Sin embargo, el tipo de agente causal más frecuente presentado tiende a variar dependiendo del rango de edad en que se presente, por ejemplo, en los extremos de la vida suelen encontrarse con mayor frecuencia los virus, como la influenza tipo A, el VRS, Rinovirus, Metaneumovirus, Adenovirus, Bocavirus (HBoV) (Úbeda Sansano M.I., 2013).

De acuerdo con la Guía de Práctica Clínica de prevención, diagnóstico y tratamiento de la neumonía asociada a la comunidad los microorganismos que es menos frecuente encontrar son la *Legionella pneumophila* y *Haemophilus influenzae*.

6.5 FISIOPATOLOGÍA

Normalmente la vía aérea, así como cualquier otra parte del cuerpo tiene un sistema de defensa, cuenta con sistemas de barrera además de inmunidad celular y humoral, por lo tanto, para que se genere la neumonía asociada a la comunidad el microorganismo causal ingresar al sistema respiratorio hasta llegar a los alveolos.

La principal forma de transmisión es a través de gotitas (expedidas por personas infectadas al toser o estornudar) o en algunos casos por aspiración del microorganismo, que ya se encuentra previamente alojado en las vías aéreas superiores. Inclusive pueden darse casos

en que la transmisión puede ser vertical o por inoculación directa, es decir, al existir una lesión en alveolos con un objeto contaminado o a través de un foco de infección contiguo.

Habitualmente el cuerpo se encarga de eliminar microorganismos patógenos que entran en nuestro cuerpo sin que sea perceptible, generan una reacción perceptible o apenas perceptible para nosotros. En caso de la neumonía, para que se genere la patología como tal, el microorganismo causal lograr atravesar las principales barreras (vellos nasales, mecanismo mucociliar traqueobronquial) y la microbiota propio de las vías aéreas que una de sus funciones es atacar a cualquier otro microorganismo ajeno, además de esquivar a los macrófagos alveolares que junto con las proteínas tensioactivas A Y D, barreras de inmunidad innata (que se encargan de unirse y eliminar las células apoptóticas).

En caso de que el microorganismo patógeno ya sea por su patogenicidad, su número o la inmunidad del huésped, logre atravesar las barreras de defensa del sistema respiratorio, se activa una cadena inflamatoria iniciada por la acción de citocinas proinflamatorias y comienzan a aparecer todos los signos y síntomas asociados a la Neumonía Asociada a la Comunidad (NAC).

En cuadros clínicos severos aparecen algunos mediadores proinflamatorios como IL-1, factor de necrosis tumoral (TNF α), IL-8 y el factor estimulante de colonias de granulocitos (G-CSF); la acción de estos mediadores tiene como consecuencia la liberación de neutrófilos en los alveolos, produciéndose una fuga alveolo-capilar. El daño alveolar producido se puede apreciar en forma de hipoxemia, además de ser claramente visible en radiografías de tórax.

El daño pulmonar a partir de la generación de moléculas proinflamatorias se genera en varias fases.

1. Aparición de exudado de contenido proteico que genera edema pulmonar.
2. Aparecen glóbulos rojos en grandes cantidades, a lo que se le llama hepatización.
3. Los glóbulos rojos presentes se lisan/degradan y el número de neutrófilos aumenta.
4. Hay sedimentación de fibrina.
5. La respuesta inflamatoria comienza a ceder.

6.6 SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los síntomas clínicos que se presentan en la Neumonía Asociada en la Comunidad (NAC) son: tos (41%), fiebre, disnea, taquipnea, dolor torácico pleural, taquicardia y producción de esputo (en la neumonía bacteriana suele ser purulento); incluso se puede presentar en mucha menor frecuencia alteraciones en el estado de conciencia, náuseas, vómito y diarrea. “Una clínica infecciosa aguda y un nuevo infiltrado son las características de la neumonía” (Alvarez Martínez C.J., 2005).

La Neumonía Adquirida en la Comunidad típica asociada a neumococos suele iniciar con edema en el espacio aéreo distal que suele extenderse a los ápices adyacentes; en etapa inicial, se encuentran pocas células inflamatorias posteriormente, se agrava el cuadro con la aparición de hematíes en espacios alveolares, seguido por un infiltrado polimorfonuclear profuso; a esta evolución de la patología se le llama patrón neumocócico o de ocupación alveolar.

Su cuadro clínico característico suele ser la fiebre alta de inicio brusco, dolor pleurítico, tos con expectoración purulenta herrumbrosa y leucocitosis con neutrofilia además de encontrarse datos radiológicos de consolidación pulmonar.

En cambio, cuando la Neumonía Adquirida en la Comunidad es atípica (por *S. aureus* o bacilo Gram negativo) tiene un inicio claro y lento, es decir, comienza con síntomas de tipo catarral fiebre moderada, tos seca irritativa y poco productiva, disnea, hasta que se produce la bronconeumonía, aparece una extensa infiltración polimorfonuclear; en este caso, la lesión se localiza tanto en los bronquiolos como en los espacios aéreos distales en forma de “parches”.

Toma importancia la exploración clínica para un diagnóstico exacto, este se basa en el cuadro clínico y en los resultados apreciados en una radiografía de tórax. La Guía de Práctica Clínica de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Neumonía Adquirida en la Comunidad refiere que “la evidencia radiográfica de neumonía se define, como la presencia de consolidación como es la opacidad densa o esponjosa con o sin broncograma aéreo. O pueden aparecer otros infiltrados (densidades intersticiales o alveolares lineales e incompletas o infusión pleural)” (GPC Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Neumonía Adquirida en la Comunidad, 2017).

6.7 TRATAMIENTO

El tratamiento se basa en la aplicación de fluidos con solución salina o glucosada al 5%, antibióticos, reposo y manejo de complicaciones. La administración de oxígeno suplementario se recomienda en pacientes cuya de saturación este por debajo del 94%, antiinflamatorios no esteroideos. Se sugiere iniciar con amoxicilina, macrolidos o tetraciclina en pacientes alérgicos a las penicilinas.

En pacientes con cuadros graves que son ingresados en el área de cuidados intensivos se utiliza un antibiótico betalactámico (ceftriaxona, cefotaxima, ceftarolina o ampicilina) por vía intravenosa, asociado a un macrólido o quinolona.

6.8 COMPLICACIONES

Las complicaciones de la neumonía asociada a la comunidad se dan cuando la infección del parénquima pulmonar se expande a otras áreas, ya sea debido a un retraso en el tratamiento, a la ineficacia en el estado de inmunidad del paciente o lo agresivo del agente patógeno, las complicaciones principales son: derrame pleural paraneumónico, empiema pulmonar, neumotórax, fístula broncopleural, absceso pulmonar, pulmonía necrozante o necrotizante y pioneumotórax llevando en última instancia a una falla multiorgánica y la muerte.

VII HISTORIA CLÍNICA

Valoración inicial

1.- PERCEPCIÓN / MANEJO DE LA SALUD

Paciente masculino de 59 años de edad el cual ingresa por Neumonía asociada a la comunidad, cursa con enfermedades crónico-degenerativas: Diabetes Mellitus tipo II, Enfermedad Renal Crónica de 11 años de evolución y Cirrosis hepática, presenta fiebre de 38°, hipotensión arterial (80/60 mmHg), cuadro gripal y ascitis. Por lo que se procede a realizarle una paracentesis de la cual se drenan 7 litros de líquido peritoneal.

Los medicamentos que se le administran durante su estancia en el servicio de hospitalización son:

Meropenem 500mg IV cada 24 horas

Neomicina 1 tableta V.O cada 8 horas

Lactulax 5ml V.O cada 8 horas

Levotiroxina 1 tableta V.O cada 24 horas

Glucoanto de calcio 1 gramo I.V cada 12 horas

Hicrocortisona 50mg V.O cada 12 horas

Paracetamol 500 mg V.O C/8 horas PRN

Dextrosa al 50% 30 cc con glicemia capilar < 80mg/dl

2.- NUTRICIONAL / METABÓLICO

El paciente presenta dificultad para masticar y deglutir los alimentos, con rechazo de la dieta hepato-nefrótica que se le había indicado y se brinda una dieta líquida. El paciente presenta todas sus piezas dentales, aunque con decoloración asociada a los hábitos de higiene y tabaquismo; presenta dificultad para deglutir, no acepta que se le trituren las tabletas, prefiere masticarlas.

Presenta frecuentes episodios de hipoglucemia de 50-60 mg/dl, que se resuelven administrando bolos de 30 cc de glucosa al 50%, llegando a presentar una crisis en la cual se registró una glicemia capilar por tira reactiva de 40 mg/dl, acompañado de disnea importante (83%), por lo que se le administro un bolo de 50 cc de glucosa al 50%, además de aumentar el flujo oxígeno por mascarilla simple a 5 lt/min hasta su recuperación.

Presenta mucosas y tegumentos deshidratados, sin edema en miembros periféricos; abdomen globoso, turgente, doloroso al tacto con un EVA de 9. Se presenta con bajo peso para su talla.

Talla: 1.7m Peso: 50KG IMC:17.3

3.- ELIMINACIÓN

Debido a la evolución de 11 años de la insuficiencia renal crónica, el paciente no presenta micciones; presenta evacuaciones (3) amarillentas, grumosas, escasas por turno. El paciente presenta una temperatura corporal de 38° asociada al proceso pulmonar infeccioso.

4.- ACTIVIDAD/ EJERCICIO

TA: 80/60 FR: 22x´

FC. 63 x´ Sao2: 88%

El paciente presenta una respiración rápida y superficial, con tiraje intercostal, aleteo nasal ligeramente marcado; una frecuencia respiratoria de 22 respiraciones por minuto. En la radiografía de tórax del paciente se puede observar una infiltración parahiliar y basal derecha, al auscultar al paciente se pudieron escuchar estertores subcrepitantes en las bases pulmonares, aunado a una SaO₂ de 88% por lo que se le coloca oxigenoterapia a través de puntas nasales a 3 lts/min

El paciente se encuentra encamado, con limitación de los movimientos de las extremidades inferiores, observándose hipotróficos. Presenta 2 UPP, una de ellas se encuentra en el talón derecho de grado II de 3 cm de diámetro aproximadamente y la otra se encuentra en la zona glútea izquierda siendo de grado I de 8 cm de diámetro aproximadamente, ambas heridas se encuentran limpias sin datos de infección, se le realizan cambios continuos de posición.

Se le otorga un valor de 11 en la escala de Braden, así como un valor de 4 en la escala de caídas de Newman. Cuenta con una fístula arteriovenosa limpia y sin datos de infección para su tratamiento de hemodiálisis en el brazo izquierdo.

5.- SUEÑO/DESCANSO

El paciente presenta hipersomnia con estados de hipoglucemia.

6.- COGNITIVO / PERCEPTIVO

Se recibe al paciente estuporoso, poco cooperador, desorientado e irritable, tiende a arrancarse el catéter venoso periférico; conducta la cual se asocia a los niveles de glicemia.

Presenta hipoacusia sin usar algún aditamento que lo mejore, bajo tono al hablar y dislalia.

7.-AUTOPERCEPCIÓN / AUTOCONCEPTO

El paciente esta consiente de su estado de salud, conoce las enfermedades que padece, su tratamiento, así como la evolución natural de estas y las consecuencias de no llevar un apego al tratamiento adecuado. Refiere no sentir miedo ante la muerte y sentirse listo para morir.

8.- ROL / RELACIONES

Se refiere que el paciente vive actualmente con su esposa y ambos hijos. Es acompañado a tiempo completo por su familia en especial su esposa, refiere no querer que sus hijos dejen de lado el resto de sus obligaciones por cuidar de él o que se altere su estado de salud por estancias prolongadas.

9.- SEXUALIDAD /REPRODUCCION

El estado civil del paciente es casado por más de 15 años, el paciente tiene una hija la cual es enfermera y un hijo ambos mayores de edad.

10.- ADAPTACIÓN / TOLERANCIA AL ESTRÉS

Paciente se presenta estuporoso.

11.-VALORES Y CREENCIAS

El paciente profesa la religión católica, la cual puede ser un apoyo para él y su familia en momentos difíciles.

7.3 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA, RESULTADOS E INTERVENCIONES

VALORACION:		DIAGNOSTICO		PLANEACION		
Patron (es):		Dominio:		CRITERIOS DE RESULTADO		
4 Actividad / ejercicio		4 Actividad/Reposo		(NOC)		
		Clase:		Dominio: Salud fisiológica (II)	Clase: Cardiopulmonar [E]	
		4 Respuesta cardiovascular / pulmonar		Criterio de resultado:		
		Etiqueta diagnostica:		(043)Estado respiratorio: ventilación		
		[0032]		Movimiento de entrada y salida del aire en los pulmones		
Datos objetivos:		Patrón respiratorio ineficaz		Indicador(es)	Puntuacion inicial*	Puntuacion Diana*
SaO2: 88%		La inspiración y/o expiración no proporcionan una ventilación adecuada.		ESCALA LIKER		
Fr:22 x'		Factore(s) relacionados(s) factor(es) de riesgo:		(1) GRAVEMENTE COMPROMETIDO		
Infiltración parahiliar basal derecha por radiografía de tórax		Fatiga de los músculos respiratorios		(2) SEVERAMENTE COMPROMETIDO		
		Características definitorias:		(3) MODERADAMENTE COMPROMETIDO		
		Disminución de la capacidad vital:		(4) LEVEMENTE COMPROMETIDO		
		Disnea		(5) NO COMPROMETIDO		
Disnea (aleteo nasal, tiraje intercostal)		Aleteo nasal		[41501]	Levemente comprometido (4)	No comprometido (5)
		Alteración de los movimientos torácicos		Frecuencia respiratoria (22x')		
		Patrón respiratorio anormal (frecuencia respiratoria)		[41502]	Levemente comprometido (4)	No comprometido (5)
Estertores subcrepitantes en bases pulmonares				Ritmo respiratorio		
				(41503)Profundidad de la inspiración	Levemente comprometido (4)	No comprometido (5)
				(41508)Saturación de oxígeno [88%]	Moderadamente comprometido(3)	No comprometido (5)



INTERVENCIONES (NIC)		FUNDAMENTO DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACION	
Campo:	Fisiológico complejo (2)	[332004] La oxigenoterapia tiene como objetivo aumentar la fracción de O ₂ [FiO ₂] mayor que el de aire ambiente para facilitar la ventilación y saturar efectivamente la hemoglobina (Posada Diaz A., 2010)	Criterio de resultado Estado respiratorio: ventilación (043)	
Clase:	Control respiratorio (k)		Indicador(es)	Puntuacion final
INTERVENCION:	(3320) Oxigenoterapia Administración de oxígeno y control de su eficacia.	[332003] La permeabilidad de las vías aéreas facilitan el traslado de los gases a través de las estructuras pulmonares hasta los capilares pulmonares. (Ige Afuso M., 2010)	Frecuencia respiratoria (22x) [41501]	No comprometido (5) [18x]
ACTIVIDADES:	(332004) Administrar oxígeno suplementario.	[332010] Si la molécula de oxígeno pasa adecuadamente del alveolo al capilar pulmonar, se transporta a través de la corriente sanguínea unido a la hemoglobina lo que refleja la efectividad de la oxigenoterapia. (Posada Diaz A., 2010)	Ritmo respiratorio [41502]	No comprometido (4)
	(332003) Mantener la permeabilidad de vías aéreas		Produndidad de la inspiración (41503)	No comprometido (4)
	(332010) Comprobar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro)		Saturación de oxígeno (41508) [88%]	Levemente comprometido (4) [92% / JO2:PRN]



FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

VALORACION:	DIAGNOSTICO	PLANEACION	
Patron (es):	Dominio:	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	
3 Eliminación	11 Seguridad/Protección	Dominio: Salud fisiológica (II)	Clase: Regulación metabólica(I)
	Clase:	Criterio de resultado:	
	6 Termorregulación	[0800]Termorregulación	
	Etiqueta diagnostica:	Equilibrio entre la producción, la ganancia y la pérdida de calor.	
	[00008]	Indicador(es)	Puntuacion inicial*
	Termorregulación		Puntuacion Diana*
Datos objetivos:	Fluctuación de la temperatura entre la hipotermia y la hipertermia.	ESCALA LIKER	
T° corporal 38° centrigrados		(1) GRAVEMENTE COMPROMETIDO	
Fr:22x'		(2) SEVERAMENTE COMPROMETIDO	
FC: 63x'		(3) MODERADAMENTE COMPROMETIDO	
	Factore(s) relacionados(s) factor(es) de riesgo:	(4) LEVEMENTE COMPROMETIDO	
	Enfermedad	(5) NO COMPROMETIDO	
	Caracterizticas definitorias:		
Datos Subjetivos:	Aumento de la frecuencia respiratoria	[80001]	Moderadamente comprometido (3)
Somnolencia	Aumento de la temperatura corporal por encima y por de bajo del rango normal	[80013]	Moderadamente comprometido (3)
Irritabilidad		[80006]	Levemente comprometido (4)
Deshidratación			
Pérdida de apetito			



INTERVENCIONES (NIC)		FUNDAMENTO DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACION	
Campo:	Fisiológico - Complejo (2)		Criterio de resultado	
Clase:	Termorregulación (M)		Termorregulación [0800]	
INTERVENCION:	[3740]	[374001]	Indicador(es)	Puntuacion final
Tratamiento de la fiebre		Cada función corporal funciona bajo un delicado equilibrio, en el caso de la temperatura, es regulada por la parte anterior del hipotalamo; mantiene la estabilidad en los procesos cardiovasculares, respiratorios, renales, endocrinos, nerviosos y funcionamiento de los músculos. A través de la aplicación de medios físicos el cuerpo pierde el calor por evaporación, radiación y conducción. (Picón-Jaimes Y.A., 2020)	[80001] Temperatura cutánea aumentada	No comprometido (5)
ACTIVIDADES:			[80013] Frecuencia respiratoria	No comprometido (5)
[374001]	Controlar la temperatura y otros signos vitales.			
[374004]	Administrar medicamentos o líquidos I.V. (antipiréticos, antibióticos y agentes antiescalofríos)	[374004] Los medicamentos que combaten los estados febriles actúan inhibiendo la síntesis de prostaglandinas, normalizando la función del centro de control de la temperatura hipotalámico. [Benedí J., Gomez de Rio M. A., 2007]	[80006] Somnolencia	No comprometido (5)



FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

VALORACION:	DIAGNOSTICO	PLANEACION		
Patron (es): 4- Actividad / Ejercicio	Dominio: 11 seguridad/protección	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)		
	Clase: 2 lesión física	Dominio: Salud fisiológica (II)	Clase: Integridad tisular (L)	
	Etiqueta diagnostica: Deterioro de la integridad cutánea [00046]	Criterio de resultado: Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101) Integridad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.		
Datos objetivos:		Indicador(es)	Puntuacion inicial*	Puntuacion Diana*
UPP grado II en talón derecho de 3 cm de diámetro aproximadamente	Alteración de la epidermis y/o de la dermis.			
	Factore(s) relacionados(s) o factor(es) de riesgo: Factor mecánico	ESCALA LIKER (1) GRAVEMENTE COMPROMETIDO (2) SEVERAMENTE COMPROMETIDO (3) MODERADAMENTE COMPROMETIDO (4) LEVEMENTE COMPROMETIDO (5) NO COMPROMETIDO		
	Caracterizticas definitorias: Alteración de la integridad de la piel			
Datos Subjetivos:				
Zona cercana a la herida caliente al tacto		Lesiones cutáneas [110115]	Moderadamente comprometido (3)	Levemente comprometido (4)
Coloración rubicunda				
Dolor a la palpación				
Dificultad para la movilidad		Integridad de la piel [110113]	Moderadamente comprometido (3)	Levemente comprometido (4)



INTERVENCIONES (NIC)		FUNDAMENTO DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACION	
Campo:	Fisiológico complejo (2)	[366009] Los cuidados de la úlcera favorecen el proceso de cicatrización, ya que reducen el edema, el exudado, la carga bacteriana e incluso corrigen anomalías que pueden retrasar la cicatrización.	Criterio de resultado Estado respiratorio: ventilación (043)	
Clase:	Control de la piel/heridas (L)	El proceso de curación favorece el proceso de curación. (Narro Robles J., 2017)	Indicador(es)	Puntuación final
INTERVENCION:				
(3660)Cuidado de las heridas				
Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de su curación.			Lesiones cutáneas [110115]	Levemente comprometido (4)
ACTIVIDADES:				
[366009] Administrar cuidados de la úlcera cutánea		[366019] La aplicación de una presión de 70mmHg durante 2 horas produce cambios microscópicos moderados en el músculo, edema, infiltración celular, extravasación y degeneración hialina.	Integridad de la piel [110113]	Levemente comprometido (4)
[366019] Cambiar de posición al paciente como mínimo cada 2 hr		Con la presión continua el tejido sufre hipoxia y necrosis. (Lopez-Casanova P., 2018)		



FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACION:		DIAGNOSTICO		PLANEACION		
Patron (es):		Dominio:		CRITERIOS DE RESULTADO		
6 Cognitivo / Perceptivo		5 Percepción / Cognición		(NOC)		
		Clase:		Dominio:		Clase:
		4 Cognición		Salud fisiológica (I)		Líquidos y electrolitos (G)
		Etiqueta diagnóstica:		Criterio de resultado:		
Datos objetivos:		Riesgo de confusión aguda		[0600] EQUILINRIO ELECTROLÍTICO Y ÁCIDO		
Períodos de hipoglucemia (50-60 mg/dl)		[00173]		Equilibrio de electrolitos y no electrolitos en los compartimientos intracelular y extracelular.		
		Vulnerable a la aparición de alteraciones reversibles de la conciencia, la atención, la cognición y la percepción que se desarrollan en un corto periodo de tiempo, que pueden comprometer la salud.		Indicador(es)	Puntuación inicial*	Puntuación Diana*
				ESCALA LIKER		
				(1) DESVIACIÓN GRAVE DEL RANGO NORMAL		
				(2) DESVIACION SEVERA DEL RANGO NORMAL		
				(3) DESVIACION MODERADA DEL RANGO NORMAL		
				(4) DESVIACION LEVE DEL RANGO NORMAL		
				(5) SIN DESVIACION DEL RANGO NORMAL		
Datos Subjetivos:		Factore(s) relacionados(s) factor(es) de riesgo:				
Estupor		Deterioro de la función metabólica		[60026]	(2) Desviación	(4) Desviación leve
Irritabilidad		(hipoglucemia)		Glucosa sérica	severa del rango	del rango normal
Desorientación				(50-60 mg/dl)	normal	
Poca cooperación				[60033]	(2) Desviación	(5) Sin desviación
		Características definitorias:		Deterioro cognitivo	severa del rango	del rango normal
					normal	



INTERVENCIONES (NIC)		FUNDAMENTO DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACION	
Campo:	2 Fisiológico complejo	[213004, 213004] Los síntomas de hipoglucemia a nivel del SNC aparecen alrededor de los 55 mg/dl, dependiendo del área cerebral afectada siendo la corteza el área más sensible. (Nares-Torices M. A. 2018)	Criterio de resultado	
			[0600]EQUILIBRIO ELECTROLITICO Y ACIDO	
Clase:	Control de electrolitos y ácido base (G)	[213009] La administración de glucosa intravenosa es necesaria para restaurar las reservas de glucosa de los músculos y el glucógeno hepático, que se habrán consumido durante la gluconeogénesis. (Urden D. L. 2012)	Indicador(es)	Puntuación final
			Concentración sanguínea de glucosa [60026] (50-60mg/dl)	(4) Desviación leve del rango normal (>60 mg/dl)
INTERVENCION:	Manejo de hipoglucemia (2130)		[60033]	(5) Sin desviación del rango normal
	Prevenir y tratar los niveles sanguíneos de glucemia inferiores a lo normal.		Deterioro cognitivo	
ACTIVIDADES:	[213002] Vigilar la glucemia			
	[213004] Monitorizar la presencia y síntomas de hipoglucemia			
	[213009] Administrar glucosa IV			

7.4 VALORACION INTERMEDIA

Paciente masculino de 59 años hospitalizado por Neumonía Asociada a la Comunidad (NAC) aunada a enfermedades crónicas degenerativas (diabetes mellitus tipo 2, Enfermedad Renal Crónica y Cirrosis Hepática).

El paciente se encuentra cooperador y alerta, consciente en sus 3 esferas; presenta hipoacusia y dislalia, se aprecia una disminución de los periodos de estupor asociados a estados de hipoglucemia, hemodinámicamente estable mantiene TA de 100/70 mmHg, Fc:65-68 latidos por minuto, Fr:16-18 respiraciones por minuto, eutérmico.

Se disminuye el flujo de oxígeno a 2lt/min a través de puntas nasales siempre y cuando se siga manteniendo una SaO₂ mayor al 92%, continua con MNB de Combivent 1 cc en 2cc de salino cada 8 horas, se auscultan campos pulmonares con una disminución marcada en la presencia de estertores en las bases pulmonares.



Presenta mucosas y tegumentos deshidratados, tolera adecuadamente la dieta líquida.

Se palpa el abdomen globoso, turgente y genera dolor en el paciente con un EVA de 7 por lo que se procede a realizar nuevamente una paracentesis en la cual se drenan 6.5 litros de líquido.

Sin edema en miembros periféricos, mantiene limitación de movimiento. Se aprecia una evolución en la cicatrización de la UPP del talón derecho de grado II a grado I y se mantiene el grado de afectación de la que se encuentra en la zona glútea izquierda (grado I) por lo que se continúa con los cambios posturales. La fístula del brazo izquierdo se mantiene sin datos de infección y se espera se re programe cita para sesión de hemodiálisis.

Se le otorga un valor de 11 en la escala de Braden, así como un valor de 4 en la escala de caídas de Newman. El paciente refiere tener dificultad para conciliar el sueño de manera adecuada y este no le resulta reparador.

7.5 Diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones (valoración intermedia)

		CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA DELA CRUZ ROJA				
FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA						
VALORACION:		DIAGNOSTICO		PLANEACION		
Patron (es):		Dominio:		CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)		
2 Nutricional / Metabólico		2 Nutrición				
		Clase:		Dominio:		Clase:
		5 Hidratación		Salud Fisiológica (I)		Digestión y nutrición (K)
		Etiqueta diagnostica:		Criterio de resultado:		
		[000103]		[1010] Estado de deglución		
Datos objetivos:		Deterioro de la deglución		Transito seguro de líquidos y/o sólidos desde la boca hacia el estómago.		
IMC: 17.3		Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con déficit en la estructura o función oral		Indicador(es)		
Hipoglucemia (50-60mg/dl)		faringea o esofágica.		Puntuacion inicial*		
		Factore(s) relacionados(s) o factor(es) de riesgo:		Puntuacion Diana*		
		Enfermedad respiratoria		ESCALA LIKER (1) GRAVEMENTE COMPROMETIDO (2) SEVERAMENTE COMPROMETIDO (3) MODERADAMENTE COMPROMETIDO (4) LEVEMENTE COMPROMETIDO (5) NO COMPROMETIDO		
Datos Subjetivos:				[101013]		
Dificultad para masticar y deglutir		Caracterizticas definitorias:		Esfuerzo deglutorio aumentado		
Mucosas y tegumentos deshidratados		Dificultad de la deglución		[101016] Acepta la comida		
		Rechazo a los alimentos		Severamente comprometido (2)		
		Retraso en la deglución		Levemente comprometido (4)		



INTERVENCIONES (NIC)		FUNDAMENTO DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACION	
Campo:	Fisiológico básico (1)		Criterio de resultado	
			Ayuda en la modicacion de si mismo	
			Indicador(es)	Puntuacion final
Clase:	Apoyo nutricional (D)	[186035] El estrés metabólico provoca un aumento de la tasa metabólica (hipermetabolismo) que exige elevar el consumo de O2 y gasto de energía (por ejemplo al comer); la respuesta clásica frente al estrés metabólico es el uso de proteínas para producir energía. (Urden, 2012)	[101013] Esfuerzo deglutorio aumentado	Levemente comprometido (4)
INTERVENCION:				Levemente comprometido (4)
(1860)Terapia de deglución				
Facilitar la deglución y prevenir las complicaciones de las alteraciones deglutorias.				
ACTIVIDADES:			[101016] Acepta la comida	
	[186035] Ayudar a mantener la ingesta calórica y los líquidos adecuados			

7.6 VALORACIÓN FINAL

Paciente masculino de 59 años de edad hospitalizado por Neumonía Asociada a la Comunidad (NAC) aunada a enfermedades crónicas degenerativas (diabetes mellitus tipo 2, Enfermedad Renal Crónica y Cirrosis Hepática).

Se encuentra alerta, consciente en sus 3 esferas, cooperador y de buen humor. Mantiene hipoacusia y dislalia, se mantiene hemodinámicamente estable sin necesidad de infusiones rápidas de glucosa a causa de hipoglucemias manteniendo glicemias capilares de 70-80 mg/dl; se observa mejor aceptación de la tolerancia a la vía oral, ha comenzado a aceptar alimentos en papilla en pocas cantidades.

Se auscultan campos pulmonares bien ventilados, se suspenden las MNB y se mantiene la oxigenoterapia a través de puntas nasales solo en caso de presentarse hipoxia.

Se palpa el abdomen blando, depresible y sin dolor, no se ha apreciado nuevamente la presencia de ascitis, la fistula para hemodiálisis del brazo izquierdo se mantiene limpia, sin datos de infección y funcional, (el paciente ya asistió a sesión de hemodinamia).

El paciente presenta 2 evacuaciones grumosas, amarillentas y escasas por turno.

La úlcera por presión (UPP) del talón derecho se mantiene en grado I con los cuidados pertinentes, la úlcera de la zona glútea izquierda se aprecia cicatrizada, aunque se mantienen los cuidados apropiados para evitar la reaparición, porque el paciente aún presenta limitación de la movilidad, asociada a las enfermedades crónico degenerativas presentes.

Se brinda educación para la salud tanto al paciente como a la familia.

7.7 Diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones (valoración final)

VALORACION:		DIAGNOSTICO		PLANEACION		
Patron (es):		Dominio:		CRITERIOS DE RESULTADO		
6 Cognitivo/ perceptivo		1 Promoción de la salud		(NOC)		
		Clase:		Dominio: Conocimiento y	Clase: Conducta de salud	
		2 Gestión de la salud		conducta de salud (4)	Conducta de salud (Q)	
		Etiqueta diagnóstica:		Criterio de resultado:		
		[00162]		[1601]Conducta de cumplimiento		
Datos objetivos:		Disposición para mejorar la gestión de la salud		Acciones personales para seguir las recomendaciones de un profesional sanitario para una condición de salud específica.		
FR: 22 x'		Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico		Indicador(es)	Puntuacion inicial*	Puntuacion Diana*
FC: 63 x'		diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas, que puede ser reforzado.		ESCALA LIKER		
		Factore(s) relacionados(s) factor(es) de riesgo:		(1) GRAVEMENTE COMPROMETIDO		
				(2) SEVERAMENTE COMPROMETIDO		
				(3) MODERADAMENTE COMPROMETIDO		
				(4) LEVEMENTE COMPROMETIDO		
				(5) NO COMPROMETIDO		
Datos Subjetivos:		Características definitorias:				
Desorientación		Expresa deseo de mejorar la gestión de los síntomas		Acepta el diagnóstico [160104]	Moderadamente comprometido (3)	No comprometido [5]
Dificultad para la deglución				Realiza autocontrol cuando se le indica (160107)	Moderadamente comprometido (3)	No comprometido [5]
				Expresa cambios de síntomas al profesional sanitario [160111]	Moderadamente comprometido (3)	No comprometido [5]



INTERVENCIONES (NIC)		FUNDAMENTO DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACION	
Campo:	Conductual (3)	[447004]	Criterio de resultado	
Clase:	Terapia conductual (O)	Los resultados del tratamiento dependen de cómo se consigue que sea capaz de dominar algunas habilidades y adoptar determinadas conductas que favorezcan su estado de salud y bienestar. (Figueroa D. 2013)	Ayuda en la modificacion de si mismo	
INTERVENCION:	[4470]		Indicador(es)	Puntuacion final
Ayuda en la modificación de si mismo	Reafirmación del cambio autodirigido puesto en marcha por el para conseguir metas personales importantes		[160104] Acepta el diagnóstico	Moderadamente comprometido (3)
ACTIVIDADES:			[160107] Realiza autocontrol cuando se le indica	Moderadamente comprometido (3)
[447004]	Ayudar al paciente a identificar las conductas diana que deben ser cambiadas para conseguir la meta deseada		[160111] Expresa cambios de síntomas al profesional sanitario	Moderadamente comprometido (3)

VIII PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA

NOMBRE DEL (A) PACIENTE: ___ N.C.J. A _____

EDAD: _____ 59 _____ SEXO: _____ M _____

DIAGNÓSTICO(S) MÉDICO: NEUMONIA ASOCIADA A LA COMUNIDAD (NAC) + ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA + DIABETES MELLITUS TIPO 2 + HIPERTENSION ARTERIAL + CIRROSIS HEPÁTICA

FECHA DE ELABORACIÓN: _____

ASPECTO A DESARROLLAR	RECOMENDACIONES
COMUNICACIÓN (Nombre de la Institución o persona a quien acudir o llamar en caso de urgencia)	Acudir al servicio de urgencias De la institución de salud más cercana
URGENTE (Identificación de signos de alarma o recaída)	Disnea (dificultad para respirar) Fiebre Tos persistente con o sin expectoración Dolor torácico (dolor en el pecho) Trastornos de conciencia, letargia, somnolencia Intolerancia a líquidos Deshidratación
INFORMACIÓN (Conocimiento de su enfermedad y medidas de control)	La neumonía es una infección en los pulmones, esta genera daño en los alveolos causando disnea (dificultad para respirar), tos, dolor torácico, taquipnea, fiebre, entre otros. La terapia pulmonar es tan importante como la medicación prescrita, ya que permite fortalecer las estructuras pulmonares.
DIETA (Información relativa a la nutrición)	<ul style="list-style-type: none"> • Consumir suficientes líquidos para mantenerse hidratado (500 a 600 ml/día). • Seguir la dieta recomendada en el anexo elaborada por la nutrióloga experta renal L.N. María Eugenia Martínez de Korres Aguilar (se anexa). • Asistir a consultas de nutrición programadas mensualmente.
AMBIENTE (Recomendaciones de mejora del entorno familiar, laboral y social)	Mantener la habitación bien ventilada, aseada, mantener medidas de higienes como uso de cubrebocas, lavado de manos, toser o estornudar en el ángulo interno del codo en todo momento. Cuidarse de temperaturas extremas al salir de casa

RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE (Prácticas recreativas saludables)	Ver programas de televisión que le agraden por lo menos 30 min. al día (deportes, películas, etc.) Realizar con ayuda de algún miembro de la familia ejercicios pasivos, en cama (estiramiento, flexión)
MEDICAMENTO Y TRATAMIENTO NO	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de antibiótico recetado (se anexa tabla). • Vacunación (antineumocócica). • Fisioterapia pulmonar / oxigenoterapia cuando sienta necesidad para respirar o el oxímetro marque menos de 90%. • Medidas preventivas. • Control de glicemia por la mañana antes del desayuno o al notar alguna alteración, tensión arterial de preferencia a una misma hora la cual será elegida por el paciente con un mismo aparato y en el mismo brazo.
ESPIRITUALIDAD (Orientarlo hacia personas, grupos o instituciones que le puedan ser de ayuda en este aspecto)	Puede asistir a la iglesia de la religión que profese manteniendo medidas higiénicas apropiadas o poder verlos por medio electrónico para que se puedan satisfacer sus necesidades espirituales.

IX CONCLUSIONES

La neumonía asociada a la comunidad es una enfermedad adquirida en nuestro entorno a través de las vías respiratorias principalmente, que afecta el parénquima pulmonar llegando a causar inflamación y el posterior daño a las estructuras pulmonares, provoca una gran afectación en el estado general del paciente, es de vital importancia un proceso de cuidado enfermero que sirva de referencia en la atención de los pacientes con dicha patología.

Que permita explorar las posibilidades en el proceso de atención viéndolo de una manera global y permitiendo adecuarla al estado de salud del paciente que se trate.

A través de la creación de este proceso cuidado enfermero pude fortalecer información adquirida en mi formación educativa sobre la neumonía asociada a la comunidad para encontrar el método de cuidado más adecuado que llevara al paciente y futuros pacientes a un mejor estado de salud a través de un plan de cuidados adecuado.

X REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Agostini C. (2007). México. **Las mensajeras de la salud. Enfermeras visitadoras en la ciudad de México durante la década de los 1920.** Estudios de historia moderna y contemporánea de México-Scielo (33). Recuperado el 19 de Julio 2021 de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26202007000100089
- Álvarez Martínez C. J. (2005). **Neumonías: concepto, clasificación y diagnóstico diferencial.** *Neumonías* (9) p 9-27. recuperado el día 24 de Julio 2021 de: https://www.neumomadrid.org/wp-content/uploads/monog_neumomadrid_ix.pdf
- Álvarez Suarez J.L, del Castillo Arévalo F., Fernández Fidalgo D., Muñoz Meléndez M. (2010). **Manual de Valoración de Patrones Funcionales.** Dirección de Enfermería de Atención Primaria,1-3. Recuperado el 15 de julio 2021 de <https://www.uv.mx/personal/gralopez/files/2016/02/MANUAL-VALORACION-NOV-2010.pdf>
- Aravena P (2011). **El cuidado informal como objeto de estudio.** Pag. 7-8. Recuperado el 17 de julio de 2021 de <https://www.redalyc.org/pdf/3704/370441807001.pdf>
- Arratia F. (2005). **Investigación y documentación histórica en enfermería.** Scielo. 14 (4), 567-574. Recuperado el 14 de julio 2021 de: <https://www.scielo.br/j/tce/a/NYMtZ9wfmvfT684MydnBNDy/?lang=es&format=pdf>
- Arriola Peñalosa M.A, (2017). **Prevención, diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad.** Catalogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-234-09 (8). Recuperado el día 15 de Julio de 2021 de: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/234GER.pdf>
- Ballesteros Flores C. G, Montelongo F. de J., Espinosa Sierra T., López Ramírez I., Sánchez Aparicio H. E., (2010) **Neumonía adquirida en la comunidad.** Archivos de medicina de urgencia de México. Recuperado el día 8 de Agosto de 2021 de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/urgencia/aur-2010/aur101f.pdf>
- Bellido Vallejo J. C., Lendínez Cobo J.F., (2010) Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Ilustre Colegio Oficial de Jaén.

Recuperado el día 27 de Agosto 2021 de: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>

- Benedí J., Gomez de Rio M. A. (2007). **Antitérmicos**. Elsevier (21)3 pp 50-58. Recuperado el día 17 de Agosto de 2021, de: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-antitermicos-13100393>
- Cárdenas Ayala E. (2016). **El Profiríato: una etiqueta historiográfica. Historia Mexicana** 65(3). Recuperado el día 16 de Julio 2021 de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-65312016000301405
- Cardona Gómez D.M., Noreña Duque Y. (2013). **Propuesta de modelo de atención de enfermería - hospital general de Medellín**. 20-21. Recuperado el 20 de junio del 2021 de: <file:///C:/Users/Oscar%20Saul/Downloads/propuesta-de-modelo-de-atencion-de-enfermeria.pdf>
- Dr. Martínez Larrate J.P, ra. Reyes Pineda Y. (2000) **El promedicato. Los inicios de la docencia médica superior en cuba**. Educación Médica Superior (14)1. Recuperado el 16 de Julio de 2021 de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412000000100011
- Escuela Nacional de Enfermería y obstetricia (2020). **Filosofía**. Recuperado el día 15 de Julio de 2021 de: <http://www.eneo.unam.mx/nosotros/>
- Fuchs V., Sandoval J., (2005). **Soporte nutricional en paciente neumópata**. Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax. 64 (1). Recuperado el 10 de Agosto de 2021 de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2005/nt051c.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Pública (2021). **La enfermería en México, una profesión con historia**. Recuperado el día 15 de Julio 2021 de: <https://insp.mx/avisos/4866-dia-enfermeria-historia.html>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2009). **Guía de Práctica Clínica, Prevención y tratamiento de úlceras por Presión en Primer Nivel de Atención**. Recuperado el día 10 de Agosto de 2021 de: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/105GER.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2017). G.P.C. prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Neumonía Adquirida en la Comunidad, Evidencias y

recomendaciones. Recuperado el día 24 de Junio de 2021 de:
<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/234GER.pdf>

- Instituto Mexicano del Seguro Social (2015). **G.P.C. Prevención, diagnóstico y manejo de las úlceras por presión en el adulto**. Recuperado el día 4 de Agosto 2021 de:
<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/104GER.pdf>
- Juárez Rodríguez P. A (2009). **La importancia del cuidado de enfermería**. Recuperado el 19 de julio 2021 de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092j.pdf>
- Lozano J. A. (Septiembre 2003). **Neumonía adquirida en la comunidad**. Elsevier. 22 (8), 82-85, recuperado el día 15 de julio de 2021, de <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-neumonia-adquirida-comunidad-13051497>
- López-Casanova P., Verdú-Soriano J., Berenguer-Pérez M., Soldevilla-Agreda J. (2018). **Prevención de las úlceras por presión y cambios de postura. Revisión integrativa de la literatura**. Scielo- Gerokomos (29)2. Recuperado el día 4 de Agosto de 2021 de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000200092
- Manual CTO (2018). **Modelo y teorías de enfermería: características generales de los modelos y principales teóricas**.13. Recuperado el 15 de julio 2021 de:<https://www.berri.es/pdf/MANUAL%20CTO%20OPOSICIONES%20DE%20ENFERMERIA%20-%20PAIS%20VASCO%E2%80%9A%20Vol%3%BAmen%201/9788417470050>
- Martín A. A. De la Cruz O. A., Pérez Pérez. G., (2017) **Complicaciones de la neumonía adquirida en la comunidad: derrame pleural, neumonía necrotizante, absceso pulmonar y pneumotórax**. Protoc diagn ter pediatri (1) pp 127-146. Recuperado el día 9 de Agosto de 2021 de:
https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/09_complicaciones_neumonia_adquirida_0.pdf
- Martínez Vernaza S., McKinley E., Soto M. J., Gualtero S., (2018). **Neumonía adquirida en la comunidad: una revisión narrativa**. Universitas Medica. Recuperado el día 7 de Agosto de 2021 de: <http://www.scielo.org.co/pdf/unmed/v59n4/0041-9095-unmed-59-04-00093.pdf>
- Matezans Santiago M.A, (2009). **Pasado presente y futuro de la enfermería: una aptitud constante**. Elsevier, 7(2), 243-260. Recuperado el 15 de julio de 2021 de

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-pasado-presente-futuro-enfermeria-una-13139761>

- Méndez Echavarría A., García Miguel M. J., Banquero Artiago F., Del Castillo Martín F(). Neumonía adquirida en la comunidad. Servicio de pediatría general, unidad de infectología pediátrica, hospital infantil La Paz, Madrid (7)59-66. Recuperado el día 24 de julio 2021 de: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/neumonia.pdf>
- Navarro Robles J., (2017). **Manual clínico para la estandarización del cuidado y tratamiento a pacientes con heridas agudas y crónicas.** Secretaría de Salud. Recuperado el día 9 de Agosto de 2021 de: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/Manual_Clinico_Heridas.pdf
- NOM-019-SSA3-2013.(2013).**Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.** Diario oficial, Secretaría de Salud. Recuperado el día 16 de Junio de 2021 de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013
- Olguin Martínez M. d L. (2018). **Historia de la enfermería en México: una práctica infravalorada. Universitarios potosinos.** 229, 18-21. Recuperado el 13 de julio de 2021 de: <http://www.uaslp.mx/Comunicacion-Social/Documents/Divulgacion/Revista/Quince/229/229-4.pdf>
- Picón-Jaimes Y. A., Orozco-Chinome J. E., Molina Franky M. F., Franky-Rojas M. P. (2020). **Control central de la temperatura corporal: fiebre, fipertermia.** Revista de la Facultad de Ciencias de la salud (23)1 pp. 118- 130. Recuperado el día 9 de Agosto de 2021 de: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1087985/3714.pdf>
- Posada Díaz A., Parra Cardeño W., (2010) **Oxigenoterapia.** Asociación Colombiana de Neumología Pediátrica.(2) Recuperado el día 9 de Agosto de 2021 de: <https://portal.neumopediatricocolombia.com/wp-content/uploads/2017/03/Oxigenoterapia.pdf>
- Real Academia Española (2021). **Diaconisa.** Recuperado el día 16 de Julio de 2021 de: <https://dle.rae.es/diaconisa>
- Torres Barrera S., Zambrano-Lizarraga E. (2010). **Breve historia de la educación de la enfermería en México.** Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc.18 (2), 105-110. Recuperado el 15 de julio 2021 de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2010/eim102h.pdf>

- Úbeda Sansano M. I., García J. M., Asensi Monzó M. T.(2013) **Neumonía adquirida en la comunidad**. Protocolos del GVR(publicación P-GVR-8). Recuperado el día 8 de Agosto de 2021 de: <https://www.aepap.org/sites/default/files/gvr/protocolo-neumonia-2011.pdf>
- Velandia Mora A. L (2010). **El cuidado de enfermería como objeto de estudio**. Recuperado el 17 de julio 2021 de: <http://analuisa-velandia-mora-publicaciones.blogspot.com/2010/09/el-cuidado-de-enfermeria-como-objeto-de.html>

XI GLOSARIO DE TERMINOS

- ⊙ **Acino pulmonar:** última porción del parénquima distal al bronquio terminal y por lo tanto está formada por bronquiolos respiratorios, conductos alveolares, sacos alveolares y alvéolos.
- ⊙ **Agente causal:** aquello que tiene la capacidad de actuar o producir algo.
- ⊙ **Alvéolo:** bolsas diminutas llenas de aire en los extremos de los bronquiolos.
- ⊙ **Anatomopatología:** rama de la medicina que estudia las bases morfológicas de la enfermedad.
- ⊙ **Anodoncia:** falta de uno o más dientes como resultado de la ausencia congénita de los gérmenes.
- ⊙ **Ascitis:** inflamación abdominal causada por la acumulación de líquido, frecuentemente relacionada con la enfermedad hepática.
- ⊙ **Broncograma:** imagen radiológica que indica la ocupación del espacio aéreo distal, que consiste en la visualización de las estructuras bronquiales airadas, como líneas oscuras, en el interior de una consolidación pulmonar.
- ⊙ **Centéotl:** También llamada cintéotl; diosa de la tierra, fertilidad y medicina, en la época prehispánica de México.
- ⊙ **Citocinas:** tipo de proteína que elaboran ciertas células inmunitarias y no inmunitarias, y que tiene un efecto en el sistema inmunitario.
- ⊙ **Comorbilidad:** dos o más trastornos o enfermedades que ocurren al mismo tiempo o uno después de otro.
- ⊙ **Diaconisas:** Mujer que en la antigüedad era consagrada o bendecida para ejercer determinados ministerios en las iglesias cristianas (Real Academia Española, 2021).
- ⊙ **Disnea:** sensación subjetiva de falta de aire o dificultad respiratoria

- ⊙ **Enfermera visitadora:** Enfermera cuyas responsabilidades estaba supervisar la higiene y la salubridad, vigila que la mujer diera cabal seguimiento a las indicaciones establecidas por el médico durante el embarazo y el posparto; que los niños desde el nacimiento hasta los dos años de edad, recibieran una adecuada atención y alimentación para garantizar su sano crecimiento, y aconsejar a las mujeres acerca de los procedimientos, los hábitos y las costumbres necesarios para convertirlas en madres capaces, responsables y científicamente preparadas (Agostini C. 2007)
- ⊙ **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 con 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 (NOM-019-SSA3-2013).
- ⊙ **Empiema:** acumulación de pus en el espacio que se encuentra entre el pulmón y la superficie interna de la pared torácica.
- ⊙ **Fisiopatología:** rama de la fisiología que se encarga del estudio de los mecanismos por los cuales se producen las manifestaciones clínicas de una enfermedad.
- ⊙ **Herrumbrosa:** esputo con sangre
- ⊙ **Hipoglucemia:** bajos niveles de glucosa en sangre, usualmente menor a 70 mg/dl
- ⊙ **Hipoxemia:** nivel de oxígeno en sangre inferior al normal, específicamente en arterias, los valores normales son de 75 a 100 mm Hg o 95 a 100% en un pulsioxímetro, los valores inferiores a 90% se consideran bajos.
- ⊙ **Hiporexia:** trastorno alimenticio que consiste en la pérdida gradual del apetito.
- ⊙ **Hipotonía:** disminución de la resistencia al movimiento pasivo de las articulaciones, la cual comprende en un grupo amplio y heterogéneo de condiciones afectan tanto al sistema nervioso central como periférico.
- ⊙ **Huésped:** organismo que alberga a otro en su interior o que lo porta sobre sí, ya sea ya sea en simbiosis de parasitismo, comensalismo o mutualismo.
- ⊙ **Infiltrado pulmonar:** relacionados con procesos que afectan al espacio aéreo, aparecen como opacidades coalescentes, algodonosas, mal definidas, homogéneas o no, segmentaria o lobar.
- ⊙ **Inoculación:** introducir algo que crecerá y se reproducirá, comúnmente se utiliza con respecto de un suero, una vacuna o sustancia dentro del cuerpo humano o animal.
- ⊙ **Intersticio pulmonar:** formado por fibras y células de tejido conectivo que proporcionan sostén a la estructura del pulmón, separa los alveolos pulmonares de los capilares sanguíneos.
- ⊙ **Leucocitosis:** alto recuento de glóbulos blancos.
- ⊙ **Neumotórax:** colapso pulmonar que se produce cuando el aire se filtra dentro del espacio que se encuentra dentro de los pulmones y la pared torácica.

- ⊙ **Neutrófilos:** tipo de glóbulo blanco, un tipo de granulocito y fagocito.
- ⊙ **Parénquima:** tejido esencial de determinados órganos, como los pulmones, el hígado o los riñones.
- ⊙ **Problema interdependiente:** problema real o potencial que aparece como resultado de complicaciones de la enfermedad primaria, estudios diagnóstico o tratamientos médicos y que pueden prevenirse, resolverse o reducirse mediante actividades interdependientes o de colaboración de enfermería.
- ⊙ **Promedicato:** Tribunal que establecieron los reyes de España en varias ciudades y provincias de sus dominios, formado por uno o varios médicos, denominados protomédicos, preparados y hábiles para evaluar y supervisar el ejercicio profesional de los médicos, cirujanos, boticarios y parteras; tenían jurisdicción en todos los problemas de Salubridad Pública, cuidaban de la buena preparación y despacho de los medicamentos y disponían las providencias necesarias en casos de epidemia y otras calamidades (Dr. Martínez Larrate J.P, ra. Reyes Pineda Y. 2000).
- ⊙ **Porfiriato:** época de la historia nacional, dominada por la figura de Porfirio Díaz (Cárdenas Ayala Elisa. 2016).
- ⊙ **Purulento:** formado de pus o que lo contiene.
- ⊙ **Taquicardia:** ritmo cardiaco irregular o acelerado, de más de 100 latidos por minuto.

XII ANEXOS

12.1 Valoración de Enfermería

¹PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

VALORACION INICIAL

I. Datos Generales	
Nombre: _____	N. C. J. A. _____
Edad: _____	59 _____
Sexo: _____	M _____
Estado civil: _____	Casado _____
Domicilio: <u>Paraguay #472 Col. San Francisco</u> Procedencia: <u>San Luis Potosí</u>	
Diagnóstico por CIE-10: <u>N.A.C. + D.M.2, H.A.S., ERC, Cirrosis hepática</u>	
Tratamiento Farmacológico: - <u>Meropenem mg iv c/24 hr, Neomicina 1 tab. VO c/8hr, Lactulax 5mlV.O c/8hr, Levotiroxina1 tab V.O c/24hr, Gluconato de calcio 1gr iv c/12 hr, Hidrocortisona 50mg V.O. c/12hr, Paracetamol 500mg V.O c/8hr PRN, Dextrosa al 50% 30cccon Dx<80mg/dl Combivent MNB 2cc sin diluir</u>	
Escolaridad: <u>Preparatoria trunca</u>	
Alergias: <u>Negadas</u> Esquema de vacunación: <u>incompleto (desconoce cuál vacuna falte)</u>	
2. Somatometría y Signos Vitales:	
Peso: _____	50 kg _____
Talla: _____	170 cm _____
IMC: _____	17.3 IMC _____
Presión Arterial: _____	80/60 mmhg _____
Frecuencia Cardíaca: _____	63 lpm _____
Frecuencia Respiratoria: _____	22 rpm _____
Temperatura: _____	38.0°C _____
Glicemia (Especificar en ayuno o casual): <u>50 mg/dL casual</u>	
3. Antecedentes Heredo Familiares (tanto físicos como mentales, incluir familiares en primer y segundo grado, antecedentes de consumo de sustancias, patologías psiquiátricas, suicidios o intentos de suicidio):	
Abuelos: Desconoce	
Madre: Fallecida de infarto agudo al miocardio, no refiere alguna enfermedad concomitante	
Padre: Alcoholismo, Tabaquismo, desconoce otras patologías.	
Hermanos: Negados, prefiere no mencionar algo más sobre sus hermanos.	
4. Antecedentes Personales Patológicos (Enfermedades propias de la infancia, accidentes: gravedad, cronicidad o secuelas, trastornos psicopatológicos, consumo de alcohol, tabaco, u otro tipo de drogas patrón de consumo):	
Se refiere tener antecedentes de alcoholismo ocasional durante su juventud y etapa adulta, además de tabaquismo ya que solía consumir 3 cigarros al día durante 4 años.	

Niega alergias ni alguna cirugía previa. Refiere haber tenido una fractura en mano derecha hace 30 años.

El paciente fue diagnosticado con Diabetes Mellitus Tipo 2 desde hace 22 años y Enfermedad Renal Crónica desde hace 11 años como consecuencia de un pobre apego al tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 e Hipertensión arterial tiempo durante el cual fue tratado con Nifedipino 10 mg (1 tableta) por la mañana y por la noche.

Refiere haber recibido una transfusión hace 11 años debido a niveles bajos de hemoglobina, sin presentar respuesta alérgica.

En brazo izquierdo tiene una fístula arteriovenosa desde hace 11 años para tratamiento dialítico por insuficiencia renal crónica, secundaria a la diabetes mellitus e hipertensión arterial mal controlada.

El paciente fue hospitalizado hace 4 meses con un diagnóstico de Neumonía adquirida en la comunidad y hace 2 meses con un diagnóstico de ascitis lo cual se resolvió al drenarle 7 litros de líquido peritoneal.

5. Apariencia General:

Higiene y aliño : Adecuada Regular Deficiente Aliñado Desaliñado

Actitud: Cooperador Poco cooperador No coopera Suspica

Hipervigilante Somnoliento Indiferente

Complexión: Ectomórfica Endomórfica Mesomórfica

Bien conformado Mal conformado por: desnutrición asociada a enfermedades crónicas

Lesiones aparentes: SI - Fístula para hemodiálisis en brazo izquierdo, 2 UPP; una en talón derecho grado II de aproximadamente 3 cm de diámetro y otra en zona izquierda glútea grado I de aproximadamente 8 cm de diámetro; ambas heridas se encuentran limpias sin datos de infección

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

1. Percepción -Manejo de Salud (Toma de conciencia, manejo de salud)

¿Cómo considera su estado de salud? Deficiente debido al grado de deterioro de su salud

Actitud y comportamiento frente a la enfermedad: Aceptación Rechazo Indiferencia

Negación:

¿Qué actividades realiza para cuidar su salud?: asiste a hemodiálisis, nifedipino 10 mg cada 12 hrs

¿Qué actividades realiza para evitar recaídas de su enfermedad? Uso de cubrebocas, sus familiares le brindan todos los cuidados necesarios

Actitud y comportamiento hacia la medicación: Pobre ya que tiene un apego deficiente al tratamiento de sus enfermedades crónicas, una dieta con aportaciones nutricionales inferiores a las necesitadas, a su llegada tiende a arrancarse el catéter venoso periférico.

Conocimiento de la enfermedad: Conoce cuál es su estado de salud, el tratamiento que debe seguir, así como las consecuencias de no llevarlo a cabo, entiende cuan delicado es su estado de salud y que esta tiende a deteriorarse con el tiempo.

2. Nutricional-Metabólico (ingestión, digestión, absorción, metabolismo, hidratación)

Describa tipo de alimentos que consume: Dieta líquida, suplemento alimenticio tipo ensure, gelatina comercial en agua, fruta de temporada recomendada por el servicio de nutrición, pastas (estas últimas solo consumidas en casa previas a su ingreso)

Numero de comidas al día: 2-3 Utiliza suplementos alimenticios y cuales ensure

Cantidad de consumo de agua al día: 500 mL

Antecedentes de: Gastritis Colitis Úlcera gástrica Nausea Vómito

Desórdenes alimenticios: Hiporexia Anorexia Bulimia Anorexia y bulimia

Presencia de líquidos parenterales:

No

Explorar integridad de la piel mucosas:

Hidratado Sequedad Signo de lienzo húmedo Palidez Ictericia acantosis

Cianosis Piel fría Piel caliente Rubicundez Edema

Integridad: Si No Especificar Fístula para hemodiálisis en brazo izquierdo, 2 UPP; una en talón derecho grado II de aproximadamente 3 cm de diámetro y otra en zona izquierda glútea grado I de aproximadamente 8 cm de diámetro; ambas heridas se encuentran limpias sin datos de infección

Cabeza, cabello: Implantación normal Fragilidad, caída Pediculosis Caspa o seborrea

Signo de bandera Exostosis Endostosis

Integridad de ojos, nariz y oídos: hipoacusia sin aditamentos para mejorar la audición.

Presencia de sonda nasogástrica: No

Cavidad Oral: Anodoncia parcial Anodoncia total Caries Sarro Candidiasis

Amígdalas: Normales Hipertróficas Hiperémicas Ausentes Presencia de puntillero

3. Eliminación (sistema urinario, intestinal, tegumentario, pulmonar)

Eliminación intestinal (Frecuencia, características): 3 evacuaciones por turno amarillentas, grumosas, escasas

Presencia de: Diarrea Estreñimiento Encopresis

Eliminación vesical: (Frecuencia, características): debido a su insuficiencia renal crónica ya no orina

Presencia de: Disuria Poliuria Poliaquiuria Enuresis Cálculos renales

infección de vías urinarias frecuentes

Piel: Sudoración normal Diaforesis Sudoración escasa Hiperhidrosis Mal olor

Edema:

Temperatura corporal: 38.0 *C

Drenajes y tipo: _____ Negado _____

Ostomías: _____ Negados _____

Exploración:

Abdomen: Plano Globoso Simetría: Integridad de la piel

Peristaltismo : Presente Ausente Frecuencia por minuto: _____ 3 por minuto _____

Timpanismo Matidez

Dolor presencia de masas Ascitis Otros: _____

Giordano Positivo Negativo

Hemorroides: Presentes Ausentes

Hallazgos en la exploración genital UPP en zona izquierda glútea grado I de aproximadamente 8 cm de diámetro; se encuentran limpias sin datos de infección _____

4. Actividad ejercicio (actividad/ ejercicio, equilibrio de la energía, respuestas cardiovasculares / respiratorias)

¿Considera que cuenta con la energía suficiente para realizar las actividades cotidianas?: No

Capacidad para realizar actividades de rutina (bañarse, comer, vestirse): 3 Requiere ayuda de otra persona

1. Completo autocuidado
1. Necesita uso de un equipo especial
2. Requiere supervisión
3. Requiere ayuda de otra persona
4. Es dependiente y no colabora

Índice de Katz o Barthel: _____ G- dependiente en las 6 funciones _____

Exploración Física:

Marcha: Eubasica Disbásica Inmovilidad Presencia de sujeción mecánica

Tono y fuerza de extremidades: Tonicidad normal Atonía Hipotonía

Movimientos anormales: Acatisia Temblor Distonía Disquinesia Rigidez

Agitación motriz Crisis Convulsivas Manerismos

Claudicación Uso de aditamentos para la deambulaci3n

Respiraci3n: (Ritmo, Frecuencia, Profundidad, Simetría, describir localizaci3n de los fenómenos agregados) 22 respiraciones por minuto, se encuentra infiltraci3n parahiliar y basal derecha en radiografía de t3rax, se auscultan estertores subcrepitantes en bases pulmonares aunado a una SaO2 de 88%

Cianosis Palidez Hipoxia Hipoxemia Hipercapnia

Intolerancia a la actividad: Fatiga Cansancio

Alteraciones respiratorias durante la actividad: Taquipnea Bradipnea Disnea Aleteo
Uso de músculos accesorios Estertores Sibilancias Roncus Estridor
Función cardiaca: Frecuencia 63 lpm Ritmo Arritmias Soplos Ritmo de galope
Pulsos: Frecuencia 63 lpm Ritmo: Regular Irregular Amplitud : Alternante de Corrigan
Filiforme Paradógico Débil Imperceptible o ausente
Ingurgitación yugular:

Realiza alguna rutina de ejercicios (tipo, duración y frecuencia): ninguna.

Sedentarismo: Si No

Como emplea su tiempo libre: Pasa el tiempo con su familia principalmente con su esposa

Actividades recreativas que realiza, tipo y frecuencia: ninguna.

5. Sueño -descanso.

Calidad y cantidad de sueño: Total de horas que duerme diariamente: 16 horas

¿Acostumbra tomar siestas?: Si No

Alteraciones del sueño:

Insomnio inicial Insomnio tardío Insomnio intermitente Pesadillas

Hipersomnia Somnolencia diurna Ronquido Apnea del sueño Sueño no reparador

Alteraciones (cansancio, alteraciones emocionales o conductuales) asociadas a la falta de sueño: Hipoglucemia

Utiliza algún remedio, ritual o fármaco para poder dormir (tipo y frecuencia): No

6. Cognitivo-perceptual (atención, orientación, sensación/percepción, cognición, comunicación)

Funciones de Integración Superior:

Estado de Conciencia: Consciente Somnoliento Estuporoso Inconsciente

Orientación: Tiempo Lugar Persona Autospíquica _Alopsíquica

Memoria: Reciente (anterógrada) Tardía (retrógrada) Amnesia

Atención: Central Periférica Hipoprosexia Paraprosexia Hiperprosexia

Expresión del pensamiento (lenguaje): Normal Mutismo Parco/monosilábico Coherente

Dislalia Disartria

Alteraciones senso-perceptuales : Alucinaciones Ilusiones

Tipo: Auditivas Visuales Olfatorias Cenestésicas Gustativas

Presenta alguna limitación en: Vista Tacto Audición Olfato Gusto

¿Utiliza algún apoyo para estos problemas? : No

Nivel de Dolor: abdominal 9 con escala de EVA

Mialgias: 0 con escala de EVA

Artralgias: 0 con escala de EVA

7. Autopercepción (auto concepto, autoestima, imagen corporal)

¿Qué piensa de sí misma? Refiere ser buena persona, buen padre

¿La mayor parte del tiempo se siente a gusto consigo mismo? No, debido a la fragilidad de su estado de salud

¿Qué sentimientos predominan en usted la mayor parte del tiempo?

Ansiedad Tristeza Irritabilidad Esperanza Felicidad Tranquilidad

¿Cómo se siente respecto a su imagen corporal?: Le es indiferente

Contenido de ideas respecto a estado afectivo: Deseperanza Minusvalía Muerte

Ideación suicida Planeación suicida Intento suicida Cutting

Otras alteraciones asociadas al estado afectivo: Ninguna

8. Rol / Relaciones (roles de cuidador, relaciones familiares, desempeño del rol)

Rol que desempeña en la familia: Padre

¿Cuenta con apoyo familiar para afrontar su enfermedad? Si, de su esposa y ambos hijos

¿Cómo es la relación entre los miembros de su familia? Refiere es buena, se apoyan mutuamente

¿Cómo es la Interacción social con personal y pacientes del servicio: Es buena, es respetuoso incluso puede llegar a bromear con algunos de ellos

¿Cuenta con apoyo social? No

9. Sexualidad-Reproducción

Antecedentes Gineco-obstétricos----NA---

Menarca_____ FUM_____ Menopausia _____

Embarazos: Partos: Abortos: Cesáreas :

SDG:_____ FPP:_____

Exploración física embarazo:

Altura de fondo uterino_____ NA _____ FCF:_____ NA _____

Presentación: Cefálica__ NA __ Podálica__ NA _____

Posición: Anterior NA Posterior NA Izquierda NA Derecha: NA

Situación: Longitudinal NA Transversa NA Oblicua NA

Vida sexual activa Si No ¿Satisfacción de sus relaciones sexuales? Si No

Uso de métodos anticonceptivos: Si No ¿Cuál método? _____

Que precauciones toma para prevenir enfermedades de transmisión sexual? Ninguna

Problemas de identidad sexual: Si No

Presencia de riesgos para la salud reproductiva y sexual (Vida sexual: naturaleza, frecuencia y actitud ante ella: masturbación, polución nocturna, fantasías eróticas, etc. Iniciación de su vida sexual):

Negadas

Detección de cáncer cérvico-uterino en el último año : Si No

Detección de cáncer de mama en el último año: Si No

Detección de cáncer de próstata en el último año: Si No

Menopausia o Andropausia (si aplica): Anotar la actitud ante ella, presencia o no de alteraciones psicopatológicas en su curso o posterior a ella, duración y naturaleza de las mismas: Negadas

Presencia de infecciones de transmisión sexual: Si No ¿Cuál? _____

10. Adaptación Tolerancia al Estrés (respuesta post – traumática, respuestas de afrontamiento, estrés)

¿En el último año ha sufrido algún cambio importante en su vida? Estrés Crisis

La mayor parte del tiempo se siente: Cómodo Tenso Relajado Desmotivado

¿Qué hace para sentirse mejor?: Pasa tiempo con su familia y rezan

Para relajarse utiliza (frecuencia y cantidad): Tés Alcohol Tabaco

Medicamentos no prescritos (tipo y frecuencia) No Otros: _____

Drogas ilegales (tipo) _____

Cómo resuelve sus problemas (recursos, apoyos con los que cuenta): Se apoya en su familia, principalmente en su esposa, ya que son católicos se apoyan en la fe.

11. Valores- Creencias:

¿Cree en un ser supremo? Jesucristo

¿Profesa alguna religión? Católica

¿La religión es importante para usted? Si

¿Qué cosas considera importantes en su vida? Su familia y Dios

¿Se siente satisfecho con su vida? Si

Actitud ante la religión, el duelo y la muerte: El paciente cree que tuvo una buena vida, no le teme a la muerte, está listo para cuando llegue el momento

¿Presenta Preocupaciones relacionadas con la vida, la muerte o la enfermedad?: Solo en que su familia se encuentre bien.

¿Cuáles sus planes futuros? (corto y largo plazo): Ver a su hija graduarse de la especialidad de enfermera quirúrgica.

12.2 Cuadro de manejo de Neumonía Asociada a la Comunidad



12.3 Escala de Braden

Escala de Braden

para la predicción del riesgo de úlceras por presión

@Creative_Nurse

	1	2	3	4
PERCEPCIÓN SENSORIAL 	Completamente limitada - Nivel de conciencia - Sensación - No reacción ante dolor - Capacidad sensitiva 	Muy limitada Reacciona solo ante estímulo doloroso - No comunica malestar - Déficit sensorial 	Ligeramente limitada Reacciona ante órdenes verbales - No siempre comunica malestar - Alguna dificultad sensorial 	Sin limitaciones Responde a órdenes verbales - Sin déficit sensorial 
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD 	Constantemente húmeda Cuando se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente 	A menudo húmeda Cuando la ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno 	Ocasionalmente húmeda Cuando hay que cambiar la ropa de cama una vez al día 	Raramente húmeda Cuando la ropa de cama se cambia según la rutina 
ACTIVIDAD 	Encamado/a 	En silla 	Deambula ocasionalmente 	Deambula frecuentemente Dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas 
MOVILIDAD 	Completamente inmóvil 	Muy limitada 	Ligeramente limitada 	Sin limitaciones 
NUTRICIÓN 	Muy pobre 0 ayunas, dieta líquida o suero > 5 días 0/2 del almuerzo 	Probablemente inadecuada 0 recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por SNG x3 0/2 del almuerzo 	Adecuada 0 recibe nutrición por SNG o por vía parenteral x4 > 0/2 del almuerzo 	Excelente Come entre horas y no requiere suplementos x4 > 4 
FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO 	Problema Requiere de moderada a máxima asistencia para ser movido 	Problema potencial Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia 	No existe problema aparente Se mueve en la cama y en la silla con independencia 	

RIESGO UPP

ALTO = < 12 PUNTOS

MODERADO = 12 - 14 PUNTOS

BAJO = 15-16 PUNTOS (si < 75 años)
15-18 PUNTOS (si ≥ 75 años)

©2017 <https://www.repositorio.uned.es/handle/documento/10947>
<https://www.repositorio.uned.es/handle/documento/10947>

@Creative_Nurse
 @creonurse
 @enfermeriacreativa
 Enfermería Creativa

12.4 Cuadro de clasificación de Úlceras Por Presión

CUADRO II. CLASIFICACIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Estadio I
Piel íntegra con presencia de eritema cutáneo que no palidece al retirar la presión, puede acompañarse de cambios de temperatura en la piel, edema, dolor, induración o insensibilidad.
Estadio II
Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta la epidermis y/o dermis. Úlcera superficial con aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.
Estadio III
Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis de tejido subcutáneo que puede extenderse hacia abajo pero no por la fascia subyacente.
Estadio IV
Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión del músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular etc.). En este estadio y en el III, pueden presentarse lesiones con cavitaciones o túneles.

Fuente: Protocolo de actuación en Úlceras por Presión (Arcos Díaz Fuentes Martha y cols.)

12.5 Cuadro de escala de valoración de riesgo de caídas

 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL															
ANEXO ESCALA DE VALORACIÓN PARA RIESGO DE CAÍDAS															
Esta escala valora la funcionalidad en todas sus esferas, a mayor puntaje es un alto riesgo de caídas o fragilidad de la salud.															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAIDAD</th> <th>PUNTOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Limitación física</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Estado mental alterado</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Tratamiento farmacológico que implica riesgo</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Problemas de idioma o socioculturales</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Pacientes sin factores de riesgo evidentes</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Total de puntos</td> <td>10</td> </tr> </tbody> </table>	VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAIDAD	PUNTOS	Limitación física	2	Estado mental alterado	3	Tratamiento farmacológico que implica riesgo	2	Problemas de idioma o socioculturales	2	Pacientes sin factores de riesgo evidentes	1	Total de puntos	10	
VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAIDAD	PUNTOS														
Limitación física	2														
Estado mental alterado	3														
Tratamiento farmacológico que implica riesgo	2														
Problemas de idioma o socioculturales	2														
Pacientes sin factores de riesgo evidentes	1														
Total de puntos	10														
<small>FUENTE: Planes de Cuidado de Enfermería, Diane Kaschak Neuman. Edt. Mosby</small>															
ESCALA DE CLASIFICACIÓN DE RIESGO															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ESCALA DE CLASIFICACION</th> <th>PUNTOS</th> <th>COLOR DE LA TARJETA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Alto riesgo</td> <td>4 a 10</td> <td>Rojo</td> </tr> <tr> <td>Mediano riesgo</td> <td>2 a 3</td> <td>Amarillo</td> </tr> <tr> <td>Bajo Riesgo</td> <td>0 a 1</td> <td>Verde</td> </tr> </tbody> </table>	ESCALA DE CLASIFICACION	PUNTOS	COLOR DE LA TARJETA	Alto riesgo	4 a 10	Rojo	Mediano riesgo	2 a 3	Amarillo	Bajo Riesgo	0 a 1	Verde			
ESCALA DE CLASIFICACION	PUNTOS	COLOR DE LA TARJETA													
Alto riesgo	4 a 10	Rojo													
Mediano riesgo	2 a 3	Amarillo													
Bajo Riesgo	0 a 1	Verde													
<small>FUENTE: Planes de Cuidado de Enfermería, Diane Kaschak Neuman. Edt. Mosby</small>															

12.6 PLAN DE ALIMENTACIÓN

L.N. Maria Eugenia Martinez de Korres Aguilar

Diagnóstico Nutricional: Desgaste-proteico energético secundario crónico.

Se recomienda una dieta gradual progresiva en aumento de kcal de acuerdo a las patologías del paciente. Como plan de alimentación inicial se sugieren 1900 kcal (35 kcal / kg de peso seco mínimo recomendado (53 kg)), con aporte proteico de 1.2 g/kg de peso actual. El plan de alimentación se realiza en 5 tiempos de comida, respetando lo que actualmente tolera el paciente que es una dieta líquida, asimismo se sugiere cambiar el complemento nutricional que actualmente consume que es Ensure por Nepro HP, que es un complemento nutricional especializado para paciente renal.

ESPECIFICACIONES DEL PLAN DE ALIMENTACIÓN

Perfil Calórico – Plan de alimentación Inicial 1900 kcal:

PERFIL CALÓRICO				
	GR	KCAL	%	G/ KG
PROTS	61.75	247	13	1.2
LPS	67.55556	608	32	1.3
HC	261.25	1045	55	5.2
TOTAL	390.5556	1900	100	

Distribución de raciones por tiempo de comida:

<i>1900 kcal</i>		Desayuno	Colación Matutina	Comida	Colación Vespertina	Cena
Grupo De Alimentos	Horarios	08:00 a. m.	11:00 a. m.	02:00 p. m.	05:00 p. m.	08:00 p. m.
	RACIONES	No dejar pasar más de 4 horas entre cada alimento \pm 30 minutos.				
Verduras	3	1		1		1
Frutas	2		1		1	
Cereales sin grasa	12	4		4		4
Alimentos de Origen animal	2	0.5		1		0.5
Aceite	9	3		3		3
Nepro HP	1	1 lata 1 vez al día.				

Menú ejemplo: Dieta Licuada Artesanal

MENÚ EJEMPLO		
Desayuno	Verdura o Fruta	½ tza. De ejotes picados cocidos
	Proteína	15 g de pollo cocido <u>o</u> 5 g. de caseinato de calcio.
	Cereal sin grasa	60 g. de cereal de arroz
	Aceite sin proteína	3 cdtas. De aceite de oliva
Colación Matutina	<i>Papilla o licuado de manzana con Nepro HP</i> 1 manzana cocida + ½ lata de Nepro HP	
Comida	Verdura	½ tza. De chayote cocido
	Proteína	30 g. de pollo molido o 10 g. de caseinato de calcio
	Cereal sin grasa	1 tza. De arroz
	Aceite sin proteína	3 cdtas. De aceite de oliva
Colación Vespertina	<i>Papilla o licuado de pera con Nepro HP</i> ½ pera + ½ lata de Nepro	
Cena	Verdura o Fruta	½ tza. De ejotes picados cocidos
	Proteína	15 g de pollo cocido o 5 g. de caseinato de calcio.
	Cereal sin grasa	60 g. de cereal de arroz
	Aceite sin proteína	3 cdtas. De aceite de oliva

Recomendaciones:

1. Lavarse perfectamente las manos antes de preparar la alimentación.
2. Seleccionar los alimentos indicados en la cantidad de porciones establecidas por la nutrióloga. Todos los alimentos deben estar frescos y de buena calidad.
3. El material y los utensilios que serán utilizados deben estar lavados y desinfectados. De preferencia darles un uso exclusivo para este proceso.
4. Se preparará una papilla de cada grupo de alimento. Después se va agregando uno por uno a la licuadora hasta obtener una mezcla uniforme.
5. Se separa por tomas, en caso de haber hecho una sola preparación y si no se repite el proceso en cada tiempo de comida.

Ingesta de líquidos

La recomendación de líquidos totales para el paciente es de 500 – 600 ml/día, ya que el paciente es anúrico. (Se anexa infografía sobre el control de líquidos para información adicional para el paciente (Anexo 12.6.1)).

Micronutrientes

El plan de alimentación anteriormente prescrito, está considerado bajo en Na, K y P, de acuerdo a los lineamientos de una dieta nefrópata (NA <1200 mg/día, K = 2000 mg/día, P = 900 mg/día). Para continuar dicha restricción se anexa la lista de alimentos altos, moderados y bajos en estos micronutrientes (Anexo 12.6.2). Asimismo, se consideran todas las especificaciones para las demás patologías que presenta el paciente que son N.A.C. + DM2 + HAS + Cirrosis hepática (Anexo 12.6.3), que son grasa saturada <7%, azúcar añadida <10%, proteínas de alto valor biológico (PR AVB) >50% y proteínas de bajo valor biológico (PR BVB) <50%, de tal manera que se detalla que en el plan anteriormente prescrito se cumple con estos criterios:

Grasa Saturada	1.31%
Azúcar añadida	8.41%
PR AVB	52.53%
PROTS BVB	47.46%

Observaciones:

Se recomienda el monitoreo cada 3 o 4 semanas para evaluar el estado nutricional del paciente y hacer las modificaciones respectivas a su plan de alimentación, desde el aumento gradual de kcal hasta cambiar la consistencia de la dieta, según la tolerancia del paciente.

El aumento calórico gradual se recomienda hasta llegar las 2400 kcal/día, ya que éstas serían las kcal necesarias para aumentar su peso seco hasta llegar a 69 kg que correspondería al peso ideal para el paciente y su patología. Como máximo se recomiendan 72 kg, basados en la estatura del paciente.

Para complementar mejor la información se sugiere interconsulta para medición por bioimpedancia especializada para la medición del peso seco, ya que esta medición nos daría información completa sobre la composición corporal del paciente en cuanto a porcentaje de grasa, músculo y agua en su organismo, dividiendo ésta última en agua

corporal total y agua extracelular, lo cual resulta de suma importancia dado la retención de líquidos por la cual fue hospitalizado el paciente.

Anexo 12.6.1

CONTROL DE LÍQUIDOS EN LA ERC

Recuerde que... los líquidos no sólo los toma cuando bebe agua, café, té, infusiones o leche, sino también cuando come, ya que todos los alimentos contienen agua en mayor o menor cantidad.

Debe comer despacio, masticando bien los alimentos para favorecer la salivación y mejorar la sequedad de la boca.



Las verduras las puede saltear después de hervirlas para que pierdan el exceso de agua que contienen.



Tomar siempre en vasos y a pequeños sorbos, controlando la cantidad y saboreándola.



Los refrescos contienen gran cantidad de azúcar y sodio, por lo que dan más sed y, por lo tanto, más ganas de beber.



Recuerde que... los líquidos **muy fríos** o **muy calientes** le pueden ayudar a **disminuir la cantidad de su consumo** y a su vez los niveles de **ansiedad**.

Tomar los líquidos con un **popote de plástico reusable** le puede **ayudar a controlar la cantidad** que consume.



Consumir **cuadritos de hielo** le puede ayudar a disminuir la sensación de sed.



También consumir **cuadritos de fruta congelados** (de la fruta indicada por el Nutriólogo), le ayuda a disminuir la sensación de sed y ansiedad.

Lavarse los dientes, **chupar pastillas** o **masticar chicles de menta, hierbabuena** o **sabores frescos sin azúcar**, le ayudará a controlar la sed.



Recuerde que... si la producción de orina es normal, no tendrá que limitar la ingesta de líquidos. *A reserva de lo que indique su nefrólogo.

Sin embargo, aunado al control de los líquidos **deberá restringir la ingesta de sodio.**

Dado que **el sodio se une al agua** y su cuerpo necesita ingerir más líquido de lo normal.

Los **riñones se encargan de eliminar y controlar el sodio** y si éstos no funcionan adecuadamente se **acumula** en el organismo **provocando retención de agua.**

Esa retención de agua provoca hinchazón, de piernas, párpados, etc., hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca y edema de pulmón, entre otros.



Por esta razón se recomienda la medición periódica de la diuresis (secreción de orina) de 24 horas por parte del paciente y control del peso.

Anexo 12.6.2.

Hoja de Intercambio de Alimentos

Contenido de potasio en las verduras									
Bajas En Potasio Todos los días 2 - 3 raciones				Moderadas en potasio 2 - 3 veces por semana máximo		Altas en potasio - Máximo 1 vez por semana o cada 15 días (1 sólo alimento).			
Cebolla	1/4	Pimiento	1/2 tza.	Chilacayote	150 g	Acelga	1/2 tza.	Jitomate	2 pzas.
Cocida	tza.	cocido		crudo		cocida			
Chayote	1/2	Ejotes	1/2 tza.	Pepino con	1 1/4	Apio crudo	1 1/2	Lechuga	3 tzas.
cocido	tza.	cocidos		cáscara	tza.		tza.		
Chícharo	1/5	Flor de	1 tza.	Xoconostle	3	Brócoli	1/2 tza.	Nopal	1 tza.
Cocido	tza.	calabaza			pzas.	Cocido		cocido	
		cocida							
Chile	2/3	Huitlacoche	1/3 tza.	Zanahoria	1/2	Espinaca	1/2 tza.	Rábano	1 1/4
Poblano	pza.	cocido		cruda	tza.	Cocida		Crudo	tza.
Col Cocida	1/2	Jícama	1/2 tza.	Berenjena	3/4	Calabaza de	1/2 tza.	Aguacate	1/2 pza.
Picada	tza.	picada		cocida picada	tza.	Castilla		Papa	1/2 pza.
						Cocida			
Coliflor	3/4	Papilla de	1/3 frasco	Chile jalapeño	1 pza	Champiñón	1 tza.	Camote	1/2
Cocida	tza.	Verduras	(43g)	Betabel	1/4	crudo			pza.
		mixta		Cocido	pza.				
Espárragos	6	Porro crudo	1/2 tza.	Huazontle	1/2	Romeritos	120 g.	Quelites	1/2
crudos	pzas	Germen de	3 tzas.	Setas cocidas	tza.	crudos			tza.
		alfalfa crudo				Verdolaga	1 tza.		
						cocida			

Contenido de potasio en las frutas									
BAJAS EN POTASIO Todos los días 2 - 3 raciones		MODERADAS EN POTASIO 2 - 3 veces por semana máximo				ALTAS EN POTASIO Máximo 1 vez por semana o cada 15 días (1 sólo)			
Arándano fresco	125 g	Mango Petacón	1/2 pza.	Mamey	1/3 pza.	Coco			1 tza.
Blueberries	1/2 pza.	Toronja	1/2 pza.	Membrillo	1 pza.	Ciruela			4 pzas.
Chicozapote	3/4 tza.	Higo	2 pzas.	Sandía	1 rebanada	Durazno			2 pzas.
Mango Ataulfo	1/2 pza.	Lima	2 pzas.	Tamarindo	50 g.	Guayaba			2 pzas.
Manzana	1 pza.	Limón real	4 pzas.	Tuna	1 pza.	Mango manila			1/2 pza.
Guanábana	1 pza chica.	Lichis	12 pzas.	Uva	18 pzas.	Melón			1 tza.
Pera	1/2 pza.	Fresa entera	8 pzas.	Frambuesa	1 tza.	Mandarina			2 pzas.
Perón	1 pza.	Moras	3/4 tza.	Maracuyá	3 pzas.	Naranja			2 pzas.
Piña rebanada	1 rebanada	Granada roja	1 pza.	Zarzamora	3/4 tza.	Pasitas			10 pzas.
Papilla de frutas	3/4 frasco					Papaya			1/2 tza.
mixtas	(98g)					Plátano			1/2 pza.
Dátil seco	2 pzas.					Kiwi			1 pza.
Zapote negro	1/2 pza.					Tuna			2 pzas.

Contenido de grasa y sodio en los alimentos de origen animal (carne)

AOA BAJOS EN GRASA Y SODIO 2 a 4 raciones diarias		AOA BAJOS EN GRASA Y ALTOS EN SODIO 2 raciones por semana		AOA ALTOS EN GRASA Y ALTO EN SODIO 1 ración a la semana	
Aguayón	30 g	Camarón Seco	10 g	Nugget de pollo	2 pzas.
Arrachera de res	30 g	Carne de Res seca	10 g	Queso asadero	1 reb.
Bistec	30 g	Cecina de res	25 g	Queso Chihuahua	25 g.
Carne molida especial	30 g	Chuleta ahumada	1/2 pza.	Queso amarillo	2 reb.
Molida de pollo	30 g	Machaca	1/3 sobre	Queso Mozzarella	35 g.
Claras de Huevo	2 pzas.	Pechuga de pavo	1 1/2 reb.	Evitar	
Huevo	1 pza.	Pechuga de pavo ahumada	1 1/2 reb.	Salchicha	3/4 pza.
Filete de Pescado	40 g	Pollo rostizado	1/3 pza.	Salchicha ahumada	1/2 pza.
Mero cocido	30 g			Salchicha vienna	3 pzas.
Milanesa de pollo	30 g			Jamón	2 pzas.
Pollo cocido	25 g				
Queso fresco	40 g				
Queso panela	40 g				

CEREALES SIN GRASA

BAJOS EN FÓSFORO Y SODIO Todos los días				MODERADOS EN FÓSFORO Y SODIO 2 - 3 veces por semana máximo				EVITAR	
Pan blanco tostado	1 reb.	Fideo cocido	1/2 tza.	Avena cocida	3/4 tza.	Bollo de Hamburguesa	1/3 pza.	Elote enlatado	Galleta
Arroz cocido	1/4 tza.	Galleta de animalitos	6 pzas.	Palomitas naturales	2 1/2 tzas.	Pan Media	1/2 pza.	Salada	Hojuelas de maíz
Bagel	1/3 pza.	Galletas Marías o habaneras	5 pzas.	Hot cake	1 pza.	Pan Dulce	1/3 pza.	Botanas	Papa
Baguette	1/7 pza.	Palitos de Pan	3 pzas.	Tortilla de	1 pza.	Cuerno	1/3 pza.	Tamal	
Bolillo	1/3 pza.	Pan molido	8 cdtas.	Harina	1 pza.	Oreja	1/3 pza.		
Codito	1 1/2 cdtas.	Espagueti cocido	1/3 tza.	Tortilla de maíz	1 pza.				
				Panqué	1 reb.				

CONTENIDO DE FÓSFORO EN LOS LÁCTEOS (LECHE, YOGURT)

LECHE ENTERA BAJA EN FÓSFORO		ACEITE		CONDIMENTOS BAJOS EN SODIO	
Leche materna	2 cdas.	Aceite de maíz	1 cdta.	Ajo fresco	Laurel, Menta
Leche maternizada en polvo	2 cdas.	Aceite de oliva	1 cdta.	Canela	Orégano
LECHE ENTERA ALTA EN FÓSFORO		Aderezo	1 cdta.	Cebollas, Cebollín	Paprika, Clavo
Leche de vaca	1 tza.	Vinagretas	1 cdta.	Chile en polvo	Pimienta
Yogurt natural	1 tza.	Mayonesa	1 cdta.	Jengibre	Polvo de curry
Jocoque seco	3/4 tza.	Mantequilla sin sal	1 cdta.	Extracto de vainilla	Romero

CIRROSIS HEPÁTICA

Definición

La cirrosis es una enfermedad crónica y difusa del hígado que conlleva un daño irreversible que incluye daño hepatocitario, necrosis difusa, fibrosis y que altera la normal arquitectura tisular del hígado.



Etiología

Las causas de las cirrosis son diversas y semejantes a las que producen la inflamación aguda, pudiendo haberlas de tipo infeccioso, tóxico, biliar, genético e inmunes entre otras.

Complicación más frecuente: La malnutrición es una complicación de la enfermedad hepática crónica que tiene implicaciones pronósticas importantes, ya que los pacientes malnutridos presentan mayor incidencia de complicaciones. La desnutrición moderada o grave es un dato común en estos pacientes y se debe a distintos factores: ingesta inadecuada, anorexia, disgeusia, saciedad temprana, náuseas, vómitos, digestión anormal y absorción deficiente.

Objetivos del tratamiento nutricional:

- Corregir las deficiencias nutricionales, que son frecuentes.
- Ofrecer tratamiento de apoyo para pérdida de peso, várices esofágicas, hipertensión portal, atrofia muscular, edema y ascitis.
- Disminuir el ritmo de progresión del tejido cicatricial y apoyar la función hepática residual.



TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Plan de alimentación individualizado, de acuerdo a las características y necesidades del paciente. Se aconseja una dieta equilibrada y con un incremento específico en los aportes de energía y proteínas (hipercalórica e hiperproteica).

PAUTAS NUTRICIONALES



- ⌘ Las personas con enfermedad hepática deben ser muy cuidadosas por que el hígado procesa todo lo que se consume. No deben usarse plantas medicinales ni complementos botánicos sin antes consultarlo con el médico.
- ⌘ Algunas preparaciones de té herbario pueden ser dañinas (como el té de consuelda) y deben evitarse.
- ⌘ Evitar mariscos crudos, que pueden que contener *Vibrio vulnificus* peligroso para las personas con cirrosis.
- ⌘ Evitar comidas grasosas (tocino, queso, aceites) y alimentos que produzcan gas.
- ⌘ Evitar frutas y jugos cítricos.
- ⌘ Comer arroz blanco hervido, tapioca, cereal.
- ⌘ Evitar la cafeína.
- ⌘ Comidas frecuentes en el día (6 tiempos de comida).
- ⌘ Inclusión de una merienda o colación nocturna.
- ⌘ Evitar grandes ingestas en un solo tiempo de comida
- ⌘ Evitar la ingestión de carnes rojas y vísceras.
- ⌘ Las carnes blancas se administrarán en la cantidad recomendada.

- ⌘ Restringir el consumo de leche y derivados lácteos.
- ⌘ Es muy recomendable la clara de huevo por su alto contenido de albúmina.
- ⌘ Elegir carbohidratos complejos, ricos en fibra.
- ⌘ Elegir papillas y purés de verduras y frutas.
- ⌘ Preferir hierbas de olor para condimentar los alimentos. Ejemplo: Laurel, menta, orégano, romero, además de Gengibre y extracto de vainilla.

La alimentación debe continuar durante todas las etapas de la enfermedad según lo máximo posible y debe incrementarse durante el periodo de convalecencia para evitar efectos perjudiciales sobre el estado nutricional. Según la tolerancia del paciente se elegirá la mejor forma de alimentación (oral, enteral, parenteral). El médico podrá indicar periodo de ayuno en caso necesario.

- Preferir comidas poco abundantes y frecuentes. Se recomienda de 5 a 7 tiempos de comida.

Prefiera:	Evite:
✓ Pan tostado integral	⊗ Alimentos grasos: fritos, embutidos,
✓ Sémola de arroz	⊗ Frutos secos
✓ Pasta para sopa	⊗ Bebidas con gas
✓ Arroz cocido	⊗ Café
✓ Zanahorias cocidas	⊗ Alcohol
✓ Pescado cocido	⊗ Zumos de naranja azucarados ⊗ Nata
✓ Pechuga de pollo sin piel cocida	⊗ Leche ⊗ Mantequilla
✓ Manzana rallada	⊗ Chocolate
✓ Frutas cocidas	⊗ Frutos secos
✓ Verduras cocidas	⊗ Bebidas con gas, café

12.7 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

MEDICAMENTO	VIA	DOSIS	FRECUENCIA
CEFTRIAXONA	ORAL	1 GR	CADA 8 HRS (EN CADA COMIDA) POR 7 DÍAS
AMOXICILINA-ÁCIDO CLAVULÁNICO	ORAL	500 MG	CADA 8 HRS (ANTES DE CADA COMIDA) POR 10 DÍAS
NIFEDIPINO	ORAL	1 TABLETA (10 MG)	2 VECES AL DÍA (POR LA MAÑANA Y LA NOCHE ANTES DE LOS ALIMENTOS)