



**UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.**

---

---

**ESTUDIOS INCORPORADOS A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

**NÚMERO Y FECHA DE ACUERDO DE VALIDEZ OFICIAL 8931-62**

**PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA**

**DERRAME PLEURAL**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PRESENTA:**

**MARIA FELIX MARTINEZ GARZON**

**ASESOR:**

**L.E. ALICIA SÁNCHEZ ORTÍZ**

**ORIZABA, VER.**

**2021**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>2</b>
<b>JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>7</b>
<b>METODOLOGÍA.....</b>	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>13</b>
1.1. Enfermería como profesión disciplinaria.....	13
1.2. El cuidado como objeto de estudio.....	15
1.3. Proceso atención de enfermería.....	18
1.4. Modelo teórico utilizado para la elaboración del PAE.....	19
a). Elementos fundamentales del modelo utilizado.....	20
1.5. Etapas del proceso atención enfermería.....	21
<b>CAPÍTULO II. RESUMEN DEL CASO CLÍNICO.....</b>	<b>26</b>
<b>CAPÍTULO III. DESARROLLO DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA.....</b>	<b>29</b>
3.1. Valoración clínica del sujeto de cuidado.....	29
3.2. Diagnósticos de enfermería según el caso.....	33
3.3. Planeación de intervenciones.....	33
3.4. Ejecución de intervenciones.....	34
3.5. Evaluación.....	35
<b>CAPÍTULO IV. PLAN DE ALTA.....</b>	<b>37</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>39</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>41</b>
<b>GLOSARIO DE TÉRMINOS.....</b>	<b>46</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>50</b>

## INTRODUCCIÓN

El proceso de atención enfermero (PAE) es el conjunto de acciones intencionadas que como profesional de enfermería, apoyándose en modelos y teorías realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que la persona que necesita de cuidados de salud reciba la mejor atención posible por parte de enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados. Compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí.

Es por eso que durante el desarrollo de este trabajo se pretende alcanzar en su totalidad los objetivos planteados, para así poder ayudar en su recuperación en un alto porcentaje. Siendo que la patología de derrame pleural es compleja, se pretende aminorar las situaciones de estrés que sufre el paciente durante su estancia hospitalaria y su proceso de recuperación. Teniendo en cuenta los aspectos fisiológicos normales y como se ve afectada durante la patología.

El derrame pleural (DP) modifica el equilibrio entre el volumen de la cavidad torácica y el de sus órganos, alterando el funcionamiento del aparato respiratorio, corazón y diafragma. Altera poco el intercambio pulmonar de gases, pero provoca cambios restrictivos proporcionales a su volumen, aumenta los diámetros torácicos y disminuye la compliance pulmonar.

Las principales causas de sufrir este tipo de derrame son diversas, puede desarrollarse a consecuencia de otras enfermedades o también por problema cardíacos, problemas de hipertensión, enfermedades ginecológicas, problemas digestivos o pseudo quistes pancreáticos, cáncer, cirrosis, entre otros. Siendo de las principales síntomas la dificultad respiratoria, dolor torácico y tos.

El PAE enfocado a esta patología se realizó por el interés de ayudar a mejorar el patrón respiratorio del paciente. Esto permitió identificar los aspectos que podrían ayudar a la mejora del mismo, priorizar las intervenciones y dar un mejor manejo.

La valoración enfermera es útil en la planificación de cuidados a la persona, a la familia y/o comunidad, y no solamente en situación de enfermedad. Para la realización de este trabajo se utilizó a Marjory Gordon quien define a los patrones como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a la salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano; 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 ó la patología.

## JUSTIFICACIÓN

El presente Proceso de atención enfermero se realizó con la finalidad de brindar intervenciones que mejoren su estado de salud física y emocional, con el sentido de responsabilidad y calidad humana al paciente que cursa con una patología de derrame pleural.

Permitiendo conocer, observar e identificar las necesidades y/o problemas que se pueden solucionar a través de la identificación oportuna de diagnósticos de enfermería y proporcionar cuidados de manera integral. Siendo el interés de este estudio clínico dar una atención de calidad en una persona adulta que cursa con un proceso de enfermedad. El derrame pleural aunque raramente es fatal de forma aislada, es con frecuencia un marcador de una condición médica subyacente seria y contribuye a una significativa morbilidad y mortalidad en el paciente.

En el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias de la Ciudad de México, se realizó un estudio transversal y prospectivo de julio 2011 a julio 2012, donde se encontró como primer causa de DP las enfermedades infecciosas con 52.2%, las neumonías y el derrame paraneumónico 24.7%, TB 8%, TB + VIH 8.2% y empiema 11.3%. La media de edad fue de 52.7( $\pm$ 19.4) años y la proporción de pacientes masculinos 66.6%.( IMSS, 2016, p. 2)

Otro aspecto fundamental e importante de retomar es el modelo o teórica con la cual se trabaja el proceso enfermero, que en su caso es Marjory Gordon, Para llevar a efecto esta valoración, dentro del proyecto, se ha optado por utilizar una herramienta que pueda ser usada independientemente del modelo enfermero seguido. Así se eligió la propuesta de M. Gordon con sus Patrones Funcionales. Estos son 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 humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo.

La utilización de los Patrones Funcionales, permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, de los pacientes (físicos, psíquicos, sociales, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta.

Los formatos de valoración fueron creados a tal manera que de forma sistematizada se lograra una adecuada recogida de datos mediante la anamnesis y exploración. Si los datos indican la presencia de un problema real o potencial se debe elaborar una hipótesis diagnóstica (diagnóstico de enfermería), para conducir el proceso enfermero a la obtención de información.

Durante la valoración se ayuda de 11 patrones funcionales que son (Gordon, 2007, p.2,39):

- 1) Patrón de percepción—manejo de la salud. Comprende la percepción individual del estado de salud y su importancia para las actividades actuales y la planificación futura incluyendo el control del riesgo para la salud.
- 2) Patrón nutricional-metabólico. Consumo de alimentos y bebidas, en relación con las necesidades metabólicas y los indicadores de patrón de los aportes locales de nutrientes.
- 3) Patrón de eliminación. Función excretora (fecal, urinaria y cutánea) y sus características.
- 4) Patrón actividad-reposo. Actividades desempeñadas como ejercicio, actividad, ocio y diversión.
- 5) Patrón de sueño-reposo. Describe el sueño, reposo y relajación comprendido durante las 24 horas del día.
- 6) Patrón cognitivo-perceptivo. Patrón sensorio perceptivo y cognitivo, comprendiendo la visión, audición, el gusto, el tacto y el olfato.
- 7) Patrón de autopercepción-auto concepto. Refiriéndose al estado de ánimo, las actitudes del individuo sobre sí mismo.

- 8) Patrón de rol-relación. Describe el desempeño de rol relaciones.
- 9) Patrón de sexualidad-reproducción. Satisfacción o insatisfacción con la sexualidad y reproducción.
- 10) Patrón de afrontamiento/tolerancia del estrés. Afrontamiento y eficacia en términos de tolerancia del estrés.
- 11) Patrón de valores-creencias. Aquellos valores, objetivos o creencias (como las espirituales).



## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Implementar intervenciones de enfermería enfocadas en las principales necesidades del individuo, para ayudar a restablecer de manera eficaz y óptima la salud del mismo, dando un cuidado holístico al paciente, mediante un cuidado íntegro y de calidad.

### **Objetivos Específicos**

- Realizar una evaluación integral del paciente bajo una guía teórica aplicada, que favorezca a identificar el patrón alterado que priorice sus necesidades.
- Valorar los datos clínicos obtenidos del paciente de acuerdo a los patrones funcionales de Marjory Gordon.
- Formular diagnósticos reales, potenciales y de salud enfocados a una evolución favorable para el paciente.
- Analizar la necesidad que priorice atención y enfocarse en ella para lograr mejora en el paciente con base a las intervenciones a realizar.
- Identificar mediante la valoración los patrones funcionales alterados en el paciente.
- Planificar acciones de enfermería encaminadas a las necesidades prioritarias del individuo.
- Ejecutar actividades de enfermería enfocadas a la pronta recuperación del paciente.

## METODOLOGÍA

La valoración enfermera es un acto de gran importancia del cual va a depender el éxito del trabajo, ya que es la primera fase de un proceso cuyo objetivo es conseguir el bienestar de la persona sujeta a la intervención enfermera. Debido a esto, la valoración no sólo requiere conocimientos y habilidades, además es importante que la persona que la realiza sea consciente de la finalidad que se quiere alcanzar y no se caiga en el error de recoger datos sin llegar a valorar.

Por tanto, este debe ser un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado, de recogida e interpretación de datos sobre el estado de salud del paciente, a través de diversas fuentes. Esto quiere decir que la valoración enfermera es un proceso que constituye la primera fase del proceso enfermero. Primero; es planificada, está pensada, no es improvisada. Segundo es sistemática: requiere un método para su realización. Seguidamente es continua: Comienza cuando la persona entra en contacto con el sistema de cuidados enfermeros y continúa durante todo el tiempo que necesita de ellos. Finalmente es deliberada: Precisa de una actitud reflexiva, consciente y con un objetivo por parte de la persona que la realiza.

Por eso para el proceso atención enfermero se retoma la valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon que aporta una serie de ventajas al proceso, los patrones pueden ser utilizados independientemente del modelo enfermero del que se parte; se adaptan muy bien al ámbito de la atención primaria de salud, permitiendo estructurar y ordenar la valoración, tanto a nivel individual como familiar o comunitario, a lo largo del ciclo vital de la persona, en situaciones de salud o enfermedad; y facilitan claramente la siguiente fase de diagnóstico enfermero al estar en el origen de la clasificación por dominios de la NANDA.

La valoración por patrones funcionales tiene como objetivo determinar el perfil funcional del individuo, buscando si existe alteración o riesgo de alteración

de alguno de ellos para posteriormente determinar un diagnóstico enfermero que describa esa situación y que ayude a eliminar o disminuir la disfuncionalidad. El juicio sobre si un patrón es funcional o disfuncional se hace comparando los datos obtenidos en la valoración con datos de referencia del individuo, normas establecidas según la edad del individuo, normas sociales o culturales, etc.

Un patrón disfuncional puede aparecer con una enfermedad, o puede conducir a ella y en cualquiera de ambos casos se busca disminuir la alteración producida. Toda esta dinámica busca la determinación del perfil funcional del individuo y la localización de aquellos patrones funcionales que están alterados, o en riesgo de alteración, en alguna medida, para posteriormente determinar un diagnóstico enfermero que describa esa situación.

Además, la valoración debe tener en cuenta la estructura holística del individuo: lo familiar, el entorno y la comunidad, el impacto de la enfermedad en la misma, los recursos con los que cuentan para afrontar la situación. Es decir, será imprescindible conocer si la prestación de cuidados al paciente es o seguirá siendo eficaz. Además, la situación laboral y su relación con su situación de salud, las características socioculturales, la accesibilidad al sistema sanitario, los valores, las creencias y los compromisos tienen también gran importancia en la valoración y en la evaluación para realizar una planificación de cuidados basada en la situación del paciente.

Así el contenido de la valoración debería organizarse en función de nuestro puesto de trabajo y de la institución, del contexto, pero debería contener al menos: Datos biográficos, edad, sexo, estado civil, antecedentes. Diagnósticos y tratamiento, antecedentes familiares, información genética, antecedentes de riesgo, factores de riesgo y predisponentes, alergia e intolerancia, inmunizaciones, manejo efectivo del régimen terapéutico, escalas de valoración previas, diagnósticos de enfermería pendientes de resolver, conocimientos, habilidades y

actitudes. Motivo actual de consulta. Qué le ocurre, desde cuándo, cómo es, dónde se localiza. Factores precipitantes que alivian o agravan el problema, etc.

También el estilo de vida y datos socioculturales, hábitos, dieta e ingesta. Sueño, actividades de la vida diaria, ocupación (trabajo, jubilación, estudio, desempleo), ocio y adiciones, etnia, religión, creencias y valores, datos sociológicos, psicológicos, información cefalocaudal o por sistemas.

Y factores estresantes y patrón de afrontamiento, Escalas de valoración actual. Recursos: Recursos propios, de apoyo y soporte, • financieros, materiales, de asistencia sanitaria, entorno, paciente y familia. Situación del domicilio, situación económica, patrones de asistencia, pública o privada, atención primaria o especializada. Financiación y acceso a la asistencia. Seguridad del paciente. Riegos y herramientas para garantizar la calidad de los cuidados y la seguridad del paciente basados en la evidencia. Seguridad en el entorno sanitario, domiciliario y laboral. (Rubio, 2016, p.30-39)

Otro aspecto importante es la aplicación del proceso atención enfermero, que es el que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada. Como todo método, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí y cuyo objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales o grupales reales o potenciales; está compuesto de cinco etapas: Valoración, Diagnóstico de enfermería, Planeación, Ejecución, Evaluación.

La enfermera durante el razonamiento diagnóstico realiza diversas funciones intelectuales integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir en un juicio clínico. El profesional de enfermería hace uso de ese pensamiento crítico durante el contacto que tiene con los pacientes y así mejorar la calidad del cuidado que proporciona. Lo importante para el juicio crítico

es que la enfermera adquiera confianza y competencia en la toma de decisiones sobre los cuidados del paciente. (Guías De Práctica Clínica En Enfermería, 2017)

Asimismo, se ha determinado que su aplicación favorece el desarrollo profesional e impacto de la carrera a nivel social, principalmente, si se optimiza con una práctica constante, acompañamiento docente durante la formación universitaria, la adquisición de experiencias y conocimientos, así como, la incorporación de teorías y modelos conceptuales disciplinares. Sin embargo, en múltiples estudios en los que se analizaron planes de atención y registros de enfermería, se apreció que las fases del PAE no se cumplían a cabalidad, se omitían o no eran concordantes entre sí. Y en investigaciones que utilizaron técnicas cualitativas estudiantes y profesionales reconocieron grandes dificultades para emplearlo, por lo cual, simplificaron su uso a simples acciones de cuidado rutinarias o bien, no lo utilizaron del todo. Específicamente, la fase diagnóstica es en la que más se presentan dificultades de implementación.

Por otra parte las interrelaciones entre las etiquetas diagnósticas NANDA, los criterios de resultados NOC y las intervenciones NIC, no son más que la relación entre problema real o potencial, que hemos detectado en el paciente y los aspectos de ese problema que se intenta o espera solucionar mediante una o varias intervenciones enfermeras de las que también se desplegaran una o más actividades necesarias para resolución del problema.

Otro aspecto destacable es la taxonomía utilizada en la NANDA, NOC Y NIC. Sobre todo teniendo en cuenta que una taxonomía es una forma de ordenar o clasificar las cosas en categorías; siendo un esquema de clasificación jerárquica de los grupos principales, subgrupos y elementos. En la NANDA una taxonomía puede ayudar a identificar un diagnóstico, probablemente poco utilizado. Con el paso del tiempo la taxonomía ha ido evolucionando para dar paso a la mejora en la profesionalización de enfermería conforme vamos aprendiendo de nuestra área. (Herman, Kamitsuru, 2015, p. 187).

Así la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) se ha organizado en 7 campos, 30 clases e intervenciones. Esta taxonomía se elaboró utilizando los métodos de análisis de semejanzas, agrupaciones jerárquicas, juicio clínico y revisión de expertos. La clasificación incluyen las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería en función de los pacientes, intervenciones tanto independientes como en la colaboración, y cuidados tantos directos como indirectos. (Bulechek. Dochterman. Butcher. Wagner. 2014, p.56).

Finalmente la taxonomía NOC fue creada para organizar los conceptos clave de la taxonomía en dominios, clases y resultados, para así proporcionar una estructura estable para la colocación de resultados a lo largo del tiempo ayudando a las enfermeras y otros proveedores de asistencia sanitaria a identificar y seleccionar resultados para los diagnósticos que tratan en pacientes, familias y comunidades. Actualmente esta compuesto de 7 dominios, 32 clases y 490 resultados, compuesto finalmente de una etiqueta, definición, indicador, escala Likert de 5 puntos; que cuantifica el estado del resultado o indicador de un paciente en un continuo. (Moorhead et al, 2014, p.8 ).

# CAPITULO I

## MARCO TEÓRICO

### 1.1. Enfermería como profesión disciplinaria.

El desarrollo de la enfermería como profesión disciplinaria surge desde la aparición de la que fue considerada como la primera teórica de enfermería: Florence Naghtingale, que instauró el concepto de educación formalizada para las enfermeras y dio paso a teóricas y sus teorías.

Estos modelos ofrecen una visión global de los parámetros generales de la enfermería que incluyen ideas sobre la naturaleza y el papel del paciente y de la enfermera, sobre el entorno o cultura en donde se desarrolla la enfermería, sobre el objeto o función de la enfermería, cual es el cuidado de la salud y sobre las acciones o intervenciones de enfermería. (Cisneros, 2005, p.4).

Desde el momento que se empieza a introducir el concepto de disciplina de enfermería en los años 1950 en EE.UU., con un grupo de académicas-teóricas que señalaban que una profesión nueva como enfermería debía explicitar su propio conocimiento a través de sus bases teórico-éticas para poder sobrevivir como profesión se empieza el realce de la profesión como disciplina del cuidado. (Urra, 2009, pag. 3).

Así desde sus inicios enfermería siempre ha buscado centrarse en el cuidado de la salud y la vida, con el fin de que su esfuerzo y trabajo ofrezca al individuo, familia y sociedad una mejora en su calidad de vida, tanto en su entorno cotidiano como intrahospitalario. Definiendo así que la enfermería es “una” disciplina que se desempeña en varios escenarios y espacios sin perder de vista su objetivo central: el cuidado. (Lagoueyte, 2015, p. 2).

Además las profesionales de enfermería representan el gremio más importante en los sistemas de salud occidentales. Depositarias de casi la totalidad de la información que se genera en el hospital, mantienen las normas y organizan la asistencia. Lunardi Filho, afirma que “la naturaleza de la enfermería en el ámbito hospitalario añade al cuidado, la administración de los recursos y el mantenimiento de las condiciones de trabajo que aseguran el ejercicio de la medicina y la enfermería misma”. Los aportes del conocimiento y el trabajo de enfermería, son y han sido fundamentales en la construcción de los sistemas de salud, en su administración y su correcto funcionamiento. (Irigibel, 2008, p. 276).

Además con el desarrollo de los recursos humanos han surgido de igual manera la necesidad de transformar la formación y sustento de la profesión de enfermería para poder comprender mejor las características y la forma en que se manifiestan las enfermedades, así; con el paso de las décadas se ha logrado alcanzar otras áreas de conocimiento relacionadas con la salud, en particular enfermería hoy tiene mayores niveles de formación de profesionales, en la investigación y la atención a la salud individual y grupal, además en la dirección y gestión de sistemas y servicios de enfermería con gran éxito.( Zárata, 2003, p. 22).

Es decir, Enfermería como disciplina ha tenido un enorme crecimiento y empoderamiento a lo largo de su historia. Esté siendo un proceso constante de construcción, precisa de claridad en las metas, en donde los cambios sociales y las expectativas de la profesión calcen en amalgama perfecta para la mejora continua de la profesión.

Por esta razón durante el desarrollo histórico la figura profesional de la enfermera tiene antecedentes históricos distintos, dependiendo del país que se investigue. Al entrar a la universidad, la enfermería trataba de elevarse como disciplina con un cuerpo de conocimientos propios, y con la utilización de un juicio clínico por parte de las enfermeras en la aplicación de los cuidados. El problema radico y ha permanecido en la práctica de la teoría de la enfermería; para



subsanan este dilema, el proceso atención de enfermería (PAE) fue la fórmula ideal para llevar a cabo un plan de actuación, del cual la enfermera era la principal responsable como gestora y brindadora de cuidados. (González-Arras, 2012, P.)

Por tanto la enfermería como disciplina es definida por su estructura, su perspectiva, su dominio, o su foco, y se reconoce que tiene una lógica y un proceso cognitivo que es aceptado por los miembros o una comunidad: una disciplina proporciona una visión del mundo en el cual el fenómeno es revelado, organizado, entendido e interpretado. De este modo, la disciplina de enfermería comprenderá no sólo a aquellas teorías que sirven para describir, explicar y prescribir sino también incluiría los hallazgos de investigación relacionados con el fenómeno central de una disciplina y de otras disciplinas que son esenciales para el funcionamiento de los miembros de ésta. (Urra, 2009, p 34).

Ciertamente las enfermeras deben percibir el cuidado de enfermería como una relación de empoderamiento ya que fortalece los valores personales y profesionales, es genuino, intencionado, no se basa en juicios preconcebidos y se vive con otros (usuarios, profesionales) como un vínculo afectivo que genera resultados de satisfacción mutua. (Cabrera, 2005, P. 4).

## **1.2. El cuidado como objetivo de estudio.**

El concepto de cuidado se origina junto con la aparición de los primeros hombres en la tierra ya que en este periodo remoto de la historia se entremezclan diversas formas de cuidar que, con el transcurso del tiempo, dieron paso a diferentes disciplinas, y puede considerarse una primera etapa de evolución de los cuidados de enfermería, denominada etapa doméstica del cuidado. (Martínez-Chamorro , 2011, P. 2-5).

Por otra parte desde hace unos años se ha estudiado el cuidado y quien era más apto para realizarlo, en sus inicios se dirigió la mirada de primera intención a

las mujeres, quien desarrollaban las labores domésticas, comprobando que ellas tenían por instinto el cuidado al entorno en que se desempeñaban, dando así paso a ser ellas las más ideales para el cuidado individualizado en pacientes. (Zárate, 2003, P. 3).

Por esta razón cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al individuo enfermo, sino también a la enfermera como transmisora de él. Según Watson, el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona. (Báez et al, 2009, p. ).

El cuidado holístico en los servicios de salud se ha visto en gran dificultad por la visión biomédica de la salud, determinando que enfermería concibe la realidad dentro de los parámetros de la biomedicina, en donde el cuidado es concebido a partir de normas, expedientes, rutinas y patrones de conductas desde que las familias entran a los centros de salud. (Zarate, 2003, p. 5).

Por otra parte, sienten la necesidad de que estos cuidados sean significativos, en donde el escuchar, la empatía y el afecto se consideren tan importante como los aspectos técnicos del quehacer enfermero. Sin embargo los profesionales de enfermería, como una forma de sentirse valorado han relacionado el cuidado con las técnicas cotidianas de enfermería y consideran la tecnología como poder, orientando muchas veces su práctica hacia lo técnico distanciándose por tanto de los valores morales y políticos inserto en su trabajo cotidiano, por otro lado son estos aspectos los que apartan a las enfermeras del análisis crítico de su realidad y la mantienen en una cómoda neutralidad en donde prevalece la rutinaria ejecución de procedimientos. (Poblete- Valenzuela, 2007, p. 8).

Así mismo como seres humanos, en el entorno en que nos encontremos, siempre estamos inmersos en la cultura que nos rodea. Legado que se ha ido construyendo a través de la historia para influir en nuestra vida y moldearla. Como profesionales de salud, la cultura es un punto que no podemos pasar desapercibido debido a que es una variable que no solo afecta a los receptores del cuidado, sino también a ellos mismos. Siendo la cultura la influencia en los seres humanos desde lo biológico, psicológico, social y cultural en sí mismo.

Es decir, llegando a la conclusión de que la cultura es un elemento que condiciona el comportamiento y las decisiones de quienes están inmersos en ella. La cultura actúa como guía dinámica que orienta y modula la convivencia grupal humana. Por consiguiente al brindar los cuidados de salud, es prudente tener en cuenta la cultura dentro de la cual el individuo o grupo poblacional están inmersos, para que en base al respeto se logre el objetivo terapéutico del cuidado.

Según Leininger, el cuidado está presente en todas las culturas pero tiene características diferentes en cada una de ellas. El modelo transcultural de enfermería entiende por cultura el "conocimiento aprendido, compartido y transmitido sobre los valores, creencias y estilos de vida de un grupo particular, el cual es transmitido de generación en generación e influencia los pensamientos, las decisiones y las acciones en patrones o en formas ya establecidas.

Y el cuidado que tiene en cuenta el aspecto cultural, o cuidado cultural, se define como los valores, creencias y patrones de estilo de vida aprendidos, transmitidos profesional y popularmente, que se usan para asistir, facilitar o capacitar a individuos o grupos para mantener su bienestar o su salud o mejorar una condición humana o estilo de vida. (Zárate, 2015, p.4).

Ciertamente el arte del cuidado es la utilización creadora y estética de la ciencia de enfermería. Se manifiesta en la relación interpersonal y en la utilización de diversas técnicas y procedimientos, donde se vinculan la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis, la aplicación del conocimiento, el

juicio crítico y la intuición que permiten crear el cuidado. El arte de la enfermería, es el más imaginativo y creativo sentido del conocimiento al servicio del ser humano. Para ello el profesional de enfermería debe integrar los conocimientos de las artes, las humanidades, las ciencias sociales y conductuales en la asistencia humana.

Para concluir la práctica de Enfermería puede ser concebida como un campo de experiencia, donde se incluyen las creencias y los valores arraigados en lo esencial de la disciplina, la aplicación de conocimientos, así como el ejercicio de un juicio clínico que lleva a una intervención reflexionada. (Agustín- Román, 2006, p. 5).

### **1.3. Proceso atención de enfermería**

Es un método sistemático que busca brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado. (Rodríguez, 2009, p.15-35).

Las características del proceso enfermero son:

Es un método, porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera, que le permite organizar su trabajo y solucionar problemas. Sistemático, conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados. Siendo de igual manera humanista, por considerar al hombre como un ser holístico, siendo la suma de sus partes y no en fracciones.

Considerando que es intencionado, centrado en logro de objetivos para así dar solución a las causas del problema. Dinámico, por los constantes cambios que pasa la naturaleza del hombre. Así como flexible, porque es aplicable a cualquier suceso y adaptarse sin problemas a teorías y modelos diversos. Y por ultimo interactivo requiere la interrelación humano-humano para acordar y lograr objetivos comunes.

Por otra parte poner en marcha un proceso enfermero como parte del equipo profesional sanitario nos deja un gran aprendizaje y mejor aún deja un impacto considerable en el trabajo multidisciplinario, dando a enfermería la satisfacción de contribuir a la mejora del individuo que se ve afectado no solo en el aspecto de salud física. Este consta de cinco etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas de tal forma que se conducen unas a otras. (Rodríguez. 2009, p.15-35).

Finalmente un punto importante para la aplicación del proceso enfermero es el pensamiento crítico, que se relaciona con el proceso porque “es una parte esencial en el método de solución de problemas y de toma de decisiones y por consiguiente, es una habilidad. (IMSS, 2016).

#### **1.4. Modelo teórico utilizado para la elaboración del PAE.**

Para el proceso enfermero elegido se utilizó la valoración por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, que 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 humano; 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.

Este modelo valora 11 patrones funcionales. De la valoración de los patrones funcionales se obtiene una importante cantidad de datos relevantes de la persona (físicos, psíquicos, sociales, del entorno), de una manera establecida, lo que facilita a su vez el análisis de los mismos. La valoración se realiza mediante la recogida de datos subjetivos, objetivos, la revisión de la historia clínica ó informes de otros profesionales. Se deben evitar las connotaciones morales (bueno- malo), hacer presunciones, interpretar subjetivamente o cometer errores a la hora de emitir un resultado de patrón.

**a). Elementos fundamentales del modelo utilizado.**

Los formatos de valoración fueron creados a tal manera que de forma sistematizada se lograra una adecuada recogida de datos mediante la anamnesis y exploración. Si los datos indican la presencia de un problema real o potencial se debe elaborar una hipótesis diagnóstica (diagnóstico de enfermería), para conducir el proceso enfermero a la obtención de información.

Durante la valoración se ayuda de 11 patrones funcionales que son (Gordon, 2007, p.33):

- Patrón de percepción—manejo de la salud. Comprende la percepción individual del estado de salud y su importancia para las actividades actuales y la planificación futura incluyendo el control del riesgo para la salud.
- Patrón nutricional-metabólico. Consumo de alimentos y bebidas, en relación con las necesidades metabólicas y los indicadores de patrón de los aportes locales de nutrientes.
- Patrón de eliminación. Función excretora (fecal, urinaria y cutánea) y sus características.
- Patrón actividad-reposo. Actividades desempeñadas como ejercicio, actividad, ocio y diversión.
- Patrón de sueño-reposo. Describe el sueño, reposo y relajación comprendido durante las 24 horas del día.

- Patrón cognitivo-perceptivo. Patrón sensorio-perceptivo y cognitivo, comprendiendo la visión, audición, el gusto, el tacto y el olfato.
- Patrón de autopercepción-auto concepto. Refiriéndose al estado de ánimo, las actitudes del individuo sobre sí mismo.
- Patrón de rol-relación. Describe el desempeño de rol relaciones.
- Patrón de sexualidad-reproducción. Satisfacción o insatisfacción con la sexualidad y reproducción.
- Patrón de afrontamiento/tolerancia del estrés. Afrontamiento y eficacia en términos de tolerancia del estrés.
- Patrón de valores-creencias. Aquellos valores, objetivos o creencias (como las espirituales).

### **1.5. Etapas del proceso atención enfermería.**

Se constituye de cinco etapas que se encuentran estrechamente relacionadas. La valoración nos permite reunir la información necesaria referente al usuario, familia y comunidad con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas así como los recursos con los que se cuenta. Segundo, el diagnóstico consiste en el análisis de la información obtenida para emitir un juicio crítico sobre el estado de salud del usuario, familia y comunidad. Su tercera etapa: planeación, es el desarrollo de un proyecto donde se establecen objetivos y acciones encaminados a predecir, prevenir y tratar problemas relacionados con la salud.

Para así poder pasar a la cuarta etapa que es la ejecución que consiste en llevar a la práctica el plan mediante acciones que conduzcan el logro de los objetivos establecidos. Y por último la evaluación permite determinar el progreso del usuario, familia y comunidad hacia el logro de objetivos y valorar las competencias de la enfermera en el desarrollo de las cuatro etapas anteriores, lo que posibilita hacer las modificaciones necesarias. (Rodríguez, 2009, p. 15-35).

### **a) Valoración.**

Es la primera etapa del proceso enfermero, permitiéndonos obtener las piezas clave para poder detectar los problemas que aquejan al usuario, familia y comunidad. También consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la observación que se utiliza desde el primer contacto con la persona, la entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de enfermería que permite el acercamiento con la persona y la exploración física. (Regina, Carolina, 2010, p.17).

Así el punto de partida para la etapa de valoración son los patrones funcionales de Marjore Gordon creados en el año 1973, que surge de la evolución entre cliente y el entorno y son once, valorándose uno a uno, recolectando los datos en un formato específico, organizado por patrones. (Gálvez- Carpintero, 2015).

### **b) Diagnóstico:**

Segunda etapa que consiste en la identificación de problemas de salud para enfermería basado en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluye tanto diagnósticos reales como potenciales. (Regina, carolina, 2010, p 23).

En relación a los posibles diferentes tipos de diagnósticos encontramos:  
Real: que consta de tres partes, formato PES: problema (P) más etiología (E) más signos y síntomas (S). También de riesgo: es un juicio clínico que consta de dos fases, formato PE: problema más la etiología.

Y de promoción: que describen un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado que pretende alcanzar el paciente. Deben estar presente dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces.



La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la educación para la salud. (Gálvez- Carpintero, 2015).

### **c) Planeación.**

La tercera etapa consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera-paciente) conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería. Siendo aquí en donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo. (Regina, carolina, 2010, p.19).

Se deben plantear objetivos según la taxonomía NOC, elaborar las intervenciones y actividades de enfermería según la taxonomía NIC y proceder a su documentación y registro. Los registros documentales de todo plan de cuidados son: diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes, unos criterios de resultados, las actividades enfermeras y un informe de evolución. (Gálvez-Carpintero, 2015).

### **d) Implementación.**

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

Por tanto las intervenciones son personalizadas, dependiendo de los principios fisiológicos, la edad, la formación cultural, el equilibrio emocional, la capacidad física y mental de la persona. Para así poder dar las intervenciones enfocadas a las necesidades prioritarias del paciente. (Regina, carolina, 2010, 25).

Por eso de las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de los datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

#### e) Evaluación.

Entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos, cabe anotar que esta evaluación se realiza continuamente en cada una de las etapas el proceso citadas anteriormente, verificando la relevancia y calidad de cada paso del proceso de enfermería. (Regina, carolina, 2010).

Además los dos criterios más importantes que valora la enfermería son: la eficacia y efectividad. Una característica de esta etapa es continua, pueden resolverse los diagnósticos establecidos o bien surgir otros nuevos, se tendrán que ir introduciendo modificaciones en el plan de cuidados para que la atención resulte más efectiva.

#### f) Problemática de salud de la persona.

El presente trabajo hace referencia a la evolución del proceso patológico de derrame pleural, una problemática de salud resultado de la evolución de una

complicación de enfermedades respiratorias mal tratadas. En primer lugar se debe realizar una evaluación de antecedentes comenzando por una anamnesis y exploración física completa que incluya los antecedentes patológicos y laborales, así como los fármacos que reciba el paciente o este ingiriendo. También hacer uso de los estudios diagnósticos complementarios.

**g) Diagnóstico y tratamiento.**

En base a la guía práctica clínica diagnóstico y tratamiento de derrame pleural pone a disposición del personal de segundo y tercer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de un diagnóstico oportuno y tratamiento y control de las complicaciones, para favorecer la mejora en seguridad y calidad de atención. En este las recomendaciones son el producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura.

## CAPITULO II

### RESUMEN DEL CASO CLINICO

#### 2.1 Generalidades del caso clínico.

##### a) Padecimiento actual (motivo del ingreso).

Paciente A. L. S. masculino de 44 años, reside en ciudad Orizaba Veracruz, con estudio en licenciatura en enfermería. Refiere que acude a las instalaciones de salud por presentar dolor localizado en tórax con presencia de fiebre recurrente y disnea, taquicardia, somnolencia, con inicio de hace unos días. Es ingresado al área de hospitalización con diagnóstico de derrame pleural derecho en la fecha 18 de noviembre.

##### b) Exploración física:

Consciente, orientado en tiempo, lugar, espacio y persona, agitado, cooperador, normo cefálico, con palidez de tegumentos, buena hidratación tegumentaria hasta el momento, ojos simétricos, pupilas normo reflexicas a estímulos luminosos, cuello cilíndrico sin adenomegalias, tórax a la auscultación con presencia de sibilancias y estertores basales, polipneico, oximetría de pulso en 86%, ruidos cardiacos rítmicos, de buen tono e intensidad, miembros torácicos normales, abdomen blando, depresible no doloroso a la palpación, no datos de irritación peritoneal, peristalsi normal, genitales sin sonda Foley, miembros pélvicos íntegros simétricos, pulsos distales presentes, llenado capilar distal inmediato.

**Somatometría:** Peso: 70 Kg; Talla: 1.60 Mts; IMC 27.34/M2

**Signos Vitales:** Tensión Arterial: 132/75 MmHg; Frecuencia Cardiaca: 105 latidos por minuto; Frecuencia Respiratoria: 35 respiraciones por minuto; Temperatura: 38.8 °C

**Habitus externos:**

Despierto, inquieto, con palidez de tegumentos mínima, paciente fenotípicamente masculino con la edad aparente acorde a la cronológica, en posición semifowler, con facies dolorosas.

**Evaluación del dolor (EVA):**

Dolor: si (6)

Localización del dolor: tórax anterior.

Irradiación del dolor: tórax posterior

Posturas o situaciones que exacerban el dolor: movimiento, respiración.

Posturas o situaciones que mejoran la intensidad del dolor: posición semifowler.

**2.2 Antecedentes del caso clínico.**

**a) Antecedentes personales no patológicos:**

Lugar de nacimiento, Orizaba Veracruz, lugar de residencia: Orizaba Veracruz. Higiene de alimentación: buena. Tipo de alimentación adecuada cantidad y calidad. Baño cada 24 horas. Tabaquismo negado. Alcoholismo negado. Drogas negado. Estado civil: soltero. Escolaridad: licenciatura. Ocupación: auxiliar de enfermería. Vive en casa de padres biológicos. Cuantas personas conforman la familia: 3 incluyéndolo a él. Dependen personas de su ingreso: no. Hacinamiento: no. Sedentarismo: si. Número de parejas sexuales: no proporciona. Religión: católica. Piso: concreto. Techo: concreto. Paredes: concreto. Otros: servicios de agua potable, luz eléctrica, drenaje.

## **b) Antecedentes personales patológicos.**

Antecedentes preguntados refiriendo que desde su infancia ha padecido problemas por recurrentes gripes e infecciones de vías aéreas superiores, durante el transcurso de los años ha tenido intervenciones quirúrgicas de apendicitis y por causa de hemorroides.

### **2.3 Diagnóstico y tratamiento:**

Inicia el padecimiento semanas atrás del año en curso dando como resultado dolor en tórax derecho, el cual es constante y variable, el cuadro que presenta es de derrame pleural, por lo cual acude a consulta, donde es tratado, con antibióticos como: amikacina 500 mg y levofloxacino 400mg. Analgésicos: ketorolaco 30 mg cada 8 horas, mientras espera los resultados del radiólogo e indicaciones para instalación de un pleurovac.

En éste caso es apoyado con oxigenoterapia a mascarilla bolsa reservorio a 6 litros, como cuidado e intervención previa. Se aplica MNB (micro nebulizaciones) cada 8 horas con budesonida .250mcg con 3 mililitros de solución salina al 0.9 %. Intercalado con nebulizaciones simples, 5 mililitros de salina al .9%.

El resultado radiológico muestra datos efectivos de derrame pleural por lo que se solicita interconsulta con neumología y cirugía, quienes deciden instalar drenaje pleural.

## CAPITULO III

### DESARROLLO DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

#### 3.1. Valoración Clínica Del Sujeto De Cuidado.

##### a) Valoración por patrones funcionales

***Patrón de percepción-manejo de la salud:*** En la entrevista realizada se refiere que dentro de todo es sano, desde los últimos años y que por este momento se percibe deficiente de su salud, que sus hábitos y cuidados inadecuados lo han llevado a padecer esta situación. La higiene la realiza con cambios de ropa al bañarse, se lava las manos antes y después de comer, después de ir al baño y después de otras actividades. Refiere no ser alérgico a ningún medicamento, ni alimento. Menciona además que lleva una vida sedentaria y consumir tratamientos caseros cuando lo cree necesario. Durante su vida no ha tenido ningún accidente traumático relevante y comenta que para él lo más importante es poder seguir apoyando a sus padres.

***Patrón nutricional metabólico:*** Manifiesta el usuario realizar 3 comidas al día e incluye comida chatarra como postre o colaciones, menciona que por lo regular un día típico para él significa que durante el desayuno suele ingerir dos huevos, una taza de café, fruta picada, regularmente una pieza de pan dulce. En la comida de uno a uno y medio platos de guisado dependiendo, un plato de sopa y tres vasos de agua ya sea natural o de sabor. Y por último en la cena regularmente es una torta o tacos, una hamburguesa y una taza de café negro.

Manifiesta no desagradarle algún alimento. La ingesta de líquidos al día es de aproximadamente un litro al día. No ha presentado variaciones de peso en los últimos 8 años y sin dificultades en el apetito diario sin presencia de odontopatías o de deglución. Refiere tener una buena cicatrización y no tener problemas cutáneos por queratosis o alteraciones de la piel. Refiere no contar con cuidados

de la piel. Sin embargo, en los últimos días debido al padecimiento actual ha disminuido su apetito ingiriendo solamente la mitad de la dieta proporcionada por el área de nutrición del hospital debido al dolor torácico y dificultad respiratoria.

***Patrón de eliminación:*** Los hábitos de evacuación son con una frecuencia de dos a tres veces al día con algunos problemas de estreñimiento, pero sin llegar al uso de laxantes o algún otro medicamento para la eliminación. Manifiesta ser prolongado el tiempo para la eliminación solo durante horas laborales por la carga de trabajo. La eliminación urinaria es de aproximadamente 4 veces al día y en ocasiones contadas por las noches una o dos veces. La orina contiene las siguientes características: sin olor fétido, de coloración amarilla concentrada y sin rastros de alteraciones.

***Patrón de actividad-ejercicio:*** El usuario normalmente tiene energía para realizar sus actividades cotidianas sin realizar algún tipo de ejercicio físico, refiere ser sedentario, mantiene el desempeño de las actividades de la vida diaria, mantiene autonomía para cada una de sus actividades. Manteniendo las estructuras musculo esqueléticas, equilibrio, coordinación, arco de movilidad, fuerza y tono muscular sin alteraciones. Durante el curso de su patología ha mantenido reposo prolongado refiere hacer actividades simples para activar su movimiento, como cambio postural.

***Patrón de sueño-reposo:*** Basado en el interrogatorio nos refiere que previo al ingreso hospitalario afirma que los hábitos de sueño nocturno, son de aproximadamente de 7-8 horas y no suele tomar siestas durante el día, al despertar refiere tener la sensación de haber descansado. Durante su estancia hospitalaria refiere padecer de insomnio debido al afrontamiento ineficaz hospitalario, contribuyendo de igual manera el ruido durante la noche del personal de salud realizando sus actividades o el de pacientes cercanos cursando con otra alteración de la salud.



***Patrón cognitivo-perceptivo:*** El usuario no presenta problemas para escuchar, hablar, oler, ni ver, su memoria y orientación en tiempo, lugar y persona; el lenguaje pausado debido a la disnea y tono de su voz débil, con estado emocional inestable debido al proceso de enfermedad y curso de duelo por el mismo.

***Patrón de autopercepción-autoconcepto:*** Al usuario le provoca incertidumbre su enfermedad, además del dolor que le produce el padecimiento que lo aqueja y los procedimientos invasivos a los que será sometido como parte del tratamiento, debido a que expresar tener conocimiento de los procesos que le serán realizados. Se describe como una persona positiva y capaz de lograr las metas propuestas pero que en ocasiones tiende a ser vulnerable a la manera de afrontar la incertidumbre debido a que es la primera ocasión en la requiere un internamiento prolongado con procedimientos invasivos.

***Patrón de rol-relación:*** Tipo de familia nuclear, convive con su familia, no tiene alguna dificultad para comunicarse. El rol del padre es jubilado y la mamá se dedica a atender el hogar, sin hermano, aporta económicamente al hogar por iniciativa propia y es participe en las decisiones del manejo del hogar, siendo la madre quien impone la disciplina. No existen problemas económicos que afecten a sus necesidades básicas, ni violencia familiar. Ambos padres aún con vida y al pendiente de su estado de salud y necesidades complementarias.

***Patrón de sexualidad-reproducción:*** Durante el interrogatorio del patrón solo hace referencia a tener una vida sexual activa, con el cuidado preventivo para no verse expuesto a adquirir enfermedad de transmisión sexual, manifiesta realizarse exploración física de aparato de reproducción sexual mínimo una vez a la semana y asistir a consultas dos veces al año para exploración general, sin ningún problema de alteración hasta el momento.

***Patrón de afrontamiento-tolerancia al estrés:*** Refiere no haber tenido ningún cambio importante en su vida en los últimos dos años, ni haber cursado alguna

crisis por estrés. Expresa que cuenta con una persona que le ayuda a afrontar problemas y que ha estado con él en estos momentos, manifestando ser solo una pareja sentimental con relación de noviazgo. Durante los días cotidianos llega a sentir estrés que supera con ejercicios respiratorios y el dialogo, dándole un resultado satisfactorio en sus ocasiones pasadas, expresa necesitar algo más en estos momentos para afrontar el estrés durante su estancia hospitalaria.

***Patrón de valores y creencias:*** En el entorno familiar al usuario le han inculcado la religión católica, y apegado a sus valores y costumbres, por lo cual no presenta ninguna restricción para aceptar el tratamiento o intervenciones requeridas. Haciendo mención que esto le ayuda de igual manera en tener en su religión un apoyo emocional que le ayuda a sobre llevar el proceso de duelo.

### 3.2. Diagnóstico De Enfermería Según El Caso

b) Razonamiento diagnóstico para la redacción de dx. de enfermería.

Signos y síntomas	Dominio alterado	Etiqueta	Características que lo definen (princ. Secund.)	Factor etiológico o relación	Dx de enfermería, real, de alto riesgo o de bienestar o síndrome
Dolor localizado en tórax. Fiebre. Disnea. Ansiedad. Estreñimiento. Agitación. Somnolencia.	Dominio 3: Eliminación e intercambio	Deterioro del intercambio de gases.	Disnea. Somnolencia.	Desequilibrio en la ventilación-perfusión.	Deterioro del intercambio de gases R/C desequilibrio en la ventilación-perfusión m/P disnea. pag 204

### 3.3. Planificación De Intervenciones.

#### NOC (371)

CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
RESULTADOS.	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
Dominio: II salud fisiológica Clase: cardiopulmonar. 0415 Estado respiratorio.	Frecuencia respiratoria.	Desviación grave 1	2-----4
	Disnea en reposo.	Desviación sustancial 2	2-----3
	Somnolencia.	Desviación moderada 3	3-----4
	Fiebre.	Desviación leve 4	2-----5
		Sin desviación 5	

### 3.4. Ejecución De Intervenciones.

#### NIC

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	
<b>INTERVENCIONES</b> Monitorización respiratoria.	<b>INTERVENCIONES</b> Tratamiento de la fiebre.
CAMPO 2 fisiológico: complejo CLASE control respiratorio.	CAMPO 2 fisiológico: complejo CLASE termorregulación
<b>ACTIVIDADES</b> Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. Monitorizar si aumenta la inquietud, ansiedad o disnea. Vigilar las secreciones respiratorias del paciente. Observar si hay disnea y los factores que la mejoran y empeoran.	<b>ACTIVIDADES</b> Observar el color y la temperatura de la piel. Controlar las entradas y salidas, prestando atención a los cambios de las perdidas insensibles de líquidos. Facilitar el reposo, aplicando restricción de actividades. Administrar oxígeno según corresponda.
<b>INTERVENCIONES</b> Monitorización respiratoria.	<b>INTERVENCIONES</b> Tratamiento de la fiebre.
CAMPO 2 fisiológico: complejo CLASE control respiratorio.	CAMPO 2 fisiológico: complejo CLASE termorregulación
<b>ACTIVIDADES</b> Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. Monitorizar si aumenta la inquietud, ansiedad o disnea. Vigilar las secreciones respiratorias del paciente. Observar si hay disnea y los factores que la mejoran y empeoran.	<b>ACTIVIDADES</b> Observar el color y la temperatura de la piel. Controlar las entradas y salidas, prestando atención a los cambios de las perdidas insensibles de líquidos. Facilitar el reposo, aplicando restricción de actividades. Administrar oxígeno según corresponda.

### **3.5. Evaluación.**

Durante su estancia en el hospital, el paciente no presenta infección en el área de punción de la toracocentesis, de donde se tomaron muestras del líquido intrapleural para determinar el tratamiento más adecuado. Tampoco manifiesta signos de flebitis de la vía periférica. No requirió de aislamiento respiratorio por infección en vías respiratorias, la cual se trata medicamente con antibióticos con favorable evolución con el paso de los días en su estancia hospitalaria.

Tras la colocación del sello de agua no muestra complicaciones por la colocación del mismo, logrando las constantes vitales dentro de la normalidad. Observando la integridad cutánea durante su ingreso, comentando que la mejoría cutánea es notable desde su ingreso, tras las intervenciones realizadas.

Desde su ingreso se ha dado al paciente la información necesaria referente a su enfermedad y tratamiento para disminuir su temor. Refiere que le cuesta conciliar el sueño pero cuando se duerme logra sensación de haber descansado mantiene el sueño cada vez por periodos un poco más largos. Le da alivio saber que su enfermedad siendo tratada adecuadamente será superada y podrá reincorporarse a sus actividades cotidianas. Ayuda tener el conocimiento sobre los procedimientos e intervenciones de enfermería para favorecer la recuperación, agradece el apoyo y atención brindada durante su estancia hospitalaria, sobre todo en los procedimientos complicados.

Manifiesta haber aprendido la importancia de seguir los tratamientos médicos adecuadamente y la importancia del autocuidado en el proceso de enfermedad para evitar complicaciones, asegura tener clara la importancia de llevar una rutina de vida saludable dentro de las posibilidades en su ambiente laboral.

Finalmente hace mención de la forma de afrontar la incertidumbre en el proceso de enfermedad, comenta que le ha ayudado a entretenerse leer libros que su madre le lleva, el dialogo, la visita de amistades y la aportación que como paciente hizo hacia el proceso enfermero expuesto.

## **CAPITULO IV**

### **PLAN DE ALTA**

El plan de alta de enfermería, es elaborado por un profesional del área de enfermería, que atiende al paciente durante su hospitalización, es un documento que le proporcionara información importante individualizada al paciente y al cuidador primario informando y favorecerá la continuidad de los cuidados acorde a cada paciente facilitando y evitando complicaciones durante la administración de la medicación, higiene personal o demás cuidados. Con la finalidad de reforzar y ampliar los cuidados que debe tener la persona enferma durante su convalecencia; siendo estos proporcionados por el mismo o por su cuidador primario.

- Seguimiento estricto de tratamiento prescrito.
- Consumir una dieta diversa.
- Equilibrar el alimento que se consume con la actividad física para mantener o mejorar el peso corporal.
- Consumir abundantes semillas, leguminosas, verduras y frutas.
- Consumir una dieta baja en grasas, en grasas saturadas y en colesterol.
- Consumir una dieta moderada en sal y sodio.
- Realizar sus ejercicios de relajación muscular autogénica.
- Controlar la ingesta de alimentos y bebidas a la hora de irse a la cama para facilitar el sueño.
- Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al sueño.
- Limitar el sueño durante el día y disponer una actividad que favorezca la vigilia.
- Cada vez que se realice curación Inspeccionar la herida, color, temperatura, olor, etc.
- Realizar actividades de relajación, musicoterapia, aplicación de calor/frío, capacidad de imaginación guiada al momento de empezar a surgir dolor.

- Animar al paciente a utilizar la medicación para el dolor adecuada principalmente antes de una actividad.
- Notificar al médico si las medidas no tienen éxito o si la queja actual constituye un cambio significativo en las experiencias pasadas del dolor del paciente.
- Mantener una buena comunicación en el entorno familiar para dar una mejor atención en la recuperación del paciente.



## CONCLUSIONES

En cuanto a lo expuesto anteriormente podemos concluir que el objetivo general se cumplió de la manera más amplia posible, logrando satisfacer las necesidades del individuo abarcando un cuidado holístico, que con la implementación de intervenciones de enfermería con base a sus patrones alterados, conforme a Marjory Gordon, se implementaron medidas y actividades que lograron una mejor recuperación del individuo.

De modo que conforme se implementaban las actividades se podía ver una notable mejoría, provocando la satisfacción del individuo a medida que notaba el avance de su recuperación tanto emocionalmente como físicamente para una alta a su domicilio, donde continuara con su tratamiento y rehabilitación para una pronta reincorporación a la sociedad.

Por tanto en el diagnóstico de deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio en la ventilación, el paciente se encontraba en un grado de afectación considerable que se reflejó en su integridad física, una vez implementado el plan de atención enfermero en conjunto con su tratamiento se notó una mejoría gradual.

Esto indica que un adecuado proceso de atención de enfermería supone mayor calidad de cuidados para el paciente y la satisfacción del mismo, de modo que en enfermería debe concienciarse que el PAE es una herramienta útil en el actuar diario.

Asimismo el campo de trabajo donde se desarrolló el proceso de atención enfermero nos limitaba en el tiempo de abordaje, alargando el tiempo de avance con el paciente, sin embargo se pudo llegar a los objetivos planteados para ayudar a la mejoría del paciente.

Por otra parte se pudo notar que la atención holística del individuo favorece mejor al plan de cuidados, durante su estancia hospitalaria como de igual manera se espera en su retorno a su ambiente social, siendo la comunicación fluida y constructiva entre los profesionales de salud y todo el equipo multidisciplinario dentro del hospital una parte fundamental para la pronta recuperación del individuo.

Por todo lo expuesto se ve reflejado de igual manera la experiencia obtenida durante el desarrollo del proceso atención enfermero, para facilitar la implementación de futuros planes de atención enfermero para los pacientes conforme a sus necesidades detectadas con un buen diagnóstico enfermero, anteponiendo siempre el bienestar holístico del mismo, propiciando siempre una mejoría notoria del individuo en conjunto con todo el equipo multidisciplinario que le rodea.

Para así disminuir complicaciones y propiciar la implementación de nuevos planes de atención que nos ayude a favorecer la visión holística de enfermería, así como la capacidad de cuidar todos los ámbitos de actuación enfermera, debido a que esta constituye una herramienta muy poderosa y eficiente para diagnosticar, abordar y aplicar los cuidados de enfermería.

## REFERENCIAS

1. Bertha Alicia Rodríguez Sánchez. (2009). **Proceso Enfermero Aplicación Actual**. Guadalajara Jalisco: Ediciones Cuellar. Pag. 15-35
2. Carlos Agustín, León Román. (2006). **Enfermería ciencia y arte del cuidado**. *Revista Cubana de Enfermería*, 22(4) Recuperado en 11 de abril de 2019, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192006000400007&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007&lng=es&tlng=es).
3. Diagnóstico y Tratamiento del Derrame Pleural .México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 03/11/2016.
4. Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico. Ediciones Universidad de Salamanca. (Recurso online.)
5. Dirección De Atención Médica Departamento Estatal De Enfermería Grupo De Desarrollo De Guías De Práctica Clínica En Enfermería (2017). **EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**. Xalapa, Ver.. Servicios de Salud de Veracruz Recuperado de <https://www.ssaver.gob.mx/enfermeria/files/2016/10/TEMA-I-PROCESO-DE-ATENCIÓN-DE-ENFERMERIA.pdf>
6. Eliazar Gonzáles Carrillo, Ana María Arras Vota, y B, Leticia Moriel Corral. (Enero-Abril 2012). **La profesionalización en enfermería: hacia una estrategia de cambio**. 2019, de Facultad de Enfermería y Nutriología, Universidad Autónoma de Chihuahua, Sitio web: [http://tecnociencia.uach.mx/numeros/v6n1/data/La\\_profesionalizacion\\_en\\_enfermeria\\_hacia\\_una\\_estrategia\\_de\\_cambio.pdf](http://tecnociencia.uach.mx/numeros/v6n1/data/La_profesionalizacion_en_enfermeria_hacia_una_estrategia_de_cambio.pdf)

7. Estela Melguizo Herrera y Martha Lucia Alzate Posada. (2008). **Creencias y prácticas en el cuidado de salud**. abril 2019, de Avances en enfermería. Universidad Nacional de Colombia Sitio web: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12891/13649>
8. Fanny Cisneros G. Enfermera Especialista. (Febrero de 2005). **TEORIAS Y MODELOS DE ENFERMERIA**. 28 de Mayo de 2019, de UNIVERSIDAD DEL CUACA PROGRAMA DE ENFERMERIA FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA Sitio web: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>
9. Francisco Javier Báez-Hernández<sup>1</sup> Vianet Nava-Navarro<sup>2</sup> Leticia Ramos-Cedeño<sup>3</sup> Ofelia M. Medina-López<sup>4</sup>. ( 17 de junio de 2009). **El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería**. ABRIL 2019, de CHÍA, COLOMBIA Sitio web: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n2/v9n2a02.pdf>
10. Gloria M. Bulechek., Joanne M. Dochterman., Howar K. Butcher., Cheryl M. Wagner. (2014). NIC **Clasificación de intervenciones de enfermería**. Edición 6ta DRK. Barcelona: Elsevier.
11. Henry George Lidell, Robert Scott. (1940). A Greek-English Lexicon. Oxford: Clarendon Press. país: editorial. (Recurso online.)
12. Herman, T.H. Kamitsuru, S. (Eds.) (2015). NANDA Internacional. **Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación, 2015-2017**. Edición hispanoamericana. Barcelona: Elsevier.

13. Irigibel-Uriz, Xabier. (2008). **Enfermería disciplinada, poder pastoral y racionalidad medicalizadora**. Index de Enfermería, 17(4), 276-279. Recuperado en 11 de abril de 2019, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962008000400012&lng=es&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000400012&lng=es&tlng=en).
14. Jara-Sanabria, F., & Lizano-Pérez, A.. (2016). Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. **Enfermería universitaria**, 13(4), 208-215. <https://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.08.003>
15. José Luis Álvarez Suarez Fernanda del Castillo Arévalo Delia Fernández Fidalgo Montserrat Muñoz Meléndez. (Junio, 2010). **Manual de Valoración de Patrones Funcionales**. México: Gijón. Pag.
16. Joyce Cabrera - Sandoval. (2005). **El empoderamiento de enfermería y las organizaciones inteligentes**. 2005, de Colegio de Enfermeras de Costa Rica Sitio web: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v30n1/art4.pdf>
17. Lagoueyte Gómez, María Isabel. (2015). **El cuidado de enfermería a los grupos humanos**. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud, 47(2), 209-213. Retrieved April 09, 2019, from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-08072015000200013&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072015000200013&lng=en&tlng=es).
18. López Piñero, José María y María Luz Terrada Ferrandis. (2005). Introducción a la terminología médica. Barcelona: Masson, 2a ed., 2005.

19. Margarita Poblete Troncoso<sup>1</sup> , Sandra Valenzuela Suazo. ( 14/09/2007). **Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios.** abril 2019, de Acta Paul Enferm Sitio web: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18>
20. María Luisa Martínez Martín, Elena Chamorro Rebollo. (2011). **Etapa doméstica del cuidado.** En Historia de la enfermería. (2-5). Barcelona, España.: ELSEVIER.
21. Marjory Gordon. (2007). **Manual de diagnósticos de enfermería.** España: Mc Graw Hill. Pag.2-39
22. Raquel Elso Gálvez - Leticia Solís Carpintero . (Mayo 2015). **EL PROCESO DE ATENCIPÓN DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS. .** México Recuperado de [http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/8c06b7e5-ca29-40c6-ab63-f84959a87362/c618e862-974d-4faf-8093-66eae984e3da/TRABAJO\\_CONGRESO\\_GRAFICA\\_AJUSTADA.pdf](http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/8c06b7e5-ca29-40c6-ab63-f84959a87362/c618e862-974d-4faf-8093-66eae984e3da/TRABAJO_CONGRESO_GRAFICA_AJUSTADA.pdf)
23. Regina G., Nadia Carolina(2010). **EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO.** Umbral científico, (17), (fecha de consulta 15 de agosto de 2019). ISSN: 1692-3375. Disponible en: <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=30421294003>
24. Rubio, J.. ( 2016). **PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL JUICIO CLÍNICO: LA VALORACIÓN Y EL DIAGNÓSTICO (2ª parte).** Enfermería en Cardiología, (23), PP 30-39.

25. Sue Moorhead, Marion Johnson, Meridean L. Maas, Elizabeth Swanson.(2014).  
NOC **Clasificación de resultados de enfermería**. Edición 5ta DRK.  
Barcelona: Elsevier.

26. TERESA TORNS. (26.03.2008). **El trabajo y el cuidado: cuestiones teórico-  
metodológicas desde la perspectiva de genero**. (Abril 2019), de Dpto.  
Sociología Universitat Autònoma de Barcelona Sitio web:  
<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-EITrabajoYElCuidado-2686273.pdf>

27. URRÁ M, EUGENIA. (2009). Avances de la ciencia de enfermería y su  
relación con la disciplina. Ciencia y enfermería, 15(2), 9-  
18. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532009000200002>

28. Zárate GRA. (2003). **La contribución de enfermería a la salud**. Un  
enfoque disciplinario. 2007, de Rev Mex Enf Cardiol 2003; 11 (2) Sitio web:  
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=10863>

## GLOSARIO

**Adenomegalia:** Aumento de tamaño de una glándula. Tradicionalmente se refiere al aumento que se observa en lesiones inflamatorias y tumorales de los ganglios linfáticos.

**Alveolos:** Zona ahuecada, divertículo. Con este nombre se designan dos formaciones diferentes: alveolos dentarios y los alveolos pulmonares. Los primeros son las cavidades existentes en el maxilar y la mandíbula, donde encajan las raíces de las piezas. Los alveolos pulmonares son los divertículos terminales del árbol bronquial, en los que tiene lugar el intercambio gaseoso entre el aire inspirado y la sangre.

**Anamnesis:** f. Recogida sistemática de datos, historia clínica.

**Auscultación:** f. Parte del examen físico, que consiste en la exploración de los fenómenos acústicos que se producen en los distintos órganos. Puede realizarse directamente (auscultación directa) o más comúnmente, con ayuda de los dispositivos, como el fonendoscopio o el estetoscopio. Es de especial interés en cardiología (auscultación cardíaca) para la auscultación de los tonos, los ruidos y los soplos cardíacos, y en pneumología, para la auscultación de los ruidos pulmonares.

**Compliance:** f. Anglicismo para indicar adaptabilidad.

**Compliance pulmonar:** Medición de la facilidad con que se expanden los pulmones y el tórax durante los movimientos respiratorios, determinada por el volumen y la elasticidad pulmonar



**Diafragma:** m. Tabique musculotendinoso que separa la cavidad torácica de la abdominal, con forma abovedada, más pronunciada en el hemitórax derecho. Intervienen en la inspiración, aumentando el eje vertical de la cavidad torácica, y está atravesando por la aorta, la vena cava inferior y el esófago.

**Diagnóstico:** m. Juicio médico sobre la naturaleza de la enfermedad o lesión de un paciente basado en la valoración de sus síntomas y signos. II Proceso de selección entre dichas enfermedades.

**Estertores:** m. Ruido respiratorio accesorio, producido al entrar o salir al aire por el árbol respiratorio que está alterado por secreciones, congestión, exudados líquidos, etc.

**Etiología:** f. Ciencia que estudia, en sentido amplio, las causas de las enfermedades como factores internos y externos.

**Excretar:** f. Conjunto de productos de desecho que son eliminados por el cuerpo.

**Facies:** f. Nombre latino de cara. Se emplea no solo para designar el rostro (p. ej., facies leonina), sino para referirse a las caras de una articulación o a las caras de un hueso.

**Fenotipo:** m. Propiedad observable en un organismo, fruto de la interacción entre su genotipo y el ambiente en que este se expresa.

**Holístico/ holismo:** m. Visión del hombre como un todo, compuesto de facetas físicas, psíquicas y espirituales. Es de suma importancia a la hora de iniciar una acción diagnóstica o terapéutica.

Patología (Síntomas): f. Parte de la medicina que estudia las enfermedades. Según los aparatos, se diferencian las distintas especialidades médicas: patología digestiva, neurológica, cardiovascular, etc.

Perfusión: f. Aporte o circulación sanguínea, bien sea natural o artificial, a un órgano, tejido o territorio. II Administración intravascular continua de un fármaco o una sustancia.

Peristaltismo: m. Contracción de la musculatura del tubo digestivo, que avanza en sentido distal y hace progresar los alimentos y, finalmente, las heces en sentido aboral.

Peritoneo: m. Membrana serosa que recubre la pared de la cavidad abdominal (peritoneo parietal) y las vísceras intraperitoneales (peritoneo visceral). Entre ambas hojas peritoneales existe la cavidad peritoneal, que es virtual, pues en condiciones normales solo contiene unos mililitros de líquido peritoneal.

Pleura: f. Membrana de dos hojas que envuelve, por un lado, los pulmones (pleura visceral) y, por otro, la pared interna de la cavidad torácica (pleura parietal). La pleura parietal, según la zona que recubre, recibe distintos nombres: pleura costal, pleura mediastínica y pleura diafragmática. Entre ambas hojas pleurales se encuentra la cavidad pleural, que solo contiene unos mililitros de líquido pleural.

Polipnea: Incremento de la profundidad y de la frecuencia de la respiración.

Quistes: m. Formación patológica, en forma de bolsa cerrada, provista de una membrana que contiene una sustancia líquida o semilíquida (plasma, sinovial, mucina, etc.)

Muchas formaciones parecidas no tienen membrana y son, en realidad, falsos quistes, aunque se les llama quistes erróneamente.

Sibilancias: f. Ruido pulmonar accesorio producido por el paso del aire a través de los pequeños bronquios con la luz estrecha. Suena como un pito.

Somnolencia: f. Tendencia al sueño.

Taxonomías: f. Clasificación u ordenación en grupos de cosas que tienen unas características comunes.

## ANEXOS

### Anexo 1.

#### MARJORY GORDÓN

#### Valoración en el adulto: anamnesis de enfermería.

##### Patrón de percepción-manejo de la salud.

- a. ¿Cómo esta de salud en general?
- b. ¿ha padecido algún resfriado durante el año pasado? Si procede: ¿ha presentado absentismo laboral o escolar?.
- c. ¿Cuáles son los aspectos más importantes para mantenerse sano? ¿Cree que estos aspectos más influyen en la salud? (incluir remedios familiares, si procede). ¿Realiza la autoexploración mamaria? ¿Fuma? ¿Consume fármacos? ¿Ha tenido alguna vez algún problema de alcoholismo? ¿Cuándo tomó la última copa?
- d. ¿Ha tenido accidentes (domésticos, laborales o de tráfico), o caídas?
- e. En el pasado. ¿Ha seguido el tratamiento médico o enfermero con facilidad?
- f. Si procede: ¿Cuál cree que es el motivo de su enfermedad? Cuando aparecieron los síntomas. ¿tomó alguna actuación? ¿Cuáles fueron los resultados?
- g. Si procede: ¿Qué es importante para usted mientras esté aquí? ¿Cómo podemos ayudarle?

##### Patrón nutricional-metabólico

- a. ¿Cuál es la ingesta diaria habitual de comida? (describirla). ¿toma complementos?
- b. ¿Cuál es la ingesta diaria habitual de bebida? (describirla).
- c. ¿Ha ganado o perdido peso? (cantidad). ¿Ha disminuido o aumentado de altura? (cantidad).
- d. ¿Tiene apetito?

- e. En cuanto a los alimentos o comida: ¿Siente molestias, trastornos en la deglución? ¿Sigue una dieta? Si procede: ¿Practica la lactancia? ¿Tiene problemas con este tipo de lactancia?
- f. ¿Cicatrizan bien las heridas o no?
- g. Problemas cutáneos: ¿Tiene lesiones o sequedad?
- h. ¿Tiene problemas dentales?

**Patrón de eliminación.**

- a. ¿Cuál es el patrón de eliminación fecal? (describirlo). ¿Cuáles la frecuencia y el tipo? ¿Presenta molestias? ¿tiene problemas de control? ¿consume laxantes?
- b. ¿Cuál es el patrón de eliminación urinaria? (describirlo). ¿Con qué frecuencia? ¿Tiene molestias? ¿Tiene problemas de control?
- c. ¿Tiene exceso de transpiración? ¿Tiene problemas de olor personal?

**Patrón de actividad-ejercicio.**

- a. ¿Tiene la energía suficiente para realizar las actividades deseadas o precisas?
- b. ¿Cuál es el patrón de ejercicio, tipo o regularidad?
- c. ¿Tiene tiempo para actividades de ocio?
- d. Percepción de habilidades para: (poner el código del nivel, según la clave del código de niveles funcionales descritos a continuación):

Alimentación_____	Acicalamiento_____
Baño_____	Movilidad general_____
Uso del retrete_____	Preparación de alimentos_____
Movilidad en cama_____	Mantenimiento del hogar_____
Vestido_____	Compras_____

Código de los niveles de funcionamiento.

**Nivel 0:** Autocuidado total.

**Nivel I:** Precisa el uso de un aparato o equipo.

- Nivel II:** Precisa de ayuda o la supervisión de otra persona.
- Nivel III:** Precisa de ayuda o la supervisión de otra persona, y de un equipo o aparato.
- Nivel IV:** Es dependiente y no colabora.

**Patrón de sueño-reposo.**

- a. ¿se siente en general descansado y listo para realizar las actividades después de dormir?
- b. ¿Tiene problemas para dormirse? ¿Utiliza algún medio para dormirse? ¿Tiene sueños (pesadillas)? ¿Se despierta pronto?
- c. ¿Tiene periodos de reposo/relajación?

**Patrón cognitivo-perceptivo.**

- a. ¿tiene dificultad de audición? ¿utiliza algún método de ayuda?
- b. ¿Cómo es su vista? ¿Lleva gafas? ¿Cuándo fue la última revisión?
- c. ¿Ha sufrido últimamente algún cambio de memoria?
- d. ¿Tiene dificultad o facilidad para tomar decisiones?
- e. ¿Cuál es su método más fácil para aprender cosas? ¿Tiene dificultades de aprendizaje?
- f. ¿Tiene molestias o dolor? ¿Cómo lo controla?

**Patrón de autopercepción-autoconcepto.**

- a. ¿Cómo se describiría a sí mismo? La mayor parte del tiempo. ¿se siente bien consigo mismo o no?
- b. ¿Se han producido cambios en su cuerpo o en las cosas que puede hacer? ¿Esto es un problema para usted?
- c. ¿Se han producido cambios en la manera en que se siente sobre sí mismo o su cuerpo ( desde que comenzó la enfermedad).
- d. ¿Se enfada o molesta con frecuencia? ¿Siente temor, ansiedad o depresión? ¿Qué le ayuda?

- e. ¿Se ha sentido alguna vez desesperado, incapaz de controlar los aspectos de su vida? ¿Qué le ayuda?

#### **Patrón de rol-relación.**

- a. ¿Vive solo o en familia? ¿Cómo es la estructura familiar? (dibuje un diafragma)
- b. ¿Tiene algún problema familiar que maneja con dificultad? (nuclear/ampliado)
- c. ¿Cómo trata habitualmente la familia los problemas?
- d. ¿Depende su familia de usted? ¿Cómo maneja esta situación?
- e. Si procede: ¿Cómo se siente su familia sobre su enfermedad/hospitalización?
- f. Si procede: ¿Tiene problemas con sus hijos? ¿Existe alguna dificultad en la relación con ellos?
- g. ¿Pertenece a grupos sociales? ¿Tiene amigos íntimos? ¿Se siente solo? (frecuencia)
- h. ¿Es la situación laboral buena, en general? (¿En el colegio?). si procede: ¿Posee suficientes ingresos para cubrir sus necesidades?
- i. ¿Se siente integrado (o aislado) en su vecindario?

#### **Patrón de sexualidad-reproducción.**

- a. Si procede según la edad o situación: ¿Son sus relaciones sexuales satisfactorias? ¿Se han producido cambios en la misma, o problemas?
- b. Si procede: ¿Utiliza anticonceptivos? ¿Tiene problemas por su uso?
- c. En las mujeres: ¿primera menstruación? ¿fecha de última menstruación? ¿problemas de menstruación? ¿nulípara, primípara o multípara? ¿grávida?

#### **Patrón afrontamiento/tolerancia del estrés.**

- a. ¿Ha tenido algún cambio importante en su vida en los últimos 2 años? ¿Alguna crisis?

- b. ¿Quién es la persona más adecuada para hablar de sus asuntos? ¿Está disponible ahora?
- c. ¿Se siente estresado la mayor parte del tiempo? ¿Qué le sirve de ayuda?  
r¿Toma medicinas, drogas o alcohol?
- d. En caso de que se presenten grandes problemas en su vida, ¿Cómo los resuelve?
- e. En la mayoría de los casos, ¿Tiene buenos resultados?

**Patrón de valores-creencias.**

- a. ¿Obtiene en general las cosas que desea en la vida? ¿Tiene planes importantes para el futuro?
- b. ¿Es la religión importante en su vida? Si procede: ¿le ayuda cuando surgen problemas?
- c. Si procede: ¿interferirán aquí con alguna práctica religiosa?

**OTROS:**

- a. ¿Existe otro aspecto que no hayamos abordado y que desee mencionar?
- b. ¿Tiene alguna pregunta?

**FORMATO DE LA EXPLORACIÓN EN LA DETECCIÓN SISTEMÁTICA.**

- a. Aspecto general, acicalamiento, higiene \_\_\_\_\_
- b. Membrana mucosa bucal ( color, humedad, lesión)\_\_\_\_\_
- c. Dientes: dentadura postiza\_\_\_\_\_ caries \_\_\_\_\_ dientes ausentes\_\_\_\_\_
- d. ¿Oye si se le habla en voz baja? \_\_\_\_\_
- e. ¿Lee la letra del periódico? \_\_\_\_\_ ¿Utiliza gafas?\_\_\_\_\_
- f. Pulso (frecuencia)\_\_\_\_\_ (ritmo)\_\_\_\_\_ (fortaleza)\_\_\_\_\_
- g. Respiración \_\_\_\_\_ (profundidad)\_\_\_\_\_ (ritmo)\_\_\_\_\_
- h. Ruidos respiratorios\_\_\_\_\_ presión arterial\_\_\_\_\_



- i. Capacidad para agarrar con la mano\_\_\_\_\_ ¿Puede sujetar un lapicero?\_\_\_\_\_
- j. Amplitud de movimientos (articulaciones)\_\_\_\_\_
- k. Piel: prominencias óseas: \_\_\_\_\_ lesiones\_\_\_\_\_ cambios de color\_\_\_\_\_
- l. Marcha\_\_\_\_\_ postura\_\_\_\_\_ ausencia de una parte corporal\_\_
- m. Capacidad demostrada para: ( código para el nivel)
  - alimentación\_\_\_\_\_
  - acicalamiento\_\_\_\_\_
  - baño\_\_\_\_\_
  - movilidad general\_\_\_\_\_ uso del retrete\_\_\_\_\_
  - preparación de alimentos\_\_\_\_\_
  - movilidad en la cama\_\_\_\_\_ mantenimiento del hogar\_\_\_\_\_
  - vestido\_\_\_\_\_
  - compra\_\_\_\_\_
- n. ¿presenta algún sistema intravenoso, de drenaje, succión, etc.? (especificar)
- o. Peso real\_\_\_\_\_ peso descrito\_\_\_\_\_
- p. Altura\_\_\_\_\_ temperatura\_\_\_\_\_
- q. Orientación \_\_\_\_\_ capta las ideas y entiende las preguntas (abstractas, concretas)\_\_\_\_\_
- 
- r. Idioma
  - hablado\_\_\_\_\_
  - patrón de voz y habla\_\_\_\_\_
- s. Nivel de
  - vocabulario\_\_\_\_\_
- t. Contacto ocular\_\_\_\_\_ tiempo de atención (distracción)\_\_\_\_\_

- u. Estado nervioso (5) o relajado (1) (escala de 1 a 5)\_\_\_\_\_
- v. Asertivo (5) o pasivo (1) (escala de 1 a 5)\_\_\_\_\_
- w. Interaccion con un familiar, tutor u otro (si esta presente)\_\_\_\_\_

## ANEXO 2

### Jerarquización De Necesidades

1	Patrón de percepción-manejo de la salud: Alterado: mal autocuidado, consumo de tratamientos caseros.	Disposición para mejorar la gestión de la salud m/p expresa deseo por mejorar el manejo de los síntomas. Pag. 142
2	Patrón nutricional metabólico: Alimentación deficiente, con irritantes y grasas alimentación ineficaz por disnea	Dominio 1. Promoción de la salud: (00043) Protección ineficaz r/c nutrición inadecuada m/p disnea
3	Patrón de eliminación: Eliminación estreñimiento ocasional	Riesgo de estreñimiento crónico funcional r/c disminución en la ingesta de alimentos. Pag. 200
4	Patrón de actividad-ejercicio: Sedentarismo, reducción de la movilidad por padecimiento actual debido al dolor durante el movimiento.	Patrón respiratorio ineficaz r/c dolor m/p disnea. Pag 229
5	Patrón de sueño-reposo: Insomnio debido al afrontamiento ineficaz, dolor y disnea.	Riesgo de síndrome de desuso r/c dolor. Pag 222.
6	Patrón cognitivo-perceptivo: Proceso de duelo ineficaz	Dominio 1. Promoción a la salud: (00099) Mantenimiento ineficaz de la salud r/c duelo complicado. m/p incapacidad para asumir la responsabilidad de realizar prácticas básicas de salud.
7	Patrón cognitivo-perceptivo: Incertidumbre- estrés	
8	Patrón de rol-relación: Sin alteración	
9	Patrón de sexualidad-reproducción: Sin alteración	
10	Patrón de afrontamiento-tolerancia al estrés: Afrontamiento Ineficaz del estrés provocando desesperación y tristeza	
11	Patrón de valores y creencias: Sin alteración	

## Diagnósticos de enfermería según el caso.

### **Real**

Deterioro del intercambio de gases R/C desequilibrio en la ventilación- perfusión  
m/P disnea. pag 204

Patrón respiratorio ineficaz r/c dolor m/p disnea. Pag 229

### **Riesgo**

Riesgo de síndrome de desuso r/c dolor. Pag 222.

Riesgo de estreñimiento crónico funcional r/c disminución en la ingesta de  
alimentos ag 200

### **Promoción**

Disposición para mejorar el sueño pag 212.

Disposición para mejorar la gestión de la salud m/p expresa deseo por mejorar el  
manejo de los síntomas.

Pag 142

## ANEXO 3

### PLACE

Nivel	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA			
II	CIRUGIA	CIRUGIA	CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA			RESULTA DOS.	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
Deterioro del intercambio de gases R/C desequilibrio en la ventilación- perfusión M/P disnea.			Dominio: II	respiratoria	Desviación	2-----4
			salud	Disnea en	grave 1	
			fisiológica	reposo.	Desviación	2-----3
			Clase:	Somnolencia	sustancial 2	
			cardiopulm	.	Desviación	3-----4
			onar.	Fiebre.	moderada 3	
			0415		Desviación	2-----5
			Estado		leve 4	
			respiratorio		Sin	
			.		desviación 5	
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)						
INTERVENCIONES			INTERVENCIONES			
3350 Monitorización respiratoria.			Tratamiento de la fiebre.			
CAMPO 2 fisiológico: complejo			CAMPO 2 fisiológico: complejo			
CLASE control respiratorio.			CLASE termorregulación			
ACTIVIDADES			ACTIVIDADES			
Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.			Observar el color y la temperatura de la piel.			
Monitorizar si aumenta la inquietud, ansiedad o disnea.			Controlar las entradas y salidas, prestando atención a los cambios de las perdidas insensibles de líquidos.			
Vigilar las secreciones respiratorias del paciente.			Facilitar el reposo, aplicando restricción de actividades.			
Observar si hay disnea y los factores que la mejoran y empeoran.			Administrar oxígeno según corresponda.			

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	
<b>INTERVENCIONES</b> 1872 Cuidados del drenaje torácico.	<b>INTERVENCIONES</b> 1850 Mejorar el sueño.
<b>CAMPO 2 fisiológico: complejo</b> <b>CLASE control respiratorio.</b>	<b>CAMPO 1 fisiológico: básico</b> <b>CLASE facilitación de los autocuidados</b>
<b>ACTIVIDADES</b> Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. Monitorizar si aumenta la inquietud, ansiedad o disnea. Vigilar las secreciones respiratorias del paciente. Observar si hay disnea y los factores que la mejoran y empeoran.	<b>ACTIVIDADES</b> Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente. Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al sueño. Facilitar el reposo, aplicando restricción de actividades. Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autógena u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño.

## **ANEXO 4**

### **Relajación Autógena**

El origen de este método se encuentra en los estudios sobre el sueño y la hipnosis realizados por los neurólogos O. Vogt y K. Brodmann.

Diferentes investigaciones y estudios nos informan que la Relajación contribuye en:

- Mejorar la circulación sanguínea cerebral.
- Descenso del consumo metabólico de oxígeno.
- Liberación de endorfinas.
- Aumento del rendimiento cognitivo.
- Superación de estados de dolor.
- Relajación muscular.
- Disminución y frecuencia del latido cardíaco.
- Disminución de la frecuencia respiratoria y aumento de su amplitud.
- Disminución de la presión arterial.
- Disminución del cortisol en sangre.
- Modificaciones de la resistencia galvánica de la piel.
- Entre otros.

Podemos practicar esta relajación autógena a través de tres tipos de posiciones, se puede elegir la que le favorezca más:

Tendido en la cama, con brazos y piernas ligeramente separados del cuerpo.

Sillón cómodo con brazos. También se utiliza apoyo en la nuca y los pies.

Sentado en un taburete o baqueta sin respaldo.

## **EJERCICIO 1: PESADEZ**

1. Sentarse o tumbarse buscando tu máxima comodidad y confort.
2. Cerrar los ojos y concentrarse en su brazo derecho (o izquierdo si eres zurdo/a).
3. Respirar con normalidad durante todo el ejercicio.
4. Repetir mentalmente: “El brazo derecho pesa”, “El brazo derecho pesa”, “El brazo derecho pesa cada vez más”.
5. Repetir estas frases lentamente unas 6 veces.
6. Cuando tenga la sensación de que su brazo derecho pesa, repetir mentalmente dos veces “Estoy completamente tranquilo/a”.
7. Para finalizar: inspire profundamente, estire las extremidades, abra lentamente los ojos e incorpórese poco a poco.

## **3.2. EJERCICIO 2: CALOR.**

1. Sentarse o tumbarse buscando tu máxima comodidad y confort.
2. Cierre los ojos y concéntrese en su brazo derecho (o izquierdo si eres zurdo/a).
3. Respirar con normalidad durante todo el ejercicio.
4. Repetir mentalmente: “El brazo derecho está caliente”, “El brazo derecho caliente”, “El brazo derecho está cada vez más caliente”.
5. Repita estas frases lentamente unas 6 veces.
6. Cuando tenga la sensación de que su brazo derecho está más caliente, repita mentalmente dos veces “Estoy completamente tranquilo/a”.
7. Para finalizar: inspire profundamente, estire las extremidades, abra lentamente los ojos e incorpórese poco a poco.



### **3.3. EJERCICIO 3: PULSACIONES**

1. Sentarse o tumbarse buscando su máxima comodidad y confort.
2. Cierre los ojos y concéntrese en las pulsaciones de su brazo derecho (o izquierdo si eres zurdo/a).
3. Respirar con normalidad durante todo el ejercicio.
4. Repita mentalmente unas tres veces: “Mi corazón late tranquilo”.
5. Para finalizar: inspire profundamente, estira las extremidades, abra lentamente los ojos e incorpórese poco a poco.

### **3.4. EJERCICIO 4: RESPIRACIÓN**

1. Sentarse o tumbate buscando tu máxima comodidad y confort.
2. Cierra los ojos y focaliza tu atención en tu respiración.
3. Respira con normalidad durante todo el ejercicio.
4. Repite mentalmente unas tres veces: “Mi respiración es calmada y tranquila”.
5. Para finalizar: inspira profundamente, estira las extremidades, abre lentamente los ojos e incorpórate poco a poco.

### **3.5. EJERCICIO 5: ABDOMEN**

1. Siéntate o tumbarse buscando su máxima comodidad y confort.
2. Cierre los ojos y focalice su atención en su abdomen.
3. Respirar con normalidad durante todo el ejercicio.
4. Repetir mentalmente unas tres veces: “Mi abdomen irradia calor”.
5. Para finalizar: inspirar profundamente, estirar las extremidades, abra lentamente los ojos e incorpórese poco a poco.

### **3.6. EJERCICIO 6: MENTE**

1. Sentarse o tumbarse buscando su máxima comodidad y confort.
2. Cerrar los ojos y concentrarse en su mente, localizándola en la frente
3. Respirar con normalidad durante todo el ejercicio.
4. Repetir mentalmente unas tres veces: “Mi mente está fresca”.
5. Para finalizar: inspire profundamente, estire las extremidades, abra lentamente los ojos e incorpórate poco a poco.

Una vez te hayas familiarizado con estos 6 ejercicios te propongo una relajación global que incluye las 6 zonas corporales para que alcances un estado de relajación profunda. Recuerda primero practicar cada ejercicio por separado. Entrenamiento Autógeno de T. Carnwath y D. Miller (siguiendo el patrón inicial propuesto por J.H. Schultz).