



UNIVERSIDAD OLMECA
Raíz de sabiduría

UNIVERSIDAD OLMECA

INCORPORACIÓN CLAVE 8964-62 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A
PACIENTE CON DIAGNOSTICO COVID 19 E HIPERTENSION.**

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA

PRESENTA:

JOSÉ DE JESÚS MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

ASESOR:

L.E.I. NORMA CHABLE GARCIA

Villahermosa Tabasco

ENERO 2024



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.

DEDICATORIA

Dedico con todo mi corazón este proceso de atención a enfermería a mi padre que desde el cielo me observa, sus bendiciones que me dedico a diario me protegen y me lleva por el camino del bien. Por ello te dedico mi proyecto en ofrenda por tu paciencia, por tu inalcanzable amor que estuvo incondicionalmente para apoyarme en todo momento y circunstancias gracias papa te amo.

A ti de igual manera madre mía que has estado hay en buenos momentos, me has ayudado a salir adelante para ser una persona de bien gracias.

A ti Dios mío que me diste tu mano sagrado, que mantuvo firme, en los días de desvelos y de circunstancias difíciles, me diste esa fuerza para salir adelante y llegar al final de la meta que tanto he deseado y llegar hasta donde hoy estoy, mil gracias a ti dios mío.

A mi familia por apoyarme a seguir adelante cuando hubo momentos difíciles en que estaba a punto de tirar la toalla, todos ustedes me dieron un aliento de ayuda, por aquellos hoy les dedico este proyecto con toda el alma, jamás me alcanzara la vida para pagar cada uno de los consejos que me brindaron.

A mi asesora que en cada momento de mi proyecto tuvo la sabiduría y dedicación para llegar al final de este gran proyecto que con orgullo lo presento el día de hoy.

AGRADECIMIENTO

Este agradecimiento que hoy presento se lo dedico a esta institución con un prestigio honorable y con sabiduría, respeto, honestidad igualdad de géneros, que dedica e impulsa a cada alumno a salir adelante con sus metas realizadas.

Gracias a la universidad olmeca que me recibió con los brazos abiertos, para ser parte de la comunidad.

A los docentes que con su sabiduría y conocimiento nos formó como licenciados en enfermería, por sus esfuerzos y compromisos han contribuido de manera extraordinaria en nuestra formación.

A mis compañeros de la carrera que supieron aceptarme para complementarnos con nuestras debilidades y fortalezas y me brindaron su amistad, confianza y apoyo.

I. ÍNDICE

II. INTRODUCCION	6
III. JUSTIFICACIÓN.....	8
IV. OBJETIVOS	11
Objetivo específico	11
V. METODOLOGÍA	12
VI. MARCO TEO.....	13
6.1 Enfermería como profesión disciplinaria	13
6.2 El cuidado como objeto de estudio.....	17
6.3 Proceso de atención de enfermería.....	20
6.4 Modelo teórico utilizado para la elaboración del PAE.....	23
6.4.1 Elementos fundamentales del modelo utilizado	24
6.5 Etapas del proceso de enfermería.....	26
6.5.1 valoración.....	26
6.5.2 diagnóstico	28
6.5.3 Planeación.....	28
6.5.4 Implementación	29
6.5.5 Evaluación.....	30
6.5 Problemática de salud de la persona.....	31
6.6.2. Diagnóstico y tratamiento	34
VII. RESUMEN DEL CASO CLINICO	47
VIII. DESARROLLO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA	49
8.1 VALORACIÓN CLÍNICA DEL SUJETO DE CUIDADO	55
8.2 Diagnóstico de enfermería según sea el caso	60
8.3 Planificación de intervenciones.....	69
8.4 Ejecución de intervenciones.....	70
8.5 Evaluación.....	71
8.3 Planificación de intervenciones.....	73
8.4 Ejecución de intervenciones.....	74
8.5 Evaluación.....	75
8.3 planificación de intervenciones.....	77
8.4 Ejecución de intervenciones.....	78
8.5 Evaluación.....	79
8.3 Planificación de intervenciones.....	81
8.4 Ejecución de intervenciones.....	82

8.5 Evaluación.....	84
8.3 Planificación de intervenciones.....	86
8.4 Ejecución de intervenciones.....	87
8.5 Evaluación.....	88
8.3 Planificación de intervenciones.....	90
8.4 Ejecución de intervenciones.....	91
8.5 Evaluación.....	93
8.3 Planificación de intervenciones.....	95
8.4 Ejecución de intervenciones.....	96
8.5 Evaluación.....	97
8.3 Planificación de intervenciones.....	99
8.4 Ejecución de intervenciones.....	100
8.5 Evaluación.....	102
XI. BIBLIOGRAFIA	109
XII. GLOSARIO DE TERMINOS.....	113
XIII. ANEXO	117
1. VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES.....	117
2. - NUTRICION E HIDRATACIÓN.....	118
3. - ELIMINACIÓN	119
4. - TERMORREGULACIÓN	120
5. - MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.....	120
6. - DESCANSO Y SUEÑO.....	120
7. - USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.....	121
8. - NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.....	122
11. - NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS.....	124
12. - NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.....	124
13. - NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	125
14. - NECESIDAD DE APRENDIZAJE	125
PLAN DE CUIDADO.....	126
NOMBRE DEL PACIENTE _____ EDAD _____	
SEXO _____ ESTADO CIVIL _____ RELIGION _____	
ESCOLARIDAD _____ Dx. MEDICO _____	
NOMBRE DEL ALUMNO/A _____ Fecha _____	
.....	126
XV. ANEXO 2	128
XVI. ANEXO 3	129
XVII. ANEXO 4.....	130

XVIII. ANEXO 5.....	131
IX ANEXO 6	132
X. ANEXO 7.....	134
XI. ANEXO 8.....	135

II. INTRODUCCION

El Proceso de Enfermería se define como “el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud”. (F. González, 2021).

Mediante el PAE se utiliza un modelo centrado en el usuario que aumenta nuestro grado de satisfacción, nos permite una mayor autonomía, continuidad en los objetivos, la evolución la realiza enfermería, si hay registro es posible el apoyo legal, la información es continua y completa, se deja constancia de todo lo que se hace y nos permite el intercambio y contraste de información que nos lleva a la investigación. Además, existe un plan escrito de atención individualizada, disminuyen los errores y acciones reiteradas y se considera al usuario como colaborador activo. Así enfermería puede crear una base con los datos de la salud, identificar los problemas actuales o potenciales, establecer prioridades en las actuaciones, definir las responsabilidades específicas y hacer una planificación y organización de los cuidados. El PAE posibilita innovaciones dentro de los cuidados además de la consideración de alternativas en las acciones a seguir. Proporciona un método para la información de cuidados, desarrolla una autonomía para la enfermería y fomenta la consideración como profesional.

En este trabajo de investigación se utilizó el modelo teórico de Virginia Henderson y tiene como objetivo permitir conocer las necesidades del paciente y sus posibles alteraciones.

El presente proceso de atención enfermería tiene como finalidad identificar las necesidades reales o potenciales del paciente. Así como también contiene información como justificación, objetivos, metodología, marco teórico, etapas del proceso de enfermería, conclusión y bibliografía.

La infección por SARS-CoV-2 se ha convertido rápidamente en una pandemia con importantes implicaciones en ámbitos sanitarios, económicos, políticos y culturales en todo el planeta. La enfermedad que produce, llamada COVID-19, es considerada actualmente una patología florida y de obligatorio manejo multidisciplinario por todas las especialidades médicas y de servicios de salud.

La importancia del proceso de atención en enfermería (P.A.E), radica en que enfermería necesita un lugar para registrar sus acciones de tal forma que puedan ser discutidas, analizadas y evaluadas.

III. JUSTIFICACIÓN

Según la OMS (2020), La pandemia fue causada por un virus conocido como el SARS-CoV-2 conocido O llamado COVID-19. primer caso confirmado en México se reportó el 28 de febrero del 2020 y el primer fallecimiento de esta enfermedad fue el 18 de marzo de 2020.

Es probable que el número de muertes atribuidas al covid-19 en los informes de la secretaria de salud (2020) sea una subestimación de total de muertes causadas, porque al inicio de la pandemia las personas que murieron de covid-19 pueden no haber sido diagnosticado debido a un conocimiento inadecuado de la enfermedad o a la falta de disponibilidad de pruebas confirmatorias y sus muertes fueron atribuido a otro diagnóstico. El proceso de atención de enfermería consiste en la aplicación del meto científico en la práctica asistencial de enfermería. El cual se realizó en villa Benito Juárez Macuspana Tabasco con aquellos objetivos de identificar aquellas alteraciones de salud que pueden presentar en la persona y proporcionar planes de cuidados individualizados de acuerdo con la necesidad de la paciente. las intervenciones que se realizan a través de visitas domiciliarias.

La realización de un proceso de atención de enfermería PAE es parte crucial y guía importante en la atención que brinda la enfermería en el cuidado de toda persona con padecimiento fisiológico y psicosocial el cual refuerza las habilidades y aspectos socio humanos. La capacidad del personal de enfermería aumenta a través del conocimiento teórico basado en la evidencia científica, ya que es más probable que los métodos tengan éxito si están desarrollados sistemáticamente y sirven de

referencia ante la duda. La enfermera desempeña un papel importante en la atención centrada en la persona. En el restablecimiento del entorno o persona (Individuo); hay que incorporar el conocimiento acumulado a través de métodos científicos para poder describir, explicar, pronosticar y prescribir intervenciones de enfermería y vincularse con la persona en el contexto de su mundo único para lograr su salud física, psicológica y social.

Uno de los Modelos más utilizados en nuestro país, por su adecuación a los criterios descritos, es el definido por la Dra. Virginia Henderson. Este Modelo Conceptual se fundamenta en la capacidad de la persona en mantener la independencia en las 14 necesidades fundamentales.

El modelo de Virginia Henderson es totalmente compatible con el Proceso Enfermero, aspecto fundamental para que tenga aplicación en la práctica. Además, es muy importante poder integrar junto con el modelo de cuidados y el proceso enfermero (PE), los lenguajes estandarizados NANDA, NOC Y NIC.

Cuidados domiciliarios.

Al inicio de la pandemia, cuando todavía no se habían decretado medidas de excepción, la Atención Primaria de la Salud jugó un papel relevante en todo el proceso de intervención ante la COVID-19, en el que la Atención Domiciliaria se configuraba como un elemento clave en el control y seguimiento de las personas contagiadas o sospechosas y en el de sus familias, tal como se recogía, en parte al menos, en las guías coordinadas por el Ministerio de Sanidad. (J. Ramon ,2020).

Enseñanza a familia para el autocuidado.

1. Adopte buenos hábitos de higiene
2. Aliméntese bien.
3. Duerma lo suficiente.
4. Haga ejercicio regularmente.
5. Manténgase en comunicación.
6. Haga actividades que disfruta para mantener la calma.
7. Exprésese.
8. Organícese.
9. Pida ayuda y acepte la ayuda que le ofrecen.
10. Tómese un tiempo para hablar con su familia.

Por el siguiente proceso enfermería, tiene como finalidad llevar a cabo un orden específico con el fin de que el paciente que presente alguna necesidad alterada en sus cuidados de salud reciba los mejores cuidados de enfermería posibles, a través de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería.

IV. OBJETIVOS

Implementar el Proceso de Atención en Enfermería a un paciente portador de COVID-19 e hipertensión arterial mediante la aplicación el modelo de Virginia Henderson y la taxonomía, NANDA, NIC, NOC, con el fin de proporcionar las intervenciones de enfermería y medidas terapéuticas en forma domiciliaria que permitan limitar el daño a su salud y facilitar su recuperación.

Objetivo específico

- Realizar valoración utilizando las guías de valoración de las 14 necesidades de la teorista Virginia Henderson.
- Identificar los datos objetivos y subjetivos obtenido mediante la valoración de Virginia Henderson.
- Elaborar diagnóstico de enfermería reales, riesgo, fisiológicos, y de promoción de la salud.
- Planificar las acciones de enfermería que contribuyan a disminuir los problemas del déficit respiratorio.
- Proporcionar cuidados de calidad según las necesidades identificadas en el paciente.
- Evaluar las intervenciones de enfermería realizadas, durante las visitas domiciliarias.

V. METODOLOGÍA

Para la realización de este proceso de atención en enfermería se utilizó los instrumentos de valoración creada por la teorista Virginia Henderson, este modelo se fundamenta en la capacidad de la persona en mantener la independencia en las 14 necesidades fundamentales, que se analizaron en una paciente con diagnósticos COVID19 e Hipertensión Arterial , procedente de la Villa Benito Juárez Macuspana Tabasco: Una vez obtenida la información mediante la valoración, mediante el análisis de los datos objetivos y subjetivos se elaboraron los Diagnósticos Enfermeros para la planeación de las intervenciones que se implementaron en la paciente y mediante la atención domiciliaria.

Una vez recogido los datos se realizó una síntesis para establecer los problemas reales o potenciales de la salud de la persona de acuerdo a la pirámide de Abraham Maslow.

Para la elaboración de los diagnósticos se utilizaron los libros de taxonomía de la **NANDA NIC Y NOC**. El libro de la NANDA proporciono las clasificaciones diagnósticas que me sirvió de guía a través de la cual se unificó internacionalmente el lenguaje de enfermería la taxonomía NOC se utilizó para conceptualizar, denominar, validar y clasificar los resultados que se obtienen de la intervención de enfermería, la taxonomía NIC para la planificación del plan de cuidado. Posteriormente se implementó el Plan de cuidados domiciliarios.

VI. MARCO TEORICO.

6.1 Enfermería como profesión disciplinaria

Su experiencia le brindó para organizar la enfermería en los campos de batalla de la guerra de Crimea y, más tarde, establecer el programa de formación de enfermería en el hospital Saint Thomas de Londres. La llegada de las escuelas de enfermería de Nightingale y los heroicos esfuerzos y reputación de esta mujer, transformaron la concepción de la Enfermería en Europa y establecieron las bases de su carácter moderno como profesión formalmente reconocida.

Diferentes profesionales de enfermería han coincidido con nuestra opinión, en que la Enfermería de hoy, su naturaleza y función es el cuidado, se ocupa entonces de dichos cuidados humanos, en la persona sana y enferma, para Ayudar en la promoción, recuperación y rehabilitación de la salud. Esto abarca las funciones y los deberes a cargo de quienes han recibido formación y preparación en la ciencia y profesión de Enfermería, trabajando en un contexto interdisciplinario, multidisciplinario visionando cada día llegar a la transdisciplinariedad (más allá de los métodos). En la mayoría de los países se considera la Enfermería como ciencia y profesión cualificada, para la que se precisa un programa de formación previo al reconocimiento académico.

El profesional de enfermería tiene funciones independientes, que se llevan a cabo, bajo su propio juicio profesional, este juicio es soportado y

fundamentado por la ciencia disciplinar llevada a la práctica, basándose en el Proceso de Cuidado de Enfermería, PCE; podríamos citar la decisión de proporcionar confort y bienestar a los enfermos, posturas adecuadas para prevenir contracturas músculo-articulares, úlceras por presión por presión, proporcionar seguridad, educación a los pacientes entre otras. Es decir, aquí consideramos la naturaleza de Enfermería basada en una práctica profesional autónoma. Triveno, Z. (2017). Enfermería como ciencia Disciplina - profesión y práctica.

El surgimiento de la ciencia de Enfermería como disciplina, profesional, autónoma, distintiva, valorada por la sociedad, confronta las demandas de la profesión y la sociedad para que la Enfermería asuma toda la responsabilidad de las decisiones, acciones y consecuencias. La actuación de la enfermera en su profesión-práctica, la expone a aspectos legales, que Ella podrá resolver, en tanto que posee principios y fundamento científico, disciplinar y ético.

La disciplina de Enfermería se fundamenta en una base de conceptos propios construidos a partir de 1952, año en el que se presentó el trabajo de Hildegart Peplau, considerado como la primera Teoría de Enfermería.

Durante este trayecto de desarrollo conceptual se han tenido diferentes enfoques: análisis filosóficos sobre el origen y la responsabilidad de Enfermería; debates conceptuales sobre el ser y el quehacer profesional; el concepto de hombre y su entorno; el proceso salud enfermedad, entre otros. El avance conceptual de Enfermería, ha tenido como principal objetivo demostrar que ésta, más que una ocupación basada en la experiencia

práctica y en los conocimientos adquiridos empíricamente a través de la repetición continuada de las acciones, es una disciplina con un ser, un saber y un quehacer propio. Es así como El progreso de enfermería parece haber trazado su propia ruta; las ideas que se rechazaron en una etapa de desarrollo se han aceptado en posteriores etapas. Un ejemplo de esto es el rechazo inicial a las teorías de Enfermería, la revitalización más reciente de los conceptos de Enfermería de Nightingale y su enfoque hacia la relación salud y ambiente, la preocupación por la metodología cuantitativa en los años 60, la revitalización más reciente del significado de la experiencia y la mayor aceptación de diseños alternativos para investigar.

El desarrollo conceptual que hasta ahora se ha dado en Enfermería, refleja la búsqueda insistente de un marco propio que fundamente la identidad de la disciplina y la profesión, que disminuya su dependencia histórica de otras ciencias de la salud. Este gran avance ha plasmado la manera de expresar el significado de Enfermería, lo que se traduce en la consolidación del desarrollo conceptual, el crecimiento del cuerpo de conocimientos y la aceptación de Enfermería como una Disciplina Profesional. Cabal, V. (2011) Enfermería como disciplina. Revista colombiana de enfermería Volumen 6.

Por lo anterior, se requiere que quienes ejercen esta profesión, le den el sentido de disciplina que actualmente se le reconoce, a través de la aproximación a los fenómenos de interés de Enfermería, sobre los cuales existe construcción teórica abordada desde diferentes perspectivas de acuerdo al modelo propuesto por cada teorista, con el propósito de generar, utilizar y difundir el conocimiento que guía la práctica, la investigación y la

docencia, y en últimas, demuestra la evidencia de un sentido pragmático del ser, el saber y que hacer de Enfermería. La estructura central del desarrollo teórico en esta disciplina le ha entregado una identidad, que se construye a partir de experiencias que Enfermería se basa en la comprensión de la persona, el entorno, la salud y la Enfermería Cuidado es por ello que hoy las diferentes filosofías, teorías, y modelos conceptuales presentan la singularidad o pluralidad de la autora que los postula, dando como resultado que los elementos meta paradigmáticos de Enfermería continúen vigentes como ejes del ejercicio, la educación y la investigación disciplinar. El Cuidado de Enfermería es la esencia y el sentido de la disciplina; alrededor de él gira, tanto el desarrollo conceptual como el ejercicio profesional, la investigación y la formación del recurso humano; por lo tanto, se considera pertinente mencionar en detalle los elementos constitutivos del concepto de cuidado. (M. Liss, 2015).

6.2 El cuidado como objeto de estudio

En el camino colateral de los saberes desde Florence Nightingale, hasta la actualidad, varias teorizantes han sustentado el Cuidado, como el eje donde gira la actividad de la Enfermería, razonada en aspectos profundos de la vida misma. Todos los cuidados son transformables en la aplicación de tratamiento a los pacientes que han sido diagnosticados de una enfermedad, para emplearlos en su mejora. Elizalde, H. (2019). El cuidado eje fundamental del conocimiento de enfermería. Revista Médica. Todos los seres humanos buscan el bien común; ser felices, libres, bienestar físico-mental sin embargo factores internos o externos aceleran la pérdida del equilibrio hemodinámico cediendo el paso a la enfermedad, apareciendo el cuidado como elemento restablecedor de las funciones vitales, ejecutados por enfermeras que interpretan y se involucran en la identificación de signos y síntomas tras la observación adquiriendo experiencias más allá de un patrón rígido que permiten a las personas lograr un alto grado de armonía entre mente cuerpo y espíritu.

Fundamentalmente la importancia que se dirige hacia el cuidado es la búsqueda de bienestar del ser humano, así como la manera de encontrar paz en su existencia como una divinidad que los motiva a encontrarse consigo mismo como un ser capaz de reconocer sus atributos y cualidades entorno al mundo que lo rodea.

La Enfermería es una disciplina consolidada porque hoy día es aceptada como una rama del saber humano con objeto y método de estudio propios. Porque el conocimiento enfermero, el que se ocupa del cuidado de las personas en la salud y

la enfermedad, construido durante siglos de evolución, constituye un legado imprescindible para la humanidad. Y porque en su condición de disciplina aplicada, la Enfermería ha mostrado sobradamente su capacidad de renovarse y redefinirse continuamente en función de las necesidades emergentes de la ciudadanía y de los avances del conocimiento científico. Justicia, H. (2020).

Todos los factores del cuidar tienen un componente fenomenológico recíproco de los seres implicados en las vivencias que contempla Enfermería específicamente, a medida que los ideales fundamentales van modificándose con el paso del tiempo se ha añadido una dimensión espiritual al cuidado como la creación de un sistema más humanístico en el que se aprende mucho más de enfermedades educadoras que ayudan a los pacientes a que aprendan conductas favorables para el mejoramiento de su salud. Ya que no solo el poder de voluntad es la respuesta en sí, aunque se considera muy importante incluyendo creencias relevantes que incluyen el bienestar mental, entendiendo mejor estos fenómenos podemos analizar una nueva manera de estimular el pensamiento para un mejor entendimiento de sí mismo y de los demás.

Los cuidados hacen referencia a la ayuda, apoyo o conductas de estímulo que facilitan o mejoran la situación de una persona. Es fundamental para la supervivencia, el desarrollo y la capacidad de enfrentarse a los sucesos de la vida de una persona.

El cuidado se desprende de la subjetividad como algo trascendental propiamente humano por lo que tiene un origen en la persona misma como adquisición de su

propia existencia y como una consideración más extensa de condiciones, Extensiones y experiencias, así como el conocimiento práctico que inicia de una forma empírica y que se ha venido desarrollando hasta llegar a la práctica disciplinar. Para el desarrollo del ser, el saber y el saber hacer necesitan el crecimiento no solo como profesional sino también como persona, pero en el transcurso del proceso se debe afrontar situaciones difíciles las cuales hacen que el enfermero desarrolle la intuición, así como el cuidado integral al individuo y su familia. (E, Humberto, 2019).

Si se tiene en cuenta que los pacientes son seres en estado de vulnerabilidad por la enfermedad que padecen, éstos requieren de un profesional preparado, que además de poseer fundamentación científica en el hacer, desarrolle capacidad relacional, es decir, que muestre una variedad de actitudes que le permitan establecer buenas relaciones humanas, con el fin de poder responder de manera integral a las necesidades del paciente. Por ello es importante que el profesional de la Enfermería reflexione sobre la práctica de cuidado que realiza.

El cuidado es una categoría que se presenta de algunas maneras, pero con muchos equívocos en su aplicación y su conocimiento. Solo más recientemente logró interés y en Enfermería, a pesar de que es entendido de una manera equivocada, está recibiendo más atención. (F, Torralba, 2019).

6.3 Proceso de atención de enfermería

El Proceso enfermero, también denominado Proceso de Enfermería (PAE) o Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de Enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y está clasificado como una teoría deductiva en sí misma. El Proceso enfermero, también denominado Proceso de Enfermería (PAE) o Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de Enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y está clasificado como una teoría deductiva en sí misma.

Características del PAE:

- Tiene validez universal.
- Utiliza una terminología comprensible para todos los profesionales.

- Está centrado en el paciente marcando una relación directa entre éste y el profesional.
- Está orientado y planeado hacia la búsqueda de soluciones y con una meta clara.

El uso del proceso enfermero permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas. El proceso enfermero trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de Enfermería enfocadas específicamente a él y no solo a su enfermedad.

El proceso enfermero es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. El proceso enfermero le da a la profesión la categoría de ciencia.

El proceso enfermero implica habilidades que un profesional de enfermería debe poseer cuando él o ella tenga que comenzar la fase inicial del proceso. Tener estas habilidades contribuye a la mejora de la atención del profesional de enfermería al cuidado de la salud del paciente, incluyendo el nivel de salud del mismo, o su estado de salud.

Habilidades cognitivas o intelectuales, tales como el análisis del problema, resolución de problemas, pensamiento crítico y realizar juicios concernientes a las necesidades del cliente. Incluidas entre estas habilidades están las de identificar y diferenciar los problemas de salud actuales y potenciales a través de la observación

Y la toma de decisiones, al sintetizar el conocimiento de enfermería previamente adquirido.

Habilidades interpersonales, que incluyen la comunicación terapéutica, la escucha activa, el compartir conocimiento e información, el desarrollo de confianza o la creación de lazos de buena comunicación con el cliente, así como la obtención ética de información necesaria y relevante del cliente la cual será luego empleada en la formulación de problemas de salud y su análisis.

Habilidades técnicas, que incluyen el conocimiento y las habilidades necesarias para manipular y maniobrar con propiedad y seguridad el equipo apropiado necesitado.

El proceso enfermero implica habilidades que un profesional de enfermería debe poseer cuando él o ella tenga que comenzar la fase inicial del proceso. Tener estas habilidades contribuye a la mejora de la atención del profesional de enfermería al cuidado de la salud del paciente, incluyendo el nivel de salud del mismo, o su estado de salud.

Habilidades cognitivas o intelectuales, tales como el análisis del problema, resolución de problemas, pensamiento crítico y realizar juicios concernientes a las necesidades del cliente. Incluidas entre estas habilidades están las de identificar y diferenciar los problemas de salud actuales y potenciales a través de la observación y la toma de decisiones, al sintetizar el conocimiento de enfermería previamente adquirido.

Habilidades interpersonales, que incluyen la comunicación terapéutica, la escucha activa, el compartir conocimiento e información, el desarrollo de confianza o la creación de lazos de buena comunicación con el cliente, así como la obtención ética de información necesaria y relevante del cliente la cual será luego empleada en la formulación de problemas de salud y su análisis.

Habilidades técnicas, que incluyen el conocimiento y las habilidades necesarias para manipular y maniobrar con propiedad y seguridad el equipo apropiado necesitado por el cliente al realizar procedimientos médicos o diagnósticos, tales como la valoración de los signos vitales, y la administración de medicamentos.

6.4 Modelo teórico utilizado para la elaboración del PAE

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas y falleció el 19 de marzo de 1996 a la edad de 98 años. Desarrolló su interés por enfermería a partir de la Primera Guerra Mundial. Es ahí donde se destacó por asistir a sus semejantes.

El Modelo de Virginia Henderson se encuentra entre aquellos modelos que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo central para la actuación enfermera. De acuerdo con este modelo, la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial. V. Henderson considera que el papel fundamental de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a conservar o recuperar su salud (o bien asistirlo en los últimos momentos de su vida) para cumplir aquellas necesidades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios. De este

modo enfermería favorecerá la recuperación de la independencia de la persona de la manera más rápida posible. El máximo principio de Virginia Henderson para aplicar su modelo teórico a la práctica consiste en que la enfermería debe ser capaz de fomentar la actividad del paciente para que éste adquiera su independencia. El objetivo del modelo de Virginia Henderson es que el paciente sea independiente lo antes posible.

Algunas de las ventajas de la utilización del modelo de Virginia Henderson son:

- Se adapta al contexto de enfermería española.
- Puede utilizarse en todos los campos de actuación.
- Existe abundante información.
- Incluye en papel de colaboración como parte de actuación de la enfermería.
- Contempla a la persona como un todo.
- Reconoce a la persona su potencial de cambio.
- Propone un método de resolución de problemas.
- Permite la utilización del lenguaje estandarizado NANDA, NOC Y NIC.

6.4.1 Elementos fundamentales del modelo utilizado

Henderson establece 14 necesidades básicas que todo ser humano tiene. Estas necesidades normalmente están cubiertas por un individuo sano y que tiene el suficiente conocimiento para ello. Cada una de las 14 necesidades constituye el elemento integrador de aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales.

Las 14 necesidades fundamentales descritas en el modelo de Virginia Henderson son:

1. Respirar normalmente.
2. Alimentarse e hidratarse.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal.

Todas las necesidades adquieren un pleno significado cuando son abordadas desde su doble sentido de universalidad y especificidad. Universalidad porque son comunes y esenciales para todos los seres humanos; y especificidad, porque se manifiestan de manera distinta en cada persona.

Las actividades que el personal de enfermería realiza encaminadas a cubrir las necesidades del paciente, son denominadas por Virginia Henderson

como cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos de enfermería se aplican a través de un plan de cuidados de acuerdo a las necesidades específicas del paciente. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en función de dos tipos de factores:

- Factores permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, o capacidad física.
- Factores variables, que son estados patológicos como: falta aguda de oxígeno, estados de inconsciencia, lesión local, etc.

6.5 Etapas del proceso de enfermería

6.5.1 valoración

La valoración consiste en recolectar y organizar los datos que conciernen a la persona, familia y entorno con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

El profesional debe llevar a cabo una valoración de Enfermería completa y holística de cada una de las necesidades del paciente, sin tener en cuenta la razón del encuentro. Usualmente, se emplea un marco de valoración basado en una teoría de Enfermería o en la escala de Glasgow. En dicha valoración se contemplan problemas que pueden ser tanto reales como potenciales (de riesgo).

Los siguientes modelos de Enfermería son utilizados para reunir la información necesaria y relevante del paciente para brindar efectivamente calidad en el cuidado de Enfermería.

- Patrones funcionales de salud de Gordon
- Modelo de adaptación de ROY
- Modelos de sistemas corporales
- Modelo de Necesidades de Virginia Henderson
- Jerarquía de necesidades de Maslow

Los datos los podemos obtener de dos fuentes:

- Fuentes primarias: observación, exploración física, interrogatorio (directo o indirecto), estudios de laboratorio y gabinete.
- Fuentes secundarias: expediente clínico, referencias bibliográficas (artículos, revistas, guías de práctica clínica, etc.).

La entrevista es una conversación planificada con el paciente para conocer su historia clínica. Por otra parte, es un proceso diseñado para permitir que tanto la enfermera como el paciente den y reciban información; además exige capacidades de comunicación e interacción; va enfocada a la identificación de las respuestas.

Objetivos de la entrevista:

- Permite adquirir la información específica necesaria para el diagnóstico.
- Facilita la relación enfermera/paciente creando una oportunidad para el diálogo.
- Permite el paciente recibir información y participar en la identificación de problemas y establecer los objetivos.

- Ayuda a determinar áreas de investigación concretas durante los otros componentes del proceso de valoración.

6.5.2 Diagnóstico

Los diagnósticos de Enfermería son parte de un movimiento en enfermería para estandarizar la terminología que incluye descripciones estándar de diagnósticos, intervenciones y resultados. Aquellos que apoyan la terminología estandarizada creen que será de ayuda a la enfermería en tener más rango científico y basado en evidencias. El propósito de esta fase es identificar los problemas de Enfermería del paciente.

Los diagnósticos de Enfermería están siempre referidos a respuestas humanas que originan déficit de autocuidado en la persona y que son responsabilidad de la enfermera, aunque es necesario tener en cuenta que el que la enfermera sea el profesional de referencia en un diagnóstico de enfermería, no quiere decir que no puedan intervenir otros profesionales de la salud en el proceso. Existen 5 tipos de diagnósticos de Enfermería: Reales, de riesgo, posibles, de bienestar y de síndrome.

6.5.3 Planeación

La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo, identificadas en el diagnóstico de Enfermería. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados. Consta de cuatro etapas:

1. Establecimiento de prioridades, con base en la jerarquía de Kalish o la de Maslow.
2. Elaboración de objetivos.
3. Desarrollo de intervenciones de enfermería.
4. Documentación del plan.

Estandarizado: Es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad.

Estandarizado con modificaciones: Permite la individualización al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

Computarizado: Requieren la captura previa en un sistema informático de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

6.5.4 Implementación

En esta fase se ejecuta el plan de enfermería descrito anteriormente, realizando las intervenciones definidas en el proceso de diagnóstico. Los métodos de implementación deben ser registrados en un formato explícito y tangible de una forma que el paciente pueda entender si deseara leerlo. La claridad es esencial ya que ayudará a la comunicación entre aquellos que se les asigna llevar a cabo los Cuidados de Enfermería.

6.5.5 Evaluación

El propósito de esta etapa es evaluar el progreso hacia las metas identificadas en los estadios previos. Si el progreso hacia la meta es lento, o si ha ocurrido regresión, el profesional de Enfermería deberá cambiar el plan de cuidados de acuerdo a ello. En cambio, si la meta ha sido alcanzada, entonces el cuidado puede cesar. Se pueden

El Plan de Cuidados de Enfermería es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello. Existen diferentes tipos de planes de cuidados, entre ellos destacan los siguientes.

Individualizado: Permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar. identificar nuevos problemas en esta etapa, y así el proceso se reiniciará otra vez. Es parte de esta etapa el que se deba establecer metas mensurables, el fallo al establecer metas mensurables resultará en evaluaciones pobres.

El proceso entero es registrado o documentado en un formato acordado en el plan de cuidados de enfermería para así permitir a todos los miembros del equipo de enfermería llevar a cabo el cuidado acordado y realizar adiciones o cambios.

6.5 Problemática de salud de la persona

COVID - 19

Concepto

La actual pandemia de SARS-CoV-2, producida por una cepa mutante de coronavirus ha generado en todo el mundo, en el siglo 21, una severa crisis económica, social y de salud, nunca antes vista. Se inició en China a fines de diciembre 2019, en la provincia de Hubei (ciudad Wuhan) donde se reportó un grupo de 27 casos de neumonía de etiología desconocida. El primer caso fue descrito el 8 de diciembre 2019, el 7 de enero 2020 el Ministerio de sanidad de China identifica un nuevo coronavirus como posible etiología, para el 24 enero en China se habían reportado 835 casos (534 de Hubei) y con el correr de las semanas se extendió a otras partes de China. El 13 de enero se reportó el primer caso en Tailandia, el 19 de enero en Corea del Sur, y luego en numerosos países de mundo, debido a lo cual la Organización Mundial de la Salud (OMS), declara desde marzo 2020 como una nueva pandemia mundial. En China todavía no se conoce el origen del virus, aunque se atribuye al pangolín, mamífero usado como alimento. El virus SARS-CoV-2 es muy contagioso y se transmite rápidamente de persona a persona a través de la tos o secreciones respiratorias, y por contactos cercanos; las gotas respiratorias de más de cinco micras, son capaces de transmitirse a una distancia de hasta dos metros, y las manos o los fómites contaminados con estas secreciones seguido del contacto con la mucosa de la boca, nariz u ojos. Debido a que no hubo un aislamiento social a tiempo en China y luego en Italia y España, la enfermedad

Se esparció rápidamente a muchos países porque es muy contagiosa. Este nuevo virus tiene predilección por el árbol respiratorio, una vez que penetra genera una respuesta inmune anormal de tipo inflamatorio con incremento de citoquinas, lo que agrava al paciente y causa daño multiorgánico.

Estos virus envueltos de tipo ARN se distinguen en 4 géneros: alfa, beta, delta y gamma; siendo los dos primeros quienes infectan a los humanos, provocando enfermedades que van desde un resfrío leve hasta infecciones severas como el MERS, y el SARS causantes de miles de muertes. De los siete coronavirus que afectan a humanos, cuatro son endémicos en todo el mundo y generan síntomas de resfrío, los responsables del resfrío común, también se les asocian a problemas respiratorios. En algunos casos pueden producir infección en vías respiratorias inferiores, incluso neumonía en pacientes vulnerables, adultos mayores o personas inmunocomprometidas. (M, Vargas, (2020).

Factores de riesgos

El contagio se establece de persona a persona con un enfermo, en residencias de ancianos, situaciones donde no haya distanciamiento social como en aglomeraciones de personas, habiendo casos posteriores a eventos sociales. Viajes procedentes de zonas de infección activa con contacto de personas infectadas. (R, Gómez, 2020).

Los aspectos a destacar serian:

Etnicidad: En el Reino Unido se han descrito los casos en 62% raza negra vs 15,5% raza blanca. En Nueva York, EUA, un estudio de dos hospitales reportó en pacientes

hospitalizados 22,8% hispanos, 19,8% afro-americanos, 10,2% blancos y 3% asiáticos

Edad: En el Reino Unido las edades entre 40 a 63 años tenían mayor riesgo de infección seguido de los mayores de 75 años y luego personas con edades entre 65 a 74 años. En EUA pacientes ≥ 65 años correspondían a 31% de los casos, con 45% de los hospitalizados y 53% de las admisiones a UCI y 80% de las muertes, con una mayor incidencia de casos severos en edades ≥ 85 años

Sexo: es más frecuentes en hombres, en el Reino Unido los tests positivos fueron más frecuentes en hombres, 52,93% vs las mujeres 47,07%. El hombre tiene más riesgo de enfermedad severa, uso de ventilación mecánica y mortalidad

Comorbilidades: La presencia de comorbilidades aumenta el riesgo de severidad y mortalidad; las más frecuentes son hipertensión arterial (HTA), enfermedad cardiovascular (ECV), obesidad, diabetes mellitus (DM), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), cáncer, enfermedad renal crónica (ERC) y enfermedad cerebrovascular

Diabetes (30%) y EPOC (18%). Las hospitalizaciones fueron 6 veces más y las muertes 12 veces más en pacientes con comorbilidades. Se estima que el 56% de los adultos con comorbilidades tienen riesgo de requerir hospitalización. La prevalencia de las comorbilidades en pacientes hospitalizados por COVID-19 fue evaluada en el trabajo y con un total de 76.993 pacientes de 10 trabajos donde encontró: HTA en 16,37% (IC95%: 10,15-23,65%), ECV en 12,11% (IC95%: 4,40-22,75%), fumador en 12,11% (IC95%: 4,40-22,75%), EPOC en 7,63% (IC95%:

3,83-12,43%), enfermedad renal crónica en 0,83% (IC95%: 0,37-1,43%) y DM en 7,87% (IC95%: 6,57-9,28%). El estudio de Yang y col con 1527 pacientes mostró una mayor prevalencia de complicaciones metabólicas y cardiovasculares como HTA (17,1%, IC95%: 9,9-24,4%), enfermedad cerebrovascular (16,4%; IC95%: 6,6-26,1%) y diabetes mellitus (9,7%; IC95%: 6,9-1,5%).

La hipertensión arterial es un factor de riesgo independiente para infección severa y ha sido asociado a mortalidad, SARS, necesidad de asistencia ventilatoria e ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), teniendo un RR de 2,27 para enfermedad severa y 3,48 para mortalidad.

La obesidad es considerada un problema de salud pública y es un factor de riesgo importante para severidad y mortalidad por COVID-19. El estudio de Lusignan y col (Tenorio. M 2020) en el Reino Unido encontró un mayor riesgo ajustado de tener un test positivo para COVID-19 en población obesa, de 20,9% vs 13,2% en no obesa. La obesidad confiere un riesgo independiente para severidad de la enfermedad y muerte.

6.6.2. Diagnóstico y tratamiento

La presencia de una clínica compatible y la exposición conocida en los últimos 14 días al virus SARS-CoV-2 facilitan la sospecha de la COVID-19. Aunque existen algunos síntomas de presentación más comunes, los pacientes pueden manifestar una amplia variedad. El diagnóstico de COVID-19 es clínico y se apoya en resultados de laboratorio y hallazgos radiográficos. Aunque el diagnóstico diferencial se establece principalmente en pacientes con síntomas respiratorios,

también se pueden considerar otros procesos. Mediante los síntomas y signos no siempre es fácil diferenciar la infección por el virus SARS-CoV-2 de otras enfermedades, como la gripe o infecciones respiratorias víricas y bacterianas. Sin embargo, existen algunas características que nos pueden ayudar en este proceso. Una adecuada historia clínica que incluya los antecedentes epidemiológicos es un elemento fundamental. La presencia de una clínica compatible y la exposición conocida en los últimos 14 días al virus SARS-CoV-2 facilitan la sospecha de la COVID-19. Aunque existen algunos síntomas de presentación más comunes, los pacientes pueden manifestar una amplia variedad. (L, Carbajo, 2020)

El objetivo de las pruebas diagnósticas durante la epidemia puede ser diagnóstico, de cribado o de vigilancia respecto de la infección por SARS-CoV-2. Cuando tienen finalidad diagnóstica se realizan en pacientes sintomáticos y en asintomáticos de los contactos estrechos de los casos. Las pruebas de cribado están destinadas a identificar a las personas infectadas que pueden ser contagiosas, pero que no tienen síntomas o son presintomáticos: por ejemplo, en el ámbito sociosanitario y sanitario. Cuando se utilizan como parte de un programa de vigilancia se hace generalmente para monitorizar el nivel de infección, para el estudio de un brote o con carácter retrospectivo, para conocer la incidencia y prevalencia de la infección pasada.

Tipos de pruebas diagnósticas útiles en el diagnóstico de COVID-19:

En la fase actual de la epidemia (diciembre de 2020), a diferencia de lo sucedido durante la primera ola, el médico de familia (MF) dispone de tres tipos de pruebas para el diagnóstico del paciente con sospecha de infección por COVID-19.

- Identificación de genoma viral (pruebas moleculares): técnicas de PCR. Se considera la prueba de referencia. Puede ser detectable antes del comienzo de los síntomas hasta mucho tiempo después de que un individuo deje de ser contagioso.
- Detección de antígenos virales, TAR. Detectan presencia de virus y pueden ser positivos en el momento de mayor contagiosidad del individuo.
- Detección de anticuerpos (serología IgM, IgG, IgA). Detectan la respuesta inmunológica del organismo y no son útiles en las fases iniciales de la infección.

La toma de decisiones que determina el resultado de las pruebas exige que los profesionales de AP conozcan:

- En qué momento realizarlas y las condiciones técnicas para su uso (toma de muestras).
- La capacidad de la prueba para diferenciar entre enfermos y sanos (sensibilidad y especificidad). Estos estimadores deben provenir de estudios de calidad realizados en poblaciones similares a las que se van a aplicar. En el caso de la PCR, la referencia más fiable en los estudios publicados para el cálculo de la sensibilidad y especificidad es el seguimiento clínico, la repetición de la prueba, o ambos. En el caso del test antigénico y la serología, la técnica de referencia es la PCR.
- Su rendimiento diagnóstico (valor predictivo negativo y valor predictivo positivo) en función de la prevalencia esperada en cada población

Positividad de la RT-PCR durante la infección y la postinfección por SARS-CoV-2 En pacientes adultos con formas leves la PCR puede resultar positiva alrededor de 10-12 días, después del inicio de los síntomas en el tracto respiratorio superior, alrededor de 24 días en el tracto respiratorio inferior y de 15 días en las heces.

En las formas moderadas o graves, la duración media en el tracto respiratorio superior es de 16 días, 23 días en el tracto respiratorio inferior y 21 días en las heces. Con independencia de la gravedad de la enfermedad, la probabilidad de detectar ARN viral en el tracto respiratorio superior decrece a partir de la segunda semana tras la aparición de los síntomas. Puede observarse un fenómeno de positividad de la prueba de PCR tras su Negativización, tanto en pacientes leves como graves, que no se ha relacionado con un empeoramiento clínico, ni con el contagio de otras personas en contacto. Este fenómeno puede depender de la sensibilidad de la prueba de PCR, especialmente cuando la carga viral es baja (detecciones por encima del ciclo 30) y cuando la eliminación del ARN viral se encuentra en el umbral de detección de la prueba.

Utilidad de las pruebas serológicas

1. Permiten la identificación de pacientes que han estado infectados por el virus, aun cuando sean asintomáticos y no tengan infección activa.
2. Complementan la eficacia diagnóstica de la PCR, al permitir realizar una aproximación temporal del momento en el que se encuentra un individuo (IgM aparece antes que IgG.).

3. Permiten la realización de estudios de seroprevalencia y conocer el estado inmunitario en grupos concretos de población en los que se precise.

4. No se recomienda la realización de cribados mediante la realización de estas pruebas, por las dificultades de interpretación de los resultados en personas asintomáticas y de bajo riesgo y las implicaciones en su manejo.

Test basados en muestras en saliva

La utilización de la saliva en lugar de la muestra nasal o faríngea puede simplificar el proceso diagnóstico de la infección por COVID-19 ya que evita la interacción con el personal sanitario. La muestra puede ser recogida por el propio paciente bajo determinadas condiciones. Las evaluaciones realizadas hasta ahora han comparado la validez de la muestra de saliva frente a la toma nasofaríngea para la determinación de PCR realizada en el laboratorio. En una reciente revisión sistemática 25 se obtiene una especificidad del 97,7 % (IC al 95 %; 93,8-99,2) y una sensibilidad del 83,4 % (IC del 95 %; 73,1–90,4), pero los estudios incluidos en la revisión presentan heterogeneidad en sus resultados, están realizados con muestras pequeñas y presentan deficiencias metodológicas. En base a la evidencia disponible en este momento, no pueden realizarse recomendaciones firmes sobre su uso. Los escasos estudios publicados sobre el uso de la muestra en saliva con técnicas POC también presentan problemas metodológicos por lo que, hasta no disponer de evidencia de mayor calidad, no se puede recomendar su uso. (R, Rigoberto, 2021).

Tratamiento

En pacientes sospecha de infección por SARS-CoV-2, hay que hacer tratamiento sintomático, asociado a la intensificación de las medidas de higiene e hidratación. El tratamiento sintomático incluye antipiréticos y analgésicos para la fiebre, mialgias y los dolores de cabeza. Es de uso preferente el paracetamol, ya que presenta un perfil de seguridad mejor que los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en cuanto a riesgo cardiovascular, hemorrágico y renal, especialmente en personas de edad avanzada o multimorbilidad.

En cuanto al uso de ibuprofeno y otros AINE y su relación con el empeoramiento de la afectación por coronavirus, existen informes anecdóticos de unos pocos pacientes jóvenes que recibieron AINE al Principio del curso de la infección y experimentaron una enfermedad grave que causó preocupación por los posibles efectos negativos de los AINE.

Los datos clínicos o poblacionales sobre el riesgo de los AINE son limitados. Las agencias reguladoras de medicamentos (p. ej., la European Medicines Agency (EMA) y la AEMPS), así como otros organismos como la OMS o los United States National Institutes of Health (NIH), no recomiendan que se eviten los AINE cuando estén clínicamente indicados si se emplean de acuerdo con las recomendaciones de la ficha técnica, a las dosis recomendadas y durante periodos breves. No hay que suspender los AINE en pacientes que los toman de forma crónica por otras afecciones, a menos que existan otras razones para detenerlos (p. ej. lesión renal, hemorragia gastrointestinal).

La tos persistente, que interfiere en el sueño o causa malestar, puede tratarse con un antitusígeno de venta libre en farmacias tipo dextrometorfano

Remdesivir

Es un antiviral análogo de nucleótido que retrasa la replicación del ARN viral. Fue desarrollado para tratar las infecciones por el virus del Ébola y de Marburg y ha mostrado actividad frente a otros virus con ARN monocatenario, como los coronavirus.

Mecanismo de acción

Al ser un análogo de nucleótido de ARN interfiere con la polimerización del ARN del virus (inhibe la polimerasa del ARN viral). Se desarrolló inicialmente como tratamiento para la enfermedad del virus del Ébola. Remdesivir es un profármaco de nucleótidos de adenosina que se distribuye en las células donde se metaboliza para formar el metabolito nucleósido trifosfato farmacológicamente activo. Remdesivir trifosfato actúa como un análogo del trifosfato de adenosina (ATP) y compite con el sustrato ATP natural para la incorporación en las cadenas de ARN nacientes por la ARN polimerasa dependiente de ARN del SARS-CoV-2, lo que resulta en la terminación de la cadena retardada durante la replicación del ARN viral. Remdesivir trifosfato es un inhibidor débil de las polimerasas de ADN y ARN de mamíferos con bajo potencial de toxicidad mitocondrial.

Corticoides

En la COVID-19 se ha descrito un incremento de los marcadores de inflamación, que se han relacionado con un peor pronóstico y algunos pacientes evolucionan con un síndrome de dificultad respiratoria aguda.

Junto con los hallazgos radiológicos, histológicos y exudados inflamatorios compatibles con enfermedad inflamatoria pulmonar se propuso que los corticoides podrían tener un beneficio en la infección por SARS-CoV-2.

Lopinavir-ritonavir

Es un inhibidor de la proteasa para tratar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Se postuló que podía tener actividad sobre las proteasas de los coronavirus y capacidad para inhibir la replicación viral. Inicialmente, la indicación del tratamiento para el SARS-CoV-2 se basó en la extrapolación de datos in vitro y su plausibilidad mecánica. Aunque tiene actividad in vitro contra el SARS-CoV-2, lopinavir-ritonavir se une en gran medida a proteínas y no parece alcanzar niveles plasmáticos cercanos a la concentración efectiva media o 50 (CE50).

Hidroxicloroquina y cloroquina

Son fármacos autorizados para la profilaxis y tratamiento del paludismo, el lupus eritematoso y la artritis reumatoide.

Se propuso que interferían en la fusión del virus SARS-CoV-2 con la membrana celular, en la glucosilación de receptores y en el aumento del pH vesicular.

Interferón

Los interferones modulan las respuestas inmunitarias y pueden tener efectos antivirales.

El interferón (INF), específicamente, inhibe la replicación del SARS-CoV2 in vitro. Algunos ensayos han sugerido un beneficio clínico del INF para los

pacientes con COVID-19, aunque las limitaciones metodológicas reducen la confianza en los hallazgos.

Favipiravir

Es un inhibidor de la ARN polimerasa que está disponible en algunos países asiáticos para el tratamiento de la gripe. Está disponible en la India para el tratamiento leve y en otros sitios se está evaluando en ensayos clínicos para el tratamiento de la COVID-19.

Ivermectina

Se ha propuesto como una terapia potencial basada en la actividad *in vitro* contra el SARS-CoV-2, pero los niveles de fármaco utilizados *in vitro* superan con creces los alcanzados *in vivo* con dosis seguras de fármacos.

Estatinas

En pacientes hospitalizados con COVID-19 que ya están tomando estatinas deben de continuar con ellas. Una alta proporción de pacientes con grave tiene enfermedad cardiovascular subyacente, y otras indicaciones para el uso de estatinas.

HIPERTENSIÓN

Concepto

En la lectura de la presión arterial se utilizan ambos números, la presión sistólica y la diastólica. En general, la sistólica se menciona primero o encima de la diastólica

Según los valores de la lectura puede clasificarse como sigue:

Tabla 2A Equivalencia de Hipertensión Arterial utilizando diferentes medios y sitios.

TIPO DE REGISTRO	PRESIÓN SISTÓLICA (mmHg)		PRESIÓN DIASTÓLICA (mmHg)
En consultorio	≥140	y/o	≥90
MAPA			
Diurno (paciente despierto)	≥135	y/o	≥85
Nocturno (paciente dormido)	≥120	y/o	≥70
24 h	≥130	y/o	≥80
Domiciliario	≥135	y/o	≥85
2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension			

Las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año en todo el orbe, casi un tercio del total. Entre ellas, las complicaciones de la hipertensión arterial causan anualmente 9,4 millones de defunciones.

Diagnóstico y tratamiento

Una prueba de presión arterial sirve para el diagnóstico de presión arterial elevada. Esto a menudo implica colocar un brazalete inflable alrededor del brazo y un tensiómetro. La lectura de la presión arterial, que se determina en milímetros de mercurio (mm Hg), tiene dos números. El primero, o mayor, mide la presión en las

arterias cuando el corazón late (presión sistólica). El segundo, o inferior, mide la presión en las arterias entre los latidos (presión diastólica).

- **Presión arterial elevada.** La presión arterial elevada es una presión sistólica de 120 a 129 mm Hg y una presión diastólica por debajo (no por encima) de 80 mm Hg. La presión arterial elevada tiende a empeorar con el tiempo, a menos que se tomen medidas para controlarla.
- **Hipertensión de etapa 1.** La hipertensión de etapa 1 es una presión sistólica que oscila entre 130 y 139 mm Hg o una presión diastólica que oscila entre 80 y 89 mm Hg.
- **Hipertensión de etapa 2.** La hipertensión de etapa 2 es una presión sistólica de 140 mm Hg o mayor, o una presión diastólica de 90 mm Hg o mayor.

Como la presión arterial suele variar, un diagnóstico de hipertensión arterial se basa en el promedio de dos o más mediciones de presión arterial tomadas en diferentes ocasiones de manera uniforme. La primera vez, la presión arterial en general debe medirse en ambos brazos para determinar si hay alguna diferencia. Después de ello, se debe usar el brazo que arrojó la lectura más alta.

Tratamiento

El objetivo del tratamiento es disminuir la morbilidad y la mortalidad cardiovascular. Esto se logra mediante la normalización de la presión arterial y el control de otros factores de riesgo cardiovasculares, sin provocar otras enfermedades físicas, psíquicas o sociales. Si el paciente presentara factores de riesgo como

Hipercolesterolemia, tabaquismo, obesidad, diabetes mellitus y sedentarismo, entonces es necesario corregirlos si se quiere disminuir significativamente el riesgo cardiovascular. La premisa fundamental para tratar a los pacientes con hipertensión arterial debe ser individualizar el tratamiento. En algunos casos la normalización de la presión arterial se obtiene solo con modificar el estilo de vida; en otros, es necesario indicar la terapia medicamentosa, pero en ambas situaciones es primordial la educación del paciente. El impedimento más importante para alcanzar el objetivo propuesto es el incumplimiento del plan terapéutico indicado por el facultativo. . Lázaro J. (2016).

Tratamiento no farmacológico: modificaciones en el estilo de vida

Todos los pacientes deben ser debidamente estimulados y convencidos de la importancia del tratamiento no farmacológico, por cuanto es la principal medida a emprender y muchas veces resulta ser la terapia apropiada; igualmente, el personal sanitario encargado debe tener conocimientos sobre tal proceder. Se considera que todos los hipertensos necesitan modificar su estilo de vida y entre las principales medidas a cumplir se encuentran las siguientes: controlar el peso corporal, reducir la sal en los alimentos, realizar ejercicios físicos, aumentar el consumo de frutas y vegetales, eliminar el hábito de fumar y limitar la ingestión de bebidas alcohólicas. Se debe comenzar con todos los pacientes con hipertensión de grado I y mantenerla durante 3 meses como única medida terapéutica, si no existen algunas de las condiciones consideradas como riesgo cardiovascular. Tratamiento farmacológico Este se indicará desde un principio junto al tratamiento no farmacológico en todos Los pacientes clasificados como de grado II, así como en aquellos de grado I con

riesgo cardiovascular. El uso de fármacos antihipertensivos siempre debe ir acompañado de las medidas que contribuyen a cambiar el estilo de vida del paciente. Como principales requisitos para iniciar y mantener el tratamiento farmacológico figuran: edad del paciente, necesidades individuales y dosis, respuesta al tratamiento, enfermedades o factores comórbidos que puedan influir en este último (alcoholismo y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre otros), así como formulaciones terapéuticas de fácil administración y óptima eficacia para garantizar una mejor adherencia al tratamiento.

Las más adecuadas son aquellas que reducen las cifras de presión arterial durante las 24 horas. Lo ideal es mantener más de 50 % de sus niveles de máximo efecto durante el día. Para lograr esto, en caso de que se combinen 2 o más fármacos, se recomienda fraccionar las dosis y distribuirlos en las distintas horas del día, por ejemplo: si se combina un diurético con una beta bloqueadora se debe administrar el diurético en la mañana y el otro medicamento en la tarde o la noche.

Principales fármacos empleados en pacientes con hipertensión arterial

Los medicamentos hipotensores más usados universalmente por haber resistido las pruebas terapéuticas, según estudios multicéntricos efectuados, y considerados de primera línea son los diuréticos, los betabloqueadores, los bloqueadores de los canales del calcio, los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina y más recientemente, los antagonistas de los receptores de la angiotensina II.

VII. RESUMEN DEL CASO CLINICO

Paciente de 49 años que acude al centro de salud Villa Benito Juárez, Macuspana Tabasco ingresa de Urgencias por tos, disnea y fiebre. Refiere que en los últimos días se ha encontrado más cansada de lo habitual, debido a las diarreas y vómitos que había presentado. No se conocen alergias medicamentosas hasta el momento. A su llegada a urgencias, el paciente se encuentra consciente y orientado, presenta:

- Temperatura: 38°C.
- Tensión arterial: 180/100mmHg.
- Frecuencia cardiaca: 100x1 min.
- Saturación de oxígeno: 85%.

En primer lugar, se le coloca en una habitación de aislamiento por sospecha de COVID-19. Se colocan gafas nasales a 2 litros por minuto, consiguiendo remontar las cifras de saturación al 90%. Por lo que se decide cambiar de método de oxigenoterapia a mascarilla con reservorio manteniendo saturaciones de 96%.

En urgencias se le realiza una radiografía de tórax, analítica sanguínea completa, gasometría y se recoge una muestra nasofaríngea para detectar el SARS- CoV-2. La analítica y la gasometría salen alteradas. La prueba nasofaríngea da resultado positivo para SARS-CoV-2. Se administra tratamiento intravenoso para el control de síntomas.

La salud de la paciente se estabilizó y presentó frecuencia respiratoria normal, la saturación de oxígeno se encuentra en los parámetros normales, la paciente ya no depende de toma de oxígeno por lo que le dan de alta del centro de salud bajo tratamiento prescrito, los cuidados e intervenciones se realizaron en su domicilio, los planes de cuidados individualizado se realizaron en tiempo y forma realizando las actividades adecuadas según las necesidades y respuestas de la paciente.

Posterior al alta hospitalaria, se hizo su seguimiento domiciliario, para lo que se realizó la valoración de enfermería según las necesidades de Virginia Henderson, y se formularon los diagnósticos según la Taxonomía NANDA internacional, Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) y Clasificación de las Intervenciones, llevando a cabo un Plan de Cuidados el cual presento en este trabajo.

VIII. DESARROLLO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

Ficha de identificación

Ficha de identificación.

Nombre C.V.J. Edad 49 años sexo Femenino Ocupación labores del hogar.

Escolaridad primaria Edo. Civil casada Lugar de procedencia villa Benito Juárez Macuspana Tabasco. Religión: católica

Talla 1.55 cm Peso 85 kg. Nombre del alumno: José de Jesús Martínez Rodríguez.

Valoración de las 14 necesidades

1.- OXIGENACIÓN.

Subjetivo

La paciente refiere que la habitación con la que pasa mayor parte del tiempo no se encuentra bien ventilada, no cuenta con aire acondicionado, solo tiene un ventilador mediano con la que utiliza la mayor parte del tiempo, menciona que no consume tabaco, y ningún otro tipo de sustancias tóxicas, más sin embargo comenta que su hijo es consumidor del tabaco.

Manifestó que últimamente se ha sentido con disnea e intolerancia a la actividad, se observa con tos, fiebre de 38°C, dolor articulares y se registró los siguientes signos vitales:

FR: 23 FC: 95 T/A: 180/100 mmHg.

Se encuentra paciente femenina orientada, consiente en tiempo y espacio, se observa palidez de tegumentos, zona peri bucal sin queilosis, de ambos labios. Con presencia de varices en los miembros inferiores.

2.- NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

La paciente menciona que en las últimas semanas sufrió una disminución del apetito debido a la diarrea y el vómito que presento en los últimos días. Actualmente refiere intolerancia a los alimentos y a la ingesta de líquido, debido a la disnea que sufre. Refiere que comía a horas regulares, comía 3 veces al día, desayunaba, almorzaba y cenaba. Refiere que la cantidad de líquido que tomaba al día era de 1 litro. Consumía café por las mañanas, refrescos embotellados. Menciona que la leche lo consume diario, las carnes cada 3 tercer día, pescado cada 8 días, huevo cada 3 tercer día, las frutas son diarias que las consume, el pan la consume diario, al igual que las tortillas, y las chatarras las consume frecuentemente. Se observa piel seca deshidratada, palidez de tegumentos, con membrana mucosas deshidratada, se observa prótesis dentales completos.

3.- ELIMINACIÓN

Durante la última semana ha presentado diarrea, refiere no haber ingerido ningún tipo de medicamento para controlar la diarrea. Manifiesta, que micciona 4 veces al día, y 3 veces por las noches, el color de la micción es amarillo claro. La fecha de La última menstruación fue el día 25-05-22 y la frecuencia de la menstruación fue abundante, con dolor, con una duración de 6 días.

4.-TERMOREGULACION.

La casa en donde habita es de ambiente calorosa y refiere tener tres ventanas menciona no tener ningún problema para controlar la temperatura de su hogar, refiere no ser sensible alas cambios de temperatura, la temperatura ambiental que le agrada es templado.

Paciente femenino presenta temperatura corporal 38°c, se observa palidez de tegumentos.

5.- MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

La paciente menciona no realizar ninguna actividad física, en su tiempo libre menciona caminar para asistir a la iglesia, manifiesta que actualmente siente intolerancia a cualquier actividad por la disnea que padece. Requiere ayuda para la deambulaci3n manifiesta dolor articulares presenta varices en los miembros inferiores, paciente presenta tensi3n arterial de 180/100.

6.-DESCANSO Y SUEÑO.

La paciente refiere que sus horas de sueño ya no son las mismas por la fatiga de la respiraci3n, de la temperatura y la disnea que solo descansa de 2 a 3 horas por la noche.

7.-USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADA.

Refiere que tiene algunas dificultades de vestirse por la disnea. De igual manera comenta que su estado de ánimo no tiene nada que ver con su forma de vestir

8.-NECESIDADES DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

La paciente refiere que su aseo personal es de todos los días, los aseos personales los aplica tres veces al día una en la mañana una por la tarde y la última antes de dormir, el aseo dental lo realiza una vez en cada comida, comenta que su última visita al odontólogo se lo realizó hace 1 año.

De igual manera comenta que en cualquier caso de accidente o herida siempre acude al Centro de Salud Villa Benito Juárez, por qué no cuenta con ningún tipo de medicamentos. Se observa que la paciente está totalmente consiente contestando a todas las preguntas sin ningún problema. Refiere familiares que no cuentan con los conocimientos adecuados acerca de la enfermedad y de los autocuidados que se deben brindar a la paciente.

9.-NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS (SEGURIDAD)

La paciente comenta que hasta el momento ningún medicamento le ha provocado ningún tipo de reacción, de igual manera informa que está tomando medicamento para combatir la enfermedad del covid-19 y que no sabe sobre las reacciones que le puedan causar dichos medicamentos y disminuir los agentes patógenos del hogar, ya que se encuentra en un área aislada, en su habitación por la enfermedad actual, menciona que su hija es la que se encarga de su cuidado durante el proceso

de su enfermedad. Refiere que con la actitud que toma ante la situación de tensión de su vida procura no estresarse, pero le es un poco difícil.

No presenta ninguna Deformidad congénita, refiere que las condiciones en el hogar han sido estables hasta la actualidad.

10.-NECESIDADES DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD.

Miembros que componen su familia de pertenencia.

Nombre.	Edad.	Parentesco.	Escolaridad.	Ocupación.
M.F.V	31	HIJA	PREPA	LABORES DEL HOGAR
V.R.C	57	ESPOSO	PRIMARIA	CAMPESINO
V.M.F.B	6	NIETO	PRECOLAR	ESTUDIANTE

La paciente refiere que su estado civil tiene 35 años de estar casada y vive con su esposo, hija y nieto. Manifiesta preocupación por su estado de salud actual, ella declara que su relación no es estable, refiere que tiene 3 años de habitar en su residencia actual y tener una buena relación con cada uno de los vecinos tener buenas amistades y amigos en que confía y que la apoyan cuando lo necesita menciona no pasar tiempo sola por que su única hija está siempre con ella en todo momento

11.- NECESIDADES DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS

La paciente refiere que su creencia religiosa es católica y que sus principales valores familiares es el respeto, los cuidados y valores, y sus principales valores de

ella es la educación, honestidad, el perdón, humildad, gratitud y el respeto hacia las demás personas. Refiere que de igual manera se permite el contacto físico con sus familiares y amistades.

12.-NECESIDADES DE TRABAJAR Y REALIZARSE

La paciente refiere no laborar en algún trabajo que ella se dedica a las labores del hogar que se siente satisfecha con lo que realiza y que el sustento del hogar es por parte de su esposo y su yerno, en el estado de salud emocional menciona tener miedo, se observa ansiosa por su estado de salud actual por que se le detectó la enfermedad del covid-19 en el centro de salud Villa Benito Juárez Macuspana Tabasco.

13.- NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

La paciente comenta que tiene actividades recreativas que realiza en su tiempo libre tales como dormir y ver televisión, de igual manera hace referencia que el estrés no influye en la satisfacción de su necesidad por los problemas que le causan. Comenta que existen recursos recreativos en su comunidad, y que su pasatiempo favorito es salir a caminar, se observa su estado de ánimo muy participativo.

14.-NECESIDADES DE APRENDIZAJE.

El nivel de estudio del paciente es la primaria, refiere que es una persona inexperta conforme a su enfermedad detectada y está dispuesta a someterse a cualquier tratamiento para curar su enfermedad y para salir adelante por su familia.

Los miembros de la familia refieren que no cuentan con conocimientos acerca de la promoción a la salud.

8.1 VALORACIÓN CLÍNICA DEL SUJETO DE CUIDADO

Aspecto general

Paciente, con palidez de tegumento, deshidratada, con resequedad, se encuentra paciente en decúbito supino, se observa piel deshidratada, dificultad respiratoria, presenta fatiga al hablar, se haya inquieta, irritable ansiosa y angustiada por el estado de salud que padece actualmente. Se observa respuesta motora a estímulo del dolor.

Signos vitales:

Temperatura: 38°C

FC: 95 LXM

FR: 23 LXM

T/A: 180/100 MMHG

SP02: 85%

Somatometría:

Peso: 85 kg Talla: 1.55 cm Perímetro cefálico: 54 cm Perímetro torácico: 86 cm

Perímetro abdominal: 73 cm IMC: 27.41

Piel:

Se observó piel de test clara, deshidratada, con una buena coloración, presenta piel acorde a su edad, piel con temperatura febril en todo el cuerpo.

CABEZA:

Se observa cabeza de forma simétrica, con fisuras palpebrales de igual tamaño, liso con consistencia uniforme, sin presencia de cicatrices, no presenta deformaciones, no presento dolor al palparlo. Se observa cuero cabelludo color negro con distribución uniforme, con una textura delgada, sedosa y elástica, sin infecciones ni infestaciones, se observó con una buena higiene.

CARA:

Se observa cara de forma semi - ovalada, se observa movimientos normales, con aspecto de test morena clara, con piel hidratada, con una consistencia áspera con presencia de petequias, no presento dolor a la valoración.

OJOS:

Los ojos se encuentran alineados, sus movimientos son coordinados, sus pupilas son reactivas a la luz, tiene reflejo pupilar isocoria normo reflexica, ausencia de secreciones, se observa ojeras, no tiene problemas en la visibilidad.

OÍDOS:

La posición e implantación es a la altura de la línea media de los ojos, el pabellón se encuentra sin deformidad y el conducto auditivo se encuentra sin secreciones, tiene buena audición y buena limpieza.

NARIZ:

Es de tamaño mediano, está implantada en la línea media de la cara, sin deformidad, las fosas nasales están permeables y con buena hidratación, no presenta lesiones, se observa con dificultad respiratoria.

CAVIDAD BUCAL Y ORO FARÍNGEA:

Se observa labios pálidos, resecos con grietas, con un contorno simétrico, en la parte interna de los labios se observó color rosa uniforme con una pigmentación parda pecosa, se observó mucosa bucal semihúmeda lisa, blanda, se observó dentadura completa algunas con presencia de caries, se observa encías rosas, húmedas con una textura firme, con movimientos libres sin dolor al palparlo, no presento inflamación en la faringe, sin presencia de nódulos palpables.

CUELLO:

Es de forma cilíndrica se encuentra alineado, es corto, no existe deformidad alguna en la tráquea, existen latidos fuertes en los vasos sanguíneos. Ganglios linfáticos no palpables, los músculos del cuello son de igual medida, movimientos coordinados y Glándulas tiroides no visibles en la inspección.

TRÁQUEA:

Se localiza en la línea media del cuello, espacios iguales en ambos lados sin desviaciones.

TÓRAX:

Se observó tórax de forma simétrica, patrón respiratorio irregular con disnea de reposo, presenta retracción xifoidea y ruidos cardiacos rítmicos.

Mamas: las mamas se encuentran alineadas, tamaño normal sin grietas.

DORSO:

No presenta deformidades, ausencia de dolor a la palpación, sin abrasión, su columna no presenta escoliosis, su curva en forma de "S" lo que indica que está en su estado normal.

ABDOMEN:

Sin dolor a la palpación, no presenta deformidad, Se observan abdomen simétrico de color uniforme con perímetro abdominal de 73 cm.

EXTREMIDADES:

Extremidades superiores

Se encuentra extremidades de forma Simétricas, sin dificultad para movimientos, pulso palpable, con ausencia de lesiones

Extremidades inferiores

Presenta dificultad para moverlas, sin presencia de debilidad, sin dolor a la palpación se encuentra buen tono muscular, se observa varices

GENITALES:

No explorada.

ESTADO NEUROLÓGICO:

Se encuentra paciente femenino C.V.J. de 49 años se encuentra orientada en tiempo y espacio, tiene buena respuesta verbal y es coherente en la conversación.

Con Glasgow de 15.

8.2 Diagnóstico de enfermería. Del caso clínico COVID -19

Licenciatura en enfermería

Guía didáctica No. 1

Valoración análisis de datos recolectados

Patrón funcional de salud	Signos y síntomas encontrados en el paciente	Etiqueta diagnóstica
Oxigenación	Saturación de oxígeno 85% Refiere dificultad respiratoria, intolerancia a la actividad por la disnea que padece. Dolor torácico. Cefalea T/A: 180/100	Etiqueta: Patrón respiratorio ineficaz Definición: Inspiración y / o espiración que no proporciona una ventilación adecuada. Etiqueta: Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz Definición: susceptible a una disminución de la circulación sanguínea hacia la periferia, que puede comprometer la salud

Nutrición e hidratación	Vómitos Diarrea	Etiqueta: Riesgo de desequilibrio electrolítico Definición: susceptible a cambios en los niveles séricos de electrolíticos, que pueden comprometer la salud
Termorregulación	Temperatura de 38°C Piel caliente	Etiqueta: Hipertermia Definición: temperatura corporal central por encima del rango diurno normal debido a fallas en la temperatura.
Moverse y mantener una buena postura	Intolerancia a la actividad Fatiga	Etiqueta: Disminución de la intolerancia a la actividad Definición: resistencia insuficiente para completar las actividades diarias requeridas o deseadas
Descanso y sueño	Manifiesta no tener un sueño reparador por la disnea que sufre descansa de 2 a 3 horas por la noche. Se observa ojeras	Etiqueta: Insomnio Definición: incapacidad para iniciar o mantener el sueño, lo que afecta el funcionamiento

<p>Necesidad de trabajar y realizarse</p>	<p>Expresa ansiedad por el estado de salud, resultado positivo a covid-19</p> <p>Se observa temerosa, con miedo</p>	<p>Etiqueta: Ansiedad</p> <p>Definición: una respuesta emocional a una amenaza difusa en la que el individuo anticipa un peligro inminente inespecífico, una catástrofe o una desgracia.</p>
<p>Necesidad de evitar los peligros</p>	<p>Enfermedad covid-19</p> <p>Exposición a agentes patógenos</p>	<p>Etiqueta: Riesgo de infección</p> <p>Definición: susceptible a la invasión y multiplicación de organismos patógenos, que pueden comprometer la salud.</p>
<p>Necesidades higiene y protección de la piel.</p>	<p>Refiere que no cuenta con conocimiento adecuadas a la promoción de la salud.</p>	<p>Etiqueta: Salud deficiente de la comunidad.</p> <p>Definición: presencia de uno o más problemas de salud o factores que impiden el bienestar o incrementar el riesgo de problemas de salud que experimenta un grupo o población.</p>
<p>Necesidades de aprendizaje.</p>	<p>Refieren miembros de la familia que no cuentan con conocimientos acerca de la enfermedad.</p>	<p>Etiqueta: Riesgo de tensión en el rol del cuidador.</p> <p>Definición: susceptible a tener dificultades para cumplir con las responsabilidades de cuidado, expectativas y / o comportamientos para la familia o personas importantes, lo que comprometer a la salud.</p>

Licenciatura en enfermería

Guía didáctica N°2

Identificación de los componentes de Diagnóstico

Dominio	Etiqueta diagnóstica (P)	R/C	Factores relacionados o de riesgo (E)	M/P	Características definitorias (S)
Clase					
Dominio: 04 actividad/reposo	Patrón respiratorio ineficaz	R/C	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad - Fatiga - Síndrome de hipoventilación 	M/P	<ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la ventilación espiratoria - Hipoventilación - Respiración con los labios fruncidos
Clase: 04 respuesta cardiovascular					
Dominio: 04 actividad/descanso	Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz	R/C	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento inadecuado de la enfermedad - Estilo de vida sedentario - Hipertensión 	M/P	
Clase: 04 respuesta cardiovascular//pulmonar					
Dominio: 02 nutrición	Riesgo de desequilibrio electrolítico	R/C	<ul style="list-style-type: none"> - Diarrea - Vómitos - Régimen de tratamiento 		
Clase: 05 hidratación					

<p>Dominio: 11 seguridad/protección</p> <p>Clase: 06 termorregulación</p>	Hipertermia	R/C	<ul style="list-style-type: none"> - Deshidratación - Aumento de la tasa metabólica 	M/P	<ul style="list-style-type: none"> - Piel enrojecida - Estado de ánimo irritable - Piel cálida a tacto - Taquicardia
<p>Dominio: 04 actividad / descanso</p> <p>Clase: 02 actividad/ ejercicio</p>	Disminución de la intolerancia a la actividad	R/C	<ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la fuerza muscular - Desequilibrio entre oxígeno - Trastorno respiratorio - Dolor 	M/P	<ul style="list-style-type: none"> - Disnea de esfuerzo - Expresa fatiga - Debilidad generalizada
<p>Dominio: 04 actividad /descanso</p> <p>Clase: 01 sueño/descanso</p>	Insomnio	R/C	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad - Incomodidad - Higiene del sueño inadecuada 	M/P	<ul style="list-style-type: none"> - Expresa insatisfacción con el sueño - Estado de salud deteriorado - Ciclo de sueño-vigilia no reparador
<p>Dominio: afrontamiento/ tolerancia al estrés</p> <p>Clase: 02 respuesta de afrontamiento</p>	Ansiedad	R/C	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor - Factores estresantes 	M/P	<ul style="list-style-type: none"> - Expresa angustia - Patrón respiratorio alterado - Diarrea - Expresa debilidad muscular - Aumento de la presión arterial

					<ul style="list-style-type: none"> - Insomnio - Reporta ciclo de sueño- vigilia alterado
Dominio: 11 seguridad /protección	Riesgo de infección	R/C	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento inadecuado para evitar la exposición a patógenos. - Personas expuestas a brotes de enfermedades. - Personas expuestas a un aumento de patógenos ambientales. 	M/P	
Clase: 01 infección					
Dominio: 7	Riesgo de tensión en el rol cuidador		<ul style="list-style-type: none"> - Inexperiencia con el cuidado. - Inesperexica con el cuidado - No está preparado en términos de desarrollo para el rol de cuidador 		
Clase: 1					
Dominio: 1	Salud deficiente de la comunidad.		<ul style="list-style-type: none"> - Los problemas abordan de manera incompleta los problemas de salud. 		<ul style="list-style-type: none"> - Problemas de salud.
Clase: 2					

Licenciatura en enfermería

Guía didáctica N°3

Planificación

Redacción de diagnóstico de enfermería priorizados

Diagnósticos	Tipos de diagnósticos	Priorización de acuerdo a la teoría de necesidades de Abraham maslow
Patrón respiratorio ineficaz R/C Ansiedad, fatiga, síndrome de hipoventilación M/P disminución de la ventilación espiratoria, hipoventilación, respiración con los labios fruncidos.	Real	Fisiología
Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz R/C Conocimiento inadecuado de la enfermedad, estilo de vida sedentario, hipertensión.	Riesgo	Fisiología
Insomnio R/C ansiedad, incomodidad, higiene del sueño inadecuada M/P expresa insatisfacción con el sueño, estado de salud deteriorado, ciclo de sueño-vigilia no reparador.	Real	Fisiología

Riesgo de desequilibrio electrolítico R/C Diarrea, vómitos, régimen de tratamiento	Riesgo	Fisiología
Hipertermia R/C deshidratación, aumento de la tasa metabólica M/P piel enrojecida, estado de ánimo irritable, piel cálida a tacto, taquicardia.	Real	Fisiología
Disminución de la intolerancia a la actividad R/C Disminución de la fuerza muscular, desequilibrio entre oxígeno, trastorno respiratorio, dolor	Real	Fisiología
Ansiedad R/C dolor, factores estresantes M/P Expresa angustia, patrón respiratorio alterado, diarrea, expresa debilidad muscular, aumento de la presión arterial, insomnio, reporta ciclo de sueño- vigilia alterado	Real	Estima

Riesgo de infección R/C Procedimiento invasivo, conocimiento inadecuado para evitar la exposición a patógenos, personas expuestas a brotes de enfermedades, personas expuestas a un aumento de patógenos ambientales.	Riesgo	Seguridad
Riesgo de tensión en el rol del cuidador.	Riesgo	Fisiología
Salud de deficiente de la comunidad.	Real	Fisiología

8.3 Planificación de intervenciones

Licenciatura en enfermería

Guía didáctica N°4

8.3.1 planificación de cuidados estandarizados

• Resultados

Diagnósticos de enfermería: Patrón respiratorio ineficaz R/C Ansiedad, fatiga, síndrome de hipoventilación M/P disminución de la ventilación espiratoria, hipoventilación, respiración con los labios fruncidos.

Dominio	Resultado (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación diana
Dominio (2) salud fisiológica Clase: (E) Cardiovascular	Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia respiratoria - Ritmo respiratorio - Profundidad de la inspiración - Ruidos respiratorios patológicos - Disnea en reposo - Disnea de esfuerzo leve 	Grave (1) Sustancial (2) Moderado (3) Leve (4) Ninguno (5)	Mantener a: 15 Aumentar a: 17
			Calificación mínima: 7	
			Calificación máxima: 15	

8.4 Ejecución de intervenciones

Licenciatura en enfermería
Guía didáctica N°5
8.4.1 intervenciones de enfermería

Campo: 02 fisiológico: complejo	Intervenciones	Actividades	Bibliografía (Autor, año, nombre del libro, edición, pagina)
Clase: K Control respiratorio	Monitorización respiratoria	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilar la frecuencia respiratoria, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. - Monitorizar los patrones de respiración: bradipnea, taquipnea e hiperventilación. - Aplicar sensores de oxígenos (p.ej., dispositivos en el dedo. - Auscultar los sonidos pulmonares después de los tratamientos para apreciar los resultados. - Instaurar tratamientos de terapia respiratoria (nebulizador). 	<p>Los ritmos respiratorios anormales crean un patrón de respiración irregular la respiración difícil o incomoda se conoce como disnea. La persona con disnea aparece ansiosa y puede tener sensación de falta de aire, (SOB), una sensación de ser incapaz de obtener el aire suficiente, (dificultad para respirar).</p> <p>Con frecuencia, la medición no invasiva de la saturación de oxígeno (usando un dispositivo que se coloca en el dedo) es suficiente para valorar la oxigenación de la sangre arterial.</p> <p>Berman, A; Kosier, B.,& Erb, G (2013). Fundamentos de enfermería: conceptos, procesos y practicas (9ª.ed.) Pearson Educación (1363-1365)</p>
Elaboro: José de Jesús Martínez Rodríguez			

8.5 Evaluación

Licenciatura en enfermería

Guía didáctica N° 6

8.5.1 planificación de cuidados individualizados

Diagnósticos de enfermería: Patrón respiratorio ineficaz R/C Ansiedad, fatiga, síndrome de hipoventilación M/P disminución de la ventilación espiratoria, hipoventilación, respiración con los labios fruncidos.

Resultado esperado	Intervenciones de enfermería	Actividades de enfermería	Ejecución (informe de las intervenciones realizadas)	Evaluación
Brindar una ventilación adecuada	Monitorización respiratoria	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilar la frecuencia respiratoria, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. - Monitorizar los patrones de respiración: bradipnea, taquipnea e hiperventilación. - Aplicar sensores de oxígenos (p.ej., dispositivos en el dedo). - Auscultar los sonidos pulmonares después de los tratamientos para apreciar los resultados. 	<ul style="list-style-type: none"> -Monitorizar los signos vitales del paciente y auscultación de ambos campos pulmonares y oximetría. -Fomentar las posiciones del paciente para facilitar la ventilación -Proporcionar la oxigenoterapia 	El paciente estuvo muy cooperador en las actividades planeadas, gracias a las intervenciones se logró el objetivo de mantener una ventilación adecuada hacia el paciente y disminuir el dolor y el esfuerzo de los músculos respiratorios. Se logró una ventilación adecuada gracias a las posiciones que se le realizaron al paciente.

		- Instaurar tratamientos de terapia respiratoria (nebulizador).	cada vez que le paciente lo requiera	
Berman, A.,K,B.(2013). Fundamento e enfermería, concepto, proceso y práctica. (235-236), Madrid, España; PEARSON EDUCACION S.A				

8.3 Planificación de intervenciones

Licenciatura en enfermería

Guía didáctica N°4

8.3.1 planificación de cuidados estandarizados

• Resultados

Diagnósticos de enfermería: Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz R/C Conocimiento inadecuado de la enfermedad, estilo de vida sedentario, hipertensión.

Dominio: 04 conocimientos y conducta de salud	Resultado (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación diana
Clase: S conocimientos sobre salud	Conocimiento: control de la hipertensión	<ul style="list-style-type: none"> - Rango normal de presión arterial sistólica - Rango normal de la presión arterial diastólica - Uso correcto de la medicación prescrita - Importancia de la adherencia al tratamiento - Importancia de mantener visitas de seguimientos 	Ningún conocimiento (1)	Mantener a: 13 Aumentar a: 16
			Conocimiento escaso (2) Conocimiento moderado (3) Conocimiento sustancial (4) Conocimiento extenso (5) Calificación mínima: 4 Calificación máxima: 9	

8.4 Ejecución de intervenciones

Licenciatura en enfermería
Guía didáctica N°5
8.4.1 intervenciones de enfermería

Campo: 04 Seguridad	Intervenciones	Actividades	Bibliografía (Autor, año, nombre del libro, edición, pagina)
Clase: V Control de riesgo	Monitorización de los signos vitales	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda - Monitorizar la presión arterial después de que el paciente tome las medicaciones, si es posible. - Poner en marcha y mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura, según corresponda. - Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardiacos. - Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorio. 	<p>La atención continuada debe incluir cambios en la forma de vida que favorezcan la disminución de la presión arterial y la monitorización de la propia presión.</p> <p>Los fármacos que producen vasodilatación (medicación hipertensiva), los colocan en una situación de mayor riesgo de hipotensión ortostáticas. Hay que medir la presión con el paciente sentado, acostado, sentado y de pie y anotar los cambios que se producen.</p> <p>Berman, A; Kosier, B.,& Erb, G (2013). Fundamentos de enfermería: conceptos, procesos y practicas (9ª.ed.) Pearson Educación (561-567)</p>
Elaboro: José de Jesús Martínez Rodríguez			

8.5 Evaluación

Licenciatura en enfermería

Guía didáctica N° 6

8.5.1 planificación de cuidados individualizados

Diagnósticos de enfermería: Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz R/C Conocimiento inadecuado de la enfermedad, estilo de vida sedentario, hipertensión.

Resultado esperado	Intervenciones de enfermería	Actividades de enfermería	Ejecución (informe de las intervenciones realizadas)	Evaluación
Conocimiento sobre hipertensión arterial, su tratamiento y prevención de complicaciones	Monitorización de los signos vitales	<ul style="list-style-type: none">- Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda- Monitorizar la presión arterial después de que el paciente tome las medicaciones, si es posible.- Poner en marcha y mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura, según corresponda.	<p>Se monitoriza los signos vitales y la inspección general del paciente.</p> <p>Vigilancia de la presión arterial después de que el paciente tome las medicaciones</p> <p>Se da una posición en semi fowler cuando se requiera para una mejor ventilación.</p>	Se logró brindarle al paciente la asistencia adecuada, monitorizando sus signos vitales y la temperatura gracias también a la colaboración de los familiares del paciente que mostro interés y proporciono los materiales necesario para la vigilancia del estado de salud del paciente.

		<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardiacos. - Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorio. 	<p>Se le pidió el apoyo del personal de enfermería de proporcionar un dispositivo para la monitorización de la temperatura</p>	
<p>Berman, A.,K,B.(2013). Fundamento e enfermería, concepto, proceso y práctica. (565-567), Madrid, España; PEARSON EDUCACION S.A</p>				

8.3 planificación de intervenciones

Licenciatura en enfermería

Guía didáctica Nº 4

8.3.1 planificación de cuidados estandarizados

• Resultados

Diagnósticos de enfermería: Insomnio R/C ansiedad, incomodidad, higiene del sueño inadecuada M/P expresa insatisfacción con el sueño, estado de salud deteriorado, ciclo de sueño - vigilia no reparador.

Dominio: 01 salud funcional	Resultado (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación diana
Clase: A mantenimiento de la energía	Sueño	<ul style="list-style-type: none"> - Horas de sueño - Patrón de sueño - Calidad de sueño - Sueño interrumpido - Dificultad para conciliar el sueño - Dolor 	Grave (1) Sustancial (2) Moderado (3) Leve (4) Ninguno (5) Calificación mínima:15 Calificación máxima:9	Mantener a: 15 Aumentar a: 18

8.4 Ejecución de intervenciones

Licenciatura en enfermería
Guía didáctica N° 5
8.4.1 intervenciones de enfermería

Campo: 01 fisiológico: básico	Intervenciones	Actividades	Bibliografía (Autor, año, nombre del libro, edición, pagina)
Clase: F facilitación del autocuidado	Mejorar el sueño	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar el patrón del sueño/ vigilia del paciente - Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño. - Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo del sueño/ vigilia del paciente. - Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño. - Proporcionar folletos informativos sobre técnicas favorecedoras del sueño 	<p>Las medidas de confort son esenciales para ayudar al paciente a dormirse y mantenerse dormido, en especial si los efectos de la dolencia interfieren en el sueño.</p> <p>El descanso nocturno es un aspecto importante dentro del proceso de salud/enfermedad. Se puede favorecer la aplicación de técnicas de relajación dentro de la rutina nocturna. Respirar despacio y profundamente durante unos minutos seguidos por una contracción y relajación lenta y rítmica de los músculos alivia la tensión e induce la calma.</p> <p>Berman, A; Kosier, B.,& Erb, G (2013). Fundamentos de enfermería: conceptos, procesos y practicas (9ª.ed.) Pearson Educación (1196-1197)</p>
Elaboro: José de Jesús Martínez Rodríguez			

8.5 Evaluación

Licenciatura en enfermería

Guía didáctica N° 6

8.5.1 planificación de cuidados individualizados

Diagnósticos de enfermería: Insomnio R/C ansiedad, incomodidad, higiene del sueño inadecuada M/P expresa insatisfacción con el sueño, estado de salud deteriorado, ciclo de sueño-vigilia no reparador.

Resultado esperado	Intervenciones de enfermería	Actividades de enfermería	Ejecución (informe de las intervenciones realizadas)	Evaluación
Mejorar el patrón de sueño	Mejorar el sueño	<ul style="list-style-type: none">- Determinar el patrón del sueño/vigilia del paciente- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.- Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo del sueño/ vigilia del paciente.- Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño.	<p>Monitorización de signos vitales</p> <p>Reducir o eliminar la luz sobre la cabeza, se proporcionó una luz nocturna a lado de la cama</p> <p>Se ajustó los horarios de medicamentos en especial los medicamentos diuréticos para prevenir los despertares nocturnos.</p> <p>Se colocó al paciente en una postura apropiada</p>	Se observó una mejoría en el patrón del sueño, al reducir los factores estresantes como el ruido, la luz y el ajuste de los medicamentos, la paciente durante las intervenciones demostró interés y cooperación para llevar a cabo las intervenciones, refiere que se

		- Proporcionar folletos informativos sobre técnicas favorecedoras del sueño	para facilitar la relajación muscular	siente recuperado después de dormir.
Berman, A.,K,B.(2013). Fundamento e enfermería, concepto, proceso y práctica. (1196-1997), Madrid, España; PEARSON EDUCACION S.A				

8.3 Planificación de intervenciones

Licenciatura en enfermería

Guía didáctica Nº 4

8.3.1 planificación de cuidados estandarizados

• Resultados

Diagnósticos de enfermería: Riesgo de desequilibrio electrolítico R/C Diarrea, vómitos, régimen de tratamiento

Dominio: 02 salud fisiológica	Resultado (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación diana
Clase: G líquidos y electrolitos	Hidratación	<ul style="list-style-type: none"> - Turgencia cutánea - Ingesta de líquidos - Sed - Calambres musculares - Diarrea - Aumento de la temperatura corporal 	Grave (1) Sustancial (2) Moderado (3) Leve (4) Ninguno (5)	Mantener a: 15 Aumentar a: 18
			Calificación mínima: 9	
			Calificación máxima: 18	

8.4 Ejecución de intervenciones

Licenciatura en enfermería
Guía didáctica N°5
8.4.1 intervenciones de enfermería

Campo: 02	Intervenciones	Actividades	Bibliografía (Autor, año, nombre del libro, edición, pagina)
Fisiológico: complejo Clase: N control de la perfusión tisular	Manejo de líquidos/ electrolitos	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar los cambios de estados respiratorios o cardiacos que indiquen una sobrecarga de líquido o deshidratación. - Administrar líquido, si es necesario - Vigilar los signos vitales - Proporcionar la dieta prescrita apropiada para restaurar el equilibrio de líquidos o electrolito específico. - Instaurar medidas para controlar la perdida excesiva de electrolitos (descanso intestinal, cambio del tipo diurético o administración de antipirético),según sea el caso. 	<p>Los cambios en los constantes vitales como un incremento en el ritmo cardiaco, un descenso en la presión arterial y un incremento de la temperatura indican hipovolemia.</p> <p>Determinados desequilibrios hídricos y electrolíticos pueden requerir cambios dietéticos sencillos.</p> <p>Algunos pacientes pueden mejorar con suplemento orales de electrolitos, sobre todo si se prescribe una medicación que puede afectar dicho equilibrio, cuando el aporte e un ion especifico no es el adecuado o cuando existen las pérdidas de líquido y de electrolitos están aumentadas, por ejemplo, debido a una excesiva sudoración.</p> <p>Berman, A; Kosier, B.,& Erb, G (2013). Fundamentos de enfermería: conceptos, procesos y practicas (9ª.ed.) Pearson Educación (1479-1480)</p>

Elaboro: José de Jesús Martínez Rodríguez			

8.5 Evaluación

Licenciatura en enfermería

Guía didáctica N° 6

8.5.1 planificación de cuidados individualizados

Diagnósticos de enfermería: Riesgo de desequilibrio electrolítico R/C Diarrea, vómitos, régimen de tratamiento

Resultado esperado	Intervenciones de enfermería	Actividades de enfermería	Ejecución (informe de las intervenciones realizadas)	Evaluación
Mantener o restaurar un equilibrio electrolítico normal tanto en el compartimiento intracelular como en el extracelular	Manejo de líquidos/ electrolitos	<ul style="list-style-type: none">- Monitorizar los cambios de estados respiratorios o cardiacos que indiquen una sobrecarga de líquido o deshidratación.- Administrar líquido, si es necesario- Vigilar los signos vitales- Proporcionar la dieta prescrita apropiada para restaurar el equilibrio de líquidos o electrolito específico.- Instaurar medidas para controlar la pérdida	<p>Se procede a monitorizar los signos vitales del paciente para realizar un seguimiento oportuno.</p> <p>Administrar tratamiento prescrito, y el mantenimiento en el cuidado de la piel y de la higiene oral.</p> <p>Se procede a revisar las dietas prescrita y asegurarse que sea la</p>	Se observó una mejoría en el paciente, gracias a las intervenciones planeadas, las actividades se llevaron a cabo en el domicilio de la paciente, la cual se instauro medidas con el objetivo de controlar la perdida excesiva de electrolito, siguiendo las indicaciones médicas prescritas.

		excesiva de electrolitos (descanso intestinal, cambio del tipo diurético o administración de antipirético),según sea el caso antipirético),según sea el caso.	correcta para el paciente.	
Berman, A.,K,B.(2013). Fundamento e enfermería, concepto, proceso y práctica. (1479-1480), Madrid, España; PEARSON EDUCACION S.A.				

8.3 Planificación de intervenciones

Licenciatura en enfermería

Guía didáctica N°4

8.3.1 planificación de cuidados estandarizados

• Resultados

Diagnósticos de enfermería: Hipertermia R/C deshidratación, aumento de la tasa metabólica M/P piel enrojecida, estado de ánimo irritable, piel cálida a tacto, taquicardia.

Dominio: 02 salud fisiológica	Resultado (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación diana
Clase: I regulación metabólica	Termorregulación	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia respiratoria - Temperatura cutánea aumentada - Hipertermia - Cefalea - Dolor muscular - Irritabilidad - Deshidratación 	Grave (1) Sustancial (2) Moderado (3) Leve (4) Ninguno (5)	Mantener a: 15 Aumentar a: 19
			Calificación mínima: 8	
			Calificación máxima: 15	

8.4 Ejecución de intervenciones

Licenciatura en enfermería Guía didáctica N°5

8.4.1 intervenciones de enfermería

Campo: 02 fisiológico: complejo	Intervenciones	Actividades	Bibliografía (Autor, año, nombre del libro, edición, pagina)
Clase: M termorregu lación	Regulación de la temperatura	<ul style="list-style-type: none"> - Comprobar la temperatura a menos cada 2 horas, según corresponda - Instaurar un dispositivo de monitorización de temperatura central continua, si es preciso. - Controlar la presión arterial, el pulso y la respiración, según corresponda. - Observa el color y la temperatura de la piel. - Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada. - Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente. - Administrar medicamentos antipiréticos, si está indicado. 	<p>La fiebre aumenta la velocidad del metabolismo celular y, por lo tanto, incrementa la temperatura.</p> <p>Las temperaturas ambientales extremas pueden influir sobre los sistemas de regulación de la temperatura de las personas.</p> <p>La temperatura corporal superior al límite normal recibe el nombre de hipertermia (en términos profanos) fiebre. Una fiebre muy, alta, por ejemplo, de 41°C se le denomina hiperpirexia. El paciente que tiene fiebre se dice febril, mientras que el que no la tiene es afebril.</p> <p>Berman, A; Kosier, B., & Erb, G (2013). Fundamentos de enfermería: conceptos, procesos y practicas (9ª.ed.) Pearson Educación (537)</p>
Elaboro: José de Jesús Martínez Rodríguez			

8.5 Evaluación

Licenciatura en enfermería

Guía didáctica N° 6

8.5.1 planificación de cuidados individualizados

Diagnósticos de enfermería: Hipertermia R/C deshidratación, aumento de la tasa metabólica M/P piel enrojecida, estado de ánimo irritable, piel cálida a tacto, taquicardia.

Resultado esperado	Intervenciones de enfermería	Actividades de enfermería	Ejecución (informe de las intervenciones realizadas)	Evaluación
Regula la temperatura corporal.	Regulación de la temperatura.	<ul style="list-style-type: none">- Comprobar la temperatura a menos cada 2 horas, según corresponda- Instaurar un dispositivo de monitorización de temperatura central continua, si es preciso.- Controlar la presión arterial, el pulso y la respiración, según corresponda.- Observa el color y la temperatura de la piel.- Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada.	<p>Monitorización de la temperatura y signos vitales</p> <p>Registro de la temperatura en la hoja de enfermería del paciente.</p> <p>La temperatura del paciente fue demasiado alta se notificó al médico de turno para</p>	Después de un proceso de control la paciente presento un cuadro de mejoramiento, donde la piel se restableció al color adecuado, su estado de ánimo es más favorable, y sus taquicardias desaparecieron un 99%, gracias a los medicamentos prescritos, que se llevaron a cabo para el control de la temperatura.

		<ul style="list-style-type: none"> - Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente. - Administrar medicamentos antipiréticos, si está indicado. 	<p>administrarle medicamentos.</p> <p>Vigilar los cambios de temperatura en respuesta a tratamientos específicos</p>	
<p>Berman, A.,K,B.(2013). Fundamento e enfermería, concepto, proceso y práctica. (537), Madrid, España; PEARSON EDUCACION S.A.</p>				

8.3 Planificación de intervenciones

Licenciatura en enfermería

Guía didáctica Nº 4

8.3.1 planificación de cuidados estandarizados

• Resultados

Diagnósticos de enfermería: Disminución de la intolerancia a la actividad R/C Disminución de la fuerza muscular, desequilibrio entre oxígeno, trastorno respiratorio, dolor.

Dominio: 01	Resultado (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación diana
salud funcional				
Clase: C	Movilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Mantenimiento del equilibrio - Coordinación - Marcha - Movimiento muscular - Mantenimiento de la posición corporal 	Grave (1) Sustancial (2) moderado (3) leve (4) ninguno (5) calificación mínima:10 calificación máxima:18	Mantener a:18 Aumentar a: 20
movilidad				

8.4 Ejecución de intervenciones

Licenciatura en enfermería Guía didáctica N° 5 8.4.1 intervenciones de enfermería

Campo: fisiológico básico	Intervenciones	Actividades	Bibliografía (Autor, año, nombre del libro, edición, pagina)
Clase: A control de actividad y ejercicio	Manejo de la energía	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar percepción de la causa de fatiga por parte del paciente. - Seleccionar intervenciones para reducir la fatiga combinando medidas farmacológicas y no farmacológicas, según proceda. - Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados. - Vigilar la respuesta cardiorrespiratorio a la actividad (taquicardia, arritmias, disnea, diaforesis, palidez, frecuencia respiratoria). 	<p>Tanto la mala nutrición como el acceso de alimento influyen en la alineación y en la movilidad del cuerpo. Las personas malnutridas pueden tener debilidad muscular y cansancio la obesidad puede proporcionar el movimiento y provoca tensiones articulares afectando negativa mente a la postura, el equilibrio y la salud articular.</p> <p>La actividad debe interrumpirse inmediata mente si aparece algún cambio fisiológico que indique que la actividad es demasiado extenuante para el paciente. Estos cambios son frecuencia cardiaca o respiratoria que sean significativamente mayores que las basales, cambios</p>

			<p>de ritmo cardiaco o respiración regular por otro regular, disnea</p> <p>Berman, A; Kosier, B.,& Erb, G (2013). Fundamentos de enfermería: conceptos, procesos y practicas (9ª.ed.) Pearson Educación (1133-1142)</p>
Elaboro: José de Jesús Martínez Rodríguez.			

8.5 Evaluación

Licenciatura en enfermería

Guía didáctica N° 6

8.5.1 planificación de cuidados individualizados

Diagnósticos de enfermería: Disminución de la intolerancia a la actividad R/C Disminución de la fuerza muscular, desequilibrio entre oxígeno, trastorno respiratorio, dolor.

Resultado esperado	Intervenciones de enfermería	Actividades de enfermería	Ejecución (informe de las intervenciones realizadas)	Evaluación
No desarrollar complicaciones relacionadas a la disminución a la intolerancia de la actividad	Manejo de la energía	<ul style="list-style-type: none">- Determinar percepción de la causa de fatiga por parte del paciente.- Seleccionar intervenciones para reducir la fatiga combinando medidas farmacológicas y no farmacológicas, según proceda.- Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados.- Vigilar la respuesta cardiorrespiratorio a la actividad (taquicardia, arritmias, disnea, diaforesis, palidez, frecuencia respiratoria.	<p>Monitorización de signos vitales.</p> <p>Enseñar mecánica corporal.</p> <p>Se fomentó el control de la ingesta nutricional gracias a la ayuda de los nutriólogos.</p> <p>Se vigiló la frecuencia respiratoria la disnea durante la actividad.</p>	Gracias a las intervenciones se logró el objetivo, se pudo controlar la ingesta nutricional para asegurar un recurso energético, se le enseñó mecánicas corporales. La paciente mostro

				interés en cada actividad.
Berman, A.,K,B.(2013). Fundamento e enfermería, concepto, proceso y práctica. (1196-1997), Madrid, España; PEARSON EDUCACION S.A				

8.3 Planificación de intervenciones

Licenciatura en enfermería

Guía didáctica N° 4

8.3.1 planificación de cuidados estandarizados

• Resultados

Diagnósticos de enfermería: Ansiedad R/C dolor, factores estresantes M/P Expresa angustia, patrón respiratorio alterado, diarrea, expresa debilidad muscular, aumento de la presión arterial, insomnio, reporta ciclo de sueño- vigilia alterado.

Dominio: 03 psicosocial	Resultado (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación diana
Clase: M Bienestar psicológico	Nivel de ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> - Inquietud - Dolor - Trastorno del sueño - Ansiedad - Aumento de la frecuencia respiratoria - Dificultad para relajarse 	Grave (1) Sustancial (2) Moderado (3) Leve (4) Ninguno (5) Calificación mínima: 9 Calificación máxima: 15	Mantener a: 15 Aumentar a: 18

8.4 Ejecución de intervenciones

Licenciatura en enfermería
Guía didáctica N° 5
8.4.1 intervenciones de enfermería

Campo: 03 conductual	Intervenciones	Actividades	Bibliografía (Autor, año, nombre del libro, edición, pagina)
Clase: R ayuda al enfrentamiento	Control del estado de animo	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el estado de ánimo, inicialmente y con regularidad a media que progresa el tratamiento. - Controlar y regular el nivel de actividad y estimulación del ambiente de acuerdo con las necesidades del paciente - Animar al paciente a que adopte un papel activo en el tratamiento y la rehabilitación, según corresponda. 	<p>La emoción es el estado funcional interno, que implica reacciones físicas conducta expresiva, pensamientos y sentimientos. La emoción se refiere a la energía basada en funciones de propósitos y necesidades capaz de mover al individuo para adoptar para mantener conductas y actitudes que lleven intrínsecas (autoestima, logro y bienestar) y extrínseca a la situación e sus necesidades.</p> <p>La ansiedad es un estado de salud mental, aprehensión, miedo o presentimiento o sentimiento o sentimiento no identificada inmediatamente o anticipada mente se puede experimentar a nivel consiente, subconsciente o inconsciente.</p> <p>Susana rosales barrera, Eva Gómez 2004, atención al paciente que requiere hospitalización fundamentos de enfermería (3ro.265-264) México, DF editorial el manual moderno, S.A de C.V</p>
Elaboro: José de Jesús Martínez Rodríguez.			

8.5 Evaluación

Licenciatura en enfermería

Guía didáctica N° 6

8.5.1 planificación de cuidados individualizados

Diagnósticos de enfermería: Ansiedad R/C dolor, factores estresantes M/P Expresa angustia, patrón respiratorio alterado, diarrea, expresa debilidad muscular, aumento de la presión arterial, insomnio, reporta ciclo de sueño- vigilia alterado.

Resultado esperado	Intervenciones de enfermería	Actividades de enfermería	Ejecución (informe de las intervenciones realizadas)	Evaluación
Disminuir el nivel de ansiedad en el paciente	Control del estado de animo	<ul style="list-style-type: none">- Evaluar el estado de ánimo, inicialmente y con regularidad a media que progresa el tratamiento.- Controlar y regular el nivel de actividad y estimulación del ambiente de acuerdo con las necesidades del paciente- Animar al paciente a que adopte un papel activo en el tratamiento y la	<p>Se le anima al paciente para expresar el estado de ánimo actual, sobre las situaciones estresantes durante su estancia, y se le enseña técnicas de relajamientos.</p> <p>Se crea durante las actividades una comunicación efectiva con el paciente para</p>	se logró reducir los factores estresantes del paciente gracias a las intervenciones y las técnicas de relajación que se utilizaron para llevarse a cabo las intervenciones durante la visita domiciliaria. Se logró ajustar el ambiente

		rehabilitación, corresponda.	según	lograr el resultado esperado.	para la realización de las actividades.
Berman, A., K, B.(2013). Fundamento e enfermería, concepto, proceso y práctica. (264-265), Madrid, España; PEARSON EDUCACION S.A.					

8.3 Planificación de intervenciones

Licenciatura en enfermería

Guía didáctica Nº 4

8.3.1 planificación de cuidados estandarizados

• Resultados

Diagnósticos de enfermería: Riesgo de infección R/C Procedimiento invasivo, conocimiento inadecuado para evitar la exposición a patógenos, personas expuestas a brotes de enfermedades, personas expuestas a un aumento de patógenos ambientales.

Dominio: 04 conocimiento y conducta de salud Clase: T control de riesgo y seguridad	Resultado (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación diana
	Control de infección	<ul style="list-style-type: none"> - Reconoce los factores de riesgo personales. - Evita exponerse a las amenazas para la salud. - Utiliza los sistemas de apoyo personal para reducir el riesgo. - Identifica los factores de riesgos. 	Nunca demostrado (1) Raramente demostrado (2) A veces demostrados (3) Frecuentemente demostrado (4) Siempre demostrado (5) Calificación mínima:9 Calificación máxima:15	Mantener a: 15 Aumentar a:18

8.4 Ejecución de intervenciones

Licenciatura en enfermería Guía didáctica N° 5 8.4.1 intervenciones de enfermería

Campo: 04 seguridad	Intervenciones	Actividades	Bibliografía (Autor, año, nombre del libro, edición, pagina)
Clase: B, control de riesgos	Control de infecciones	<ul style="list-style-type: none"> -Mantener técnicas de aislamientos apropiadas, limitar el número de visita según corresponda. -Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de lavados de mano. -Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente. -Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos. -garantizar una manipulación aséptica de todas las vías i.v. -Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando se deben notificar al cuidador. 	<p>El aislamiento se refiere a las medidas diseñadas para evitar la propagación de infecciones o microorganismos potencialmente infeccioso al personal de salud, los pacientes y visitantes.</p> <p>La higiene de las manos se considera una de las maniobras más eficaces de control de la infección. Es importante que se laven las manos del paciente y del profesional de enfermería para evitar la propagación de los microorganismos.</p> <p>Los primeros eslabones en la cadena de infección, el microorganismo causal y su reservorio se interrumpen usando antisépticos.</p>

			Berman, A; Kosier, B.,& Erb, G (2013). Fundamentos de enfermería: conceptos, procesos y practicas (9ª.ed.) Pearson Educación (685-693)
Elaboro: José de Jesús Martínez Rodríguez.			

8.5 Evaluación

Licenciatura en enfermería

Guía didáctica N° 6

8.5.1 planificación de cuidados individualizados

Diagnósticos de enfermería: Riesgo de infección R/C Procedimiento invasivo, conocimiento inadecuado para evitar la exposición a patógenos, personas expuestas a brotes de enfermedades, personas expuestas a un aumento de patógenos ambientales.

Resultado esperado	Intervenciones de enfermería	Actividades de enfermería	Ejecución (informe de las intervenciones realizadas)	Evaluación
Evitar la propagación del microorganismo infeccioso	Control de infección	<ul style="list-style-type: none">- Mantener técnicas de aislamientos apropiadas, limitar el número de visita según corresponda.- Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de lavados de mano.- Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente.- Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos.- garantizar una manipulación aséptica de todas las vías i.v.	<p>Monitorización de signos vitales</p> <p>Enseñanza de la técnica correcta de lavado de mano.</p> <p>Se llevó un control de entradas y salidas del personal y las visitas, para evitar una propagación de infección.</p>	Gracias a las intervenciones realizadas se lograron objetivos, he instruir paciente y familiares acerca de técnicas de lavados de manos, así como también saber actuar ante una

		-Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando se deben notificar al cuidador.	Se le capacito al paciente y familiares para reconocer los signos y síntomas de una infección.	situación de virus o infección. Se visualizó interés tanto en el paciente como los familiares para una mejor recuperación
Berman, A.,K,B.(2013). Fundamento e enfermería, concepto, proceso y práctica. (264-265), Madrid, España; PEARSON EDUCACION S.A.				

8.3 Planificación de intervenciones

Licenciatura en enfermería

Guía didáctica N°4

8.3.1 planificación de cuidados estandarizados

• Resultados

Diagnósticos de enfermería: Riesgo de tensión en el rol cuidador R/C inexperiencia con el cuidado, Aumento de las necesidades de atención.

Dominio: 06 salud familiar	Resultado (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación diana
Clase: W desempeño del cuidador familiar.	Preparación del cuidador familiar domiciliario.	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo social - Conocimientos de los procedimientos recomendados - Conocimientos del proceso de enfermedad del receptor de los cuidados. 	Nunca demostrado (1) Raramente demostrado (2) A veces demostrados (3) Frecuentemente demostrado (4) Siempre demostrado (5)	Mantener a: 15 Aumentar a:18
			Calificación mínima:10 Calificación máxima:15	

8.4 Ejecución de intervenciones

Licenciatura en enfermería Guía didáctica N° 5 8.4.1 intervenciones de enfermería

Campo: 03 Conductual.	Intervenciones	Actividades	Bibliografía (Autor, año, nombre del libro, edición, pagina)
Clase: Q potencion de la comunicación	Control Ayuda al autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer un lugar agradable y tiempo para las visitas. - Mostrar interés por el paciente. - Establecer el propósito y el número propuesto de visitas. 	<p>El autocuidado está dirigido a la práctica de actividades que las personas, que quieren, pueden hacer con arreglo a su situación temporal y por cuenta propia, con el fin de seguir viviendo en bienestar, mantener y/o recuperar la salud y prolongar la vida.</p> <p>Berman, A; Kosier, B., & Erb, G (2013). Fundamentos de enfermería: conceptos, procesos y practicas (9ª.ed.) Pearson Educación (650-663)</p>
Elaboro: José de Jesús Martínez Rodríguez.			

8.5 Evaluación

Licenciatura en enfermería

Guía didáctica Nº 6

8.5.1 planificación de cuidados individualizados

Diagnósticos de enfermería: Salud deficiente de la comunidad R/C los problemas abordan de manera incompleta los problemas de salud M/P problemas de salud.

Resultado esperado	Intervenciones de enfermería	Actividades de enfermería	Ejecución (informe de las intervenciones realizadas)	Evaluación
Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de aprendizaje.	Educación para la salud.	- Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida de los individuos, familia, o grupo.	Se le capacito al paciente y familiares para saber acerca del tema. De la enfermedad para su conocimiento y así mas lograr autocuidado de la paciente.	Gracias a la información se le brindo la familia comprendió y entendi6 que es un programa de salud.
Berman, A.,K,B.(2013). Fundamento e enfermería, concepto, proceso y práctica. (290-292), Madrid, España; PEARSON EDUCACION S.A				

8.3 Planificación de intervenciones

Licenciatura en enfermería

Guía didáctica N°4

8.3.1 planificación de cuidados estandarizados

• Resultados

Diagnósticos de enfermería: Salud deficiente de la comunidad R/C los problemas abordan de manera incompleta los problemas de salud M/P problemas de salud.

Dominio: 05 salud percibida	Resultado (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación diana
Clase: U	Calidad de vida	- Satisfacción con el estado de salud	Nunca demostrado (1)	Mantener a: 15
Salud y calidad de vida.		- Autonomía - Satisfacción con los objetivos conseguidos en la vida - Satisfacción con el estado de ánimo general	Raramente demostrado (2) A veces demostrados (3) Frecuentemente demostrado (4) Siempre demostrado (5)	Aumentar a:18
			Calificación mínima:9 Calificación máxima:15	

IX. PLAN DE ALTA

Datos de identificación

Nombre del paciente: C.V.J. **Edad** 49 años **Sexo** Femenino ocupación ama de casa **Escolaridad:** primaria edo. **Civil** casada lugar **de procedencia** villa Benito. Juárez Macuspana tabasco. **Diagnóstico:** COVID-19 e Hipertensión Arterial.

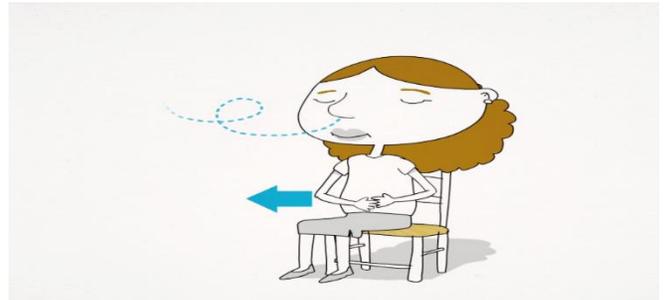
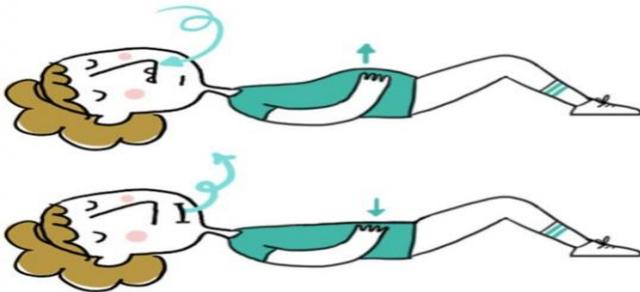
Acciones para mejorar la salud: Realizar ejercicio terapéutico en combinación con terapia respiratoria.	
Respiración lenta y prolongada con técnicas con labios fruncidos. Realizar series de 3 o cuatros veces al día, intercambiando los ejercicios, posteriormente tomar saturación de oxígeno.	<ol style="list-style-type: none">1. Inspire lentamente por la nariz.2. Frunces los labios como si dieras un beso.3. Expulsa el aire con los labios fruncidos tratando que la exhalación tome el doble o triple de tiempo que la inhalación.
Respiración diafragmática	<ol style="list-style-type: none">1. Sentado frente al espejo coloca una mano en el pecho y otra por arriba del ombligo. No hacer presión2. Inhalan por la nariz la mayor cantidad de aire que puedas, nota como se infla el abdomen.

Respiraciones sumadas	<ol style="list-style-type: none"> 3. Exhala con los labios fruncidos como si dieras un beso, nota que se aplana el abdomen como si se desinflara.
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sentado o de pie inspira suficiente aire, sin soltarlo inhala de nuevo y sostenerlo de 4 a 6 segundos.
Respiración costobasal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coloca las palmas debajo de la costilla, inhala por la nariz lentamente, como si llevaras el aire hacías tus manos. 2. Exhala con labios fruncidos mientras presionas tu abdomen suavemente con tus manos intenta que la exhalación sea más lenta que la inhalación.

Rehabilitación integral post COVID-19: acondicionamiento físico	
Calentamiento: duración de 6 a 10 minutos, realizar cada uno de los movimientos en 4 series de 10 repeticiones.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Subir y bajar los hombros. 2. Subir las piernas hacer círculos con los pies. 3. Subir y bajar los pies al frente y atrás.
Fortalecimiento: de 10 a 15 minutos, conforme aumenta la tolerancia se puede llegar a 45 minutos realizar de 8 repeticiones de cada ejercicio.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sentarse y levantarse de una silla, subir y bajar escalones, inicia con pesos ligeros por ejemplo de 250 gr. Puedes realizar tus pesas con semillas.
Enfriamiento: de 10 a 15 minutos, realiza cada uno de los enfriamientos de 8 a 12 veces durante 8 a 10 segundos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estira brazos, muecas y piernas 2. Puedes ayudarte con las manos contrarias, una sábana o una toalla.
Caminata: 30 minutos 5 días a la semana, no es necesario realizarlo de manera continua	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantener los hombros relajados y la espalda derecha, balancea los brazos para equilibrar el cuerpo 2. Caminas despacio al ritmo que tolere sin forzar el paso, de preferencia camina sobre pisos planos, sin pendientes, ni obstáculos, evita las zonas resbalosas y húmedas.

Expansión torácica

Para realizar este ejercicio, es necesario tener al paciente boca arriba con las piernas flexionadas en la cama, luego se colocan las manos en el abdomen inhalando el aire por la nariz, inflando simultáneamente el abdomen al meter el aire debe sentir la separación de la mano conforme ingresa el aire a los pulmones. Una vez que introduzca todo el aire posible debe contener la respiración de 3 a 5 segundos y después exhalar el aire con los labios fruncidos hasta desocupar el abdomen y sentirá como las manos de su abdomen se juntan.



Respiración con movimientos de brazos

Consiste en entrenar los músculos respiratorios para respirar.

Técnicas: Se puede llevar a cabo en cualquier posición, la técnica en posición decúbito supino o boca arriba deberá flexionar las piernas extender la mano a un costado durante la inspiración y de forma simultánea, subir las manos extendidas hasta llegar a 180 grados, mantener arriba los brazos durante 3 a 5 segundos con la contención del aire en los pulmones, exhalar con los labios fruncidos simultáneamente con el regreso de los brazos a la posición original y realizar 10 repeticiones dos veces al día o a tolerancia del paciente.



Vibraciones

Consiste en despejar las secreciones bronquiales mediante la vibración con el cual va a permitir el movimiento de las secreciones.

Técnica: colocar al paciente boca arriba y lo más alineado posible, siempre buscar la comodidad del paciente, colocar una almohada debajo de las rodillas y uno en la cabeza para que se mantenga inclinado o semi-sentado. Observar el ritmo de la respiración, colocar la palma de la mano vibrando es decir movimientos rápidos y continuos o hacer temblar la mano manteniéndola contraída, iniciar con la parte inferior de la costilla dirigiéndose hacia el cuello de afuera hacia adentro, sin despegar la mano del tórax, este ejercicio se realizará durante 5 minutos del lado derecho y 5 minutos del lado izquierdo.



Apoyo nutricional

La rehabilitación pulmonar y la rehabilitación física se consideran componentes fundamentales para la recuperación del paciente post COVID 19, sin embargo, una inadecuada alimentación, no se podrá llevar a cabo una adecuada rehabilitación.

Grupo de verduras I		Grupo de verduras II	Grupo complementario	Grupo de cereales	
Acelga	Hongos	Puede consumir ½ tazas Berenjena betabel Germinado de soya Calabaza de casilla Cebolla Chayote chícharo	Agua	Arroz cocido	6 g o ½ taza
4	Jícama		Apio	Avena hojuelas	2 cucharadas
+Alcachofa			Pimienta	Bolillos sin migajón	½ pieza
Apio	Jitomate		Agua mineral	Camote cocido	60g
Col	Pepinos		Curry	Cereal sin azúcar	20g o ½ taza
Coliflor	Perejil		Gelatina sin azúcar	Galletas habaneras	20g o 3 piezas
Ejotes	Rábanos		Salsa de soya		

			Vainilla		
			Vinagre		

Algunas recomendaciones nutricionales que no debes olvidar son las siguientes:

- Descansar antes de comer
- Comer sentado, pues esta posición ayuda a eliminar presión de los pulmones
- Es fundamental comer despacio, masticando perfectamente la comida
- No son aconsejables los alimentos que provocan reflujo, ni tampoco los que producen gases (chocolates, grasas y verduras).
- Es aconsejable elegir alimentos de consistencia blanda
- Los alimentos muy calientes o muy fríos pueden producir tos, por lo que dichos alimentos deben de estar en una temperatura intermedia.

X. CONCLUSIONES

Este PAE fue realizado con la finalidad de identificar los factores de riesgo y establecer un plan de cuidado de acuerdo a las necesidades del paciente, los resultados satisfactorios al no presentar cambios significativos en la saturación de oxígeno, la paciente es referida a seguimiento domiciliario reforzando las medidas de aislamiento terapéutico y vigilancia continua de signos vitales.

La pandemia ha sido de gran impacto a nivel económica social y de salud, cobrándose millones de vida, destrozando a familias completas, la población más afectada son los adultos mayores y no exento a la población en general, muchos de ellos sustento central de la familia.

En su mayoría cursan la enfermedad de forma asintomática o sintomática, algunos requieren de servicio de hospitalización para el soporte ventilatorio no invasivo, en su mayoría es egresado en casa. El cuidado en casa es un nuevo reto para el sobreviviente y sus familiares, ya que se enfrentan en un nuevo desafío con desconocimiento para llevar a cabo la reincorporación de las actividades del paciente, tantos por las barreras del contexto como por la falta de información del manejo en el hogar. En el plan de alta se detallan actividades correspondientes para el manejo integral en el hogar de paciente post cuidado crítico por COVID 19, ya que el paciente requiere de cuidados específicos para su recuperación como la adaptación del hogar para su manejo, la higiene, rehabilitación pulmonar, una dieta adecuada para la recuperación física, manejo de secreciones y cuidados asistenciales porque son pacientes totales o parcialmente independientes.

XI. BIBLIOGRAFIA

Adhanon, G. (2020). La OMS caracterizada a COVID – 19 como una pandemia. Disponible en <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>

Berenger, G.J. (2016). Algunas consideraciones sobre la hipertensión arterial. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/3684/368448441015.pdf>

Berman, A; Kosier, B., & Erb, G (2013). Fundamentos de enfermería: conceptos, procesos y practicas (9ª.ed.) Pearson Educación (561-567).

Carbajo, F.L. Alcántara, A. P. (2021) Abordaje del paciente con covid-19 en atención primaria. Disponible en <https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2021/01/Covid19-abordaje.pdf>

Cabal, V. (2011) Enfermería como disciplina. Revista colombiana de enfermería Volumen 6. Disponible en <https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/article/view/1436>

C, E.V. (2016). Enfermería como disciplina. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/327354018_Enfermeria_como_disciplina

Elizalde, O.E. (2019). El cuidado eje fundamental del conocimiento de Enfermería. Reflexiones aplicando aspectos filosóficos propios de la profesión. Disponible en <https://revistamedica.com/cuidado-conocimiento-de-enfermeria/>.

Gómez., R., (2020) El coronavirus SARS- COVID-20 o enfermedad por COVID- 19. Revista venezolana. Redaly. Disponible <https://www.redalyc.org/journal/3755/375564145002/>

Hernández, M.C. (2015). El modelo de Virginia Herderson como práctica de enfermería. Disponible en

<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17711/TFG-H439.pdf;jsessionid=DF7029F6C974956ACC3B82545A4EA6FF?sequence=1>

Hernández, P.M (2022). Plan de alta para manejo integral en el hogar de paciente, post cuidado critico COVID 19. Disponible en

<https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/7555/TesinaE.FEN.2022.Plan.Hern%C3%A1ndez.%20pdf>.

Justicia, H. (2020). ¿Por qué afirmamos que la enfermería es una disciplina consolidada? Scielo Disponible

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000300002#:

Mora, Liss. (2015), los principios éticos y bióticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. Scielo Disponible

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200009

Maguiña., Vargas., (2020). El nuevo coronavirus y la pandemia del COVID- 19. Scielo. Disponible

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018.

Mitja, C.J. (2018). Enfermería. Disponible en

<https://enfermeriablog.com/pae/https://enfermeriablog.com/pae/>.

Nadal, L.M. (2021). Estado actual de los tratamientos para la covid-19. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7826050/>

Organización Mundial de la Salud. (2020). La OMS caracterizada a COVID – 19 como una pandemia. Adhanon, G. (2020).

Reina, G, (2010) El proceso de enfermería: Instrumento para el cuidado redalyc.org

Sue, M. Johnson M. Swanson, E. (2013). Clasificación de resultado de enfermería (NOC). (5ta Ed). 515-52. Barcelona, España.

Yuste, C. R. (2014). PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (P.A.E.). Disponible en. https://revistaseden.org/files/2843_99-104.pdf

Justicia. (2020). ¿Por qué afirmamos que la enfermería es una disciplina consolidada? Disponible en. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000300002

F. Torralba, (2019) Cuidado humano la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. Scielo. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300009

Triveno, Z. (2017). Enfermería como ciencia Disciplina - profesión y práctica. Usc.edu.co. Disponible http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007

TENORIO, Z. (2020). Revisión sobre obesidad como factor de riesgo

para mortalidad por COVID-19. Usc.edu.co.Disponible

<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v37n3/1728-5917-amp-37-03-324.pdf>

(secretaria, De Salud MNL. 2015)

<https://www.saludnl.gob.mx/drupal/alta-presi%C3%B3n-o-hipertensi%C3%B3n-arterial>

XII. GLOSARIO DE TERMINOS

Afebril: Ausencia de fiebre

Aislamiento: Apartar a una persona de la comunicación y el trato con los demás.

Ansiedad: Estado de desasosiego mental, aprensión o terror que produce un aumento en el nivel de excitación por una amenaza inminente o prevista para uno mismo o para allegados importantes.

Apnea: Ausencia completa de respiración

Auscultación: Proceso consistente en escuchar los ruidos producidos en el interior del cuerpo, por ejemplo, con el uso del estetoscopio que amplifica los ruidos y los lleva hasta los oídos del profesional de enfermería.

Cefalocaudal: Que avanza en dirección de la cabeza a los pies

Constantes vitales: Temperatura corporal, pulso, respiración y presión arterial.

COVID 19: Enfermedad causada por el virus Sars CoV 2.

Cuidados: Acciones intencionadas que dan seguridad física y emocional y proximidad verdadera con otra persona o grupo de personas.

Datos objetivos: Información datos que es detectables por un observador.

Datos subjetivos: Los que resulta aparentes solo para la persona afectada

Deshidratación: Cantidad insuficiente de líquidos en el cuerpo

Diagnóstico: Declaración o conclusión relativa a la naturaleza de un fenómeno

Diagnóstico de enfermería: Valoración clínica por el profesional de enfermería sobre las respuestas individuales familiares o comunitarias a problemas de salud reales o potenciales y a procesos vitales para definir la base de la elección de las intervenciones de enfermería.

Diarrea: Defecación de heces líquidas y aumento en la frecuencia de defecación

Disnea: Respiración difícil o laboriosa

Electrolitos: Sustancias químicas que desarrollan una carga eléctrica y son capaces de conducir una corriente eléctrica cuando se ponen en iones.

Enfermedad: Alteración de la función corporal que tiene como resultado una reducción de las capacidades o un acortamiento del tiempo normal de vida.

Enfermería: Atributos, características y acciones propios del personal de enfermería que presta cuidado en nombre de, o en colaboración con, el paciente.

Enseñanza: Sistema de actividades cuyo fin es lograr el aprendizaje.

Entrevista: Comunicación planificada; conversación con un propósito.

Estado de salud: Salud de una persona en un momento dado.

Exhalación: (Espiración) expulsión del aire movimiento de gases desde los pulmones a la atmósfera.

Febril: Relativo a la fiebre; reproduce fiebre.

Fiebre: Temperatura corporal elevada.

Gasometría arterial: Muestra de sangre arterial que evalúa la oxigenación, ventilación y el estado asidobásico.

Hipertensión: Presión arterial normal mente alta; mayor de 140mhg de sistólica y 90mhg de diastólica.

Hipertermia: Temperatura corporal por encima del intervalo habitual.

Infección: Proceso de enfermedad producido por microorganismos.

Inmovilidad: Limitación prescrita o inevitable del movimiento en cualquier área de la vida de una persona.

Intervenciones de enfermería: Cualquier tratamiento, basado en valoración y conocimiento clínico, que reza un personal de enfermería para mejorar el resultado del paciente.

Movilidad: **Capacidad** de moverse de forma libre, sencilla y voluntaria por el entorno.

Nutrición: Conjunto de todas las interacciones entre un organismo y la comida que consume.

Paciente: Persona que está en espera de recibir tratamiento y cuidados médicos.

Palpación: Exploración del cuerpo usando el sentido del tacto.

Plan de atención individualizado: Plan diseñado de medida para cubrir necesidades especiales de un paciente, que no son atendidas por un plan normalizados.

Respiración: Acto de respirar; incluye la captación del oxígeno y la expulsión de dióxido de carbono de las células a la atmosfera.

Sueño: Sueño profundo reparador; también denominado sueños de ondas lentas.

Virus: Agentes infecciosos basados en ácidos nucleicos.

XIII. ANEXO

(Instrumento de recolección de datos, cuadros, trípticos, materiales interactivos, etc.)

XIV. ANEXO 1



VALORACIÓN DE ENFERMERÍA



FICHA DE IDENTIFICACION.

Nombre _____
_____ Edad _____ Sexo ____ f ____ Ocupación _____
Escolaridad _____ Edo. Civil ____ Lugar de Procedencia _____ Religión
_____ atea _____
Fuente de información ____ entrevista _____ Nombre de la /el Alumna /o ____ Ángel
Guadalupe Pérez Gómez _____
Talla _____ Peso _____

VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES

1. - OXIGENACIÓN.

Subjetivo:

¿Está bien ventilada la habitación en la que pasa la mayor parte de su tiempo?
_____ regular _____ ¿Fuma Ud.? _____ No ____ no _____
Si la respuesta es sí ¿Cuantos cigarrillos al día? 1 a 5 _____ 6 a 10 _____ 11 a 20 _____ +
de 21 _____
¿Hay en su casa uno o varios fumadores? Sí _____ No _____
¿Ha tenido dificultades respiratorias o molestias? Nunca _____ alguna ocasión _____ con
frecuencia _____

Objetivo:

Registro de signos vitales: Frecuencia respiratoria _____ 20 _____ Frecuencia cardiaca ____ 90 _____
T.A _____ 145/90 _____

Estado de conciencia ____normal____ Coloración de piel/ lechos ungulares/ peribucal _coloración normal____ Circulación del retorno venoso __adormecimiento y calambre en los pies _____

2. - NUTRICION E HIDRATACIÓN

Subjetivo:

Nº de comidas diarias _____ 2 _____ ¿Come a horas regulares? Si _____ No ____a veces _____

Si la respuesta es sí; precise

¿Sigue Ud. una dieta especial? Si __no____ ¿de qué tipo? _____

¿Sufre Ud. Alguna alergia alimentaria o intolerancia? _si a las bebidas embotellados _____

¿Tiene algún trastorno alimentario?

_no_____

¿Tiene problemas de masticación y deglución?

_ninguna_____

¿Qué cantidad de líquidos toma al día? Agua de 1500 a 2000 CC. Si _____ No _____ menos a veces 500 ml _____

Jugos de fruta _no_____ Té _____ no_____ Café __si_____ Refresco_____ si_____

¿Ingiere bebidas alcohólicas? Cerveza ____no_____ Vino _____ no_____ Alcohol _____ no_____

¿Con que frecuencia? Ocasionalmente _____ Semanalmente _____ mensualmente _____

Dieta habitual:

Alimentos	Diario	C/ 3 er. Día	C/ 8 días	Esporádica	Nunca
Leche				esp	
Carnes					
Pescado	día				
Huevo		3er			
Frutas				esp	
Verduras	día				
Legumbres				esp	
Cereales				esp	
Pan		3er			
Tortilla	día				

Chatarra	día				

Objetivo:

Peso _____ Talla _____ Turgencia de la piel _____

Membranas mucosas; hidratadas _____ normal _____ secas _____

Características de; uñas _____ cabello _____

Funcionamiento muscular y esquelético _____

Dentadura completa: Si _____ No _____ Aspecto de: dientes _____ encías _____

Prótesis dentales: Si _____ No _____ Completas _____ parciales _____

Heridas: Tipo _____ localización _____ tiempo de cicatrización _____

3. - ELIMINACIÓN

Subjetivo:

Hábitos Intestinales: Evacuación; Normal _____ Estreñimiento _____ Diarrea frecuente _____

Frecuencia de eliminación intestinal: Diario _____ Cada tercer día _____

¿Toma Ud. Algún laxante? Si _____ No _____ cual _____

Hábitos Urinarios; ¿Orina Normal? Si _____ No _____ con dolor? _____ Color de la orina _____

¿Cuántas veces al día orina? _____

Menstruación; frecuencia _____ duración _____ Con dolor? _____ Fecha de última menstruación _____

¿El estrés le ocasiona diarrea? Sí _____ No _____ ¿Estreñimiento? Sí _____ No _____

¿Se siente incómoda a causa de una sudoración abundante? Sí _____ No _____

¿Tiene secreciones vaginales? Si _____ No _____ Características _____

Objetivo:

Historia de hemorragias/ enfermedades renales, _____

Ruidos intestinales _____ Palpación de globo vesical _____

Sonda Vesical: Si _____ No _____ Días de instalada _____ Otras sondas: _____

4. - TERMORREGULACIÓN

Subjetivo:

¿La casa que habita es? fría _____ caliente _____ ¿Cuántas ventanas tiene?
_____ ¿Tiene problemas para controlar la temperatura de su casa? Nunca _____
a veces _____ con frecuencia _____
¿Es Ud. Sensible a los cambios de temperatura? Si _____ No _____
Temperatura ambiental que le es agradable _____

Objetivo:

Temperatura corporal _____
Características de la piel: Temp.. Normal _____ Tibia _____ fría _____ Transpiración

Temperatura de Miembros: Superiores _____ inferiores _____
Condiciones térmicas del entorno físico

5. - MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Subjetivo.

Capacidad física cotidiana _____
¿Qué deporte o actividad física practica? Correr _____ aerobics _____ bicicleta _____ ninguna _____
Frecuencia de los ejercicios; diario _____ 2 o 3 veces a la semana _____
Actividades en su tiempo libre _____
¿Da algún paseo fuera de su casa Sí _____ No _____ ¿con que frecuencia?

¿Su resistencia a la fatiga es? Buena _____ mediana _____ débil _____

Objetivo:

Puede subir solo a la cama? Si _____ No _____ Se levanta solo de la cama? Sí _____ No

Ayuda para la deambulación _____
Dolor con el movimiento: en articulaciones _____ En las piernas _____
Fracturas; Si _____ No _____ en que parte?

Várices; Piernas _____ Hemorroides _____ Vulvares _____
¿Tiene problemas cardiacos? Si _____ No _____ presión arterial alta? Si _____ No

6. - DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivo:

¿Tiene hábitos que le favorecen el sueño? Si _____ No _____ horario de descanso _____
horario de sueño _____ horas de sueño diario _____

¿Padece insomnio? Si _____ No _____ Causas: Nerviosismo _____ Dolor _____

¿Qué hace para remediarlo? _____

¿Siente cansancio al levantarse? Sí _____ No _____

¿En qué forma se le manifiesta? _____

¿Utiliza técnicas de relajación? _____

El hecho de estar en hospitalizado le produce; Ansiedad _____ Insomnio _____

¿Su hospitalización le causa problemas de tipo? Familiar _____ En su trabajo _____

Objetivos.

Estado mental; ansiedad _____ estresada _____ lenguaje _____

Ojeras _____ atención _____ bostezos _____ concentración _____

Apatía _____ cefaleas _____

Respuesta a estímulos _____

7. - USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Subjetivo:

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir? _____

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir? _____

¿Sus creencias religiosas le impiden vestirse como a Ud. Le gustaría? _____

¿Necesita Ud. usar vendajes? Sí _____ No _____ ¿Cuáles? _____

¿Usa Ud. Calzado especial? Sí _____ No _____ ¿Por qué? _____

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad _____

Capacidad _____

motora para vestirse y desvestirse: Solo _____ Con ayuda _____

8. - NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: baño: diario _____ c/3er. Día _____ c/8 días _____ esporádicamente

Momento preferido para el baño: por la mañana _____ por la noche _____

Frecuencia de aseo dental: 1 vez al día _____ 2 veces _____ 3 veces _____ esp. _____

Fecha de la última visita al dentista: _____ Motivo _____

_____ Aseo de manos; antes y después de comer

_____ después de eliminar _____ ¿En caso de herida sabe cómo asearse y

protegerse?

Objetivo.

Aspecto general: _____

Olor corporal _____ Halitosis _____

Estado del cuero cabelludo _____

Lesiones dérmicas: _____

Estado de los pies _____

9. - NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS (Seguridad).

Subjetivos:

¿Es Ud. alérgica a algún medicamento? Sí _____ No _____ ¿Cuál?

¿A otra substancia? _____

¿Tomaba Ud. medicamentos antes de su hospitalización? Sí _____ No _____

Nombre del medicamento	Dosis	Horario	Última Dosis	Indicación	
				Médica	Automédica

¿Qué actitud toma ante situaciones de tensión en su vida?

Se estresa _____ le da sueño _____ come mucho _____ llora _____ ríe sin control _____

¿Busca una solución inmediata? Sí _____ No _____ ¿Cuál?

¿Trabaja usted? Si _____ No _____ en que consiste su trabajo?

Objetivo:

Deformidades congénitas: _____

Condiciones de ambiente en el hogar:

_____ Condiciones del ambiente e su trabajo. _____

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE y SEXUALIDAD.

Subjetivo.

Miembros que componen su familia de pertenencia:

Nombre	Edad	Parentesco	Escolaridad	Ocupación

Estado civil: _____ años de relación: _____ Vive con: _____

Preocupaciones actuales. _____

Rol en la estructura familiar. _____

¿Cómo se lleva con su pareja; Bien _____ Regular _____ Mal _____

¿Desde cuándo vive en su actual domicilio? _____

¿Existen buenas relaciones en la vecindad? _____

¿Tiene amigas o familiares en quienes confíe y que estén dispuestos a ayudarlo si lo necesita?

—

¿Cuánto tiempo pasa sola? _____

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo:

Objetivo:

Edad de inicio de vida sexual _____ N° de Embarazos: _____ N° de Partos:

N° de Cesáreas: _____ N° de Abortos: _____ Fecha de último parto
_____ Uso de métodos anticonceptivos: Tipo de
método _____ Tiempo de uso _____ efectos
secundarios _____

Capacidad verbal: lenguaje claro _____ Ritmo moderado _____ confuso _____

Expresión no verbal: Movimientos _____ Cara expresiva _____ Mirada significativa

¿Ve Ud. bien? Si _____ No _____ ¿lleva Ud. Lentes? Gafas _____ De
contacto _____ ¿Oye bien? Si _____ No _____ ¿Lleva aparato auditivo? Si
_____ No _____ su olfato es; bueno _____ delicado con
olores fuertes _____

11. - NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS

Subjetivo.

Creencia religiosa. _____

Principales valores en su familia: _____

Principales valores personales: _____

Objetivo:

¿Permite el contacto físico con sus familiares y/o amistades?

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias? _____

12. - NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo.

¿Trabaja actualmente? _____ Tipo de trabajo _____

Riesgos: _____ Cuanto tiempo le dedica al trabajo _____

¿Está satisfecho con su trabajo? _____ ¿Su remuneración la permite cubrir sus necesidades
básicas y/ o las de su familia?

_____ ¿Está

satisfecho con el Rol que juega dentro de su familia?

Objetivo.

Estado emocional; calmada _____ ansiosa _____ temerosa _____ inquieta

13. - NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre:

¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad?

¿Existen recursos recreativos en su comunidad?

¿Forma parte de alguna sociedad? Deportiva _____ cultural _____
profesional _____

¿Cuales son sus pasatiempos favoritos?

Objetivo:

Integridad neuromuscular:

¿Rechaza las actividades recreativas? _____

¿Su estado de ánimo es? Apático _____ aburrido _____
participativo _____ -

14. - NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Subjetivo:

Nivel de educación: _____

¿Hay algo que desea saber sobre el medio hospitalario? Que aspectos _____

¿Comprende su enfermedad? Si _____ No _____ que aspectos

¿Le gustaría intercambiar opiniones con la enfermera sobre algún tema en especial?



**UNIVERSIDAD NACIONAL
CARRERA DE ENFERMERIA NIVEL LICENCIATURA
MÓDULO DE ENFERMERÍA HOSPITALARIA
PLAN DE CUIDADO**



NOMBRE DEL PACIENTE _____ **EDAD** _____
SEXO _____ **ESTADO CIVIL** _____ **RELIGION** _____
ESCOLARIDAD _____ **Dx. MEDICO** _____ **NOMBRE**
DEL ALUMNO/A _____ **Fecha** _____

NECESIDADES	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS/ RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO

--	--	--	--	--

XV. ANEXO 2

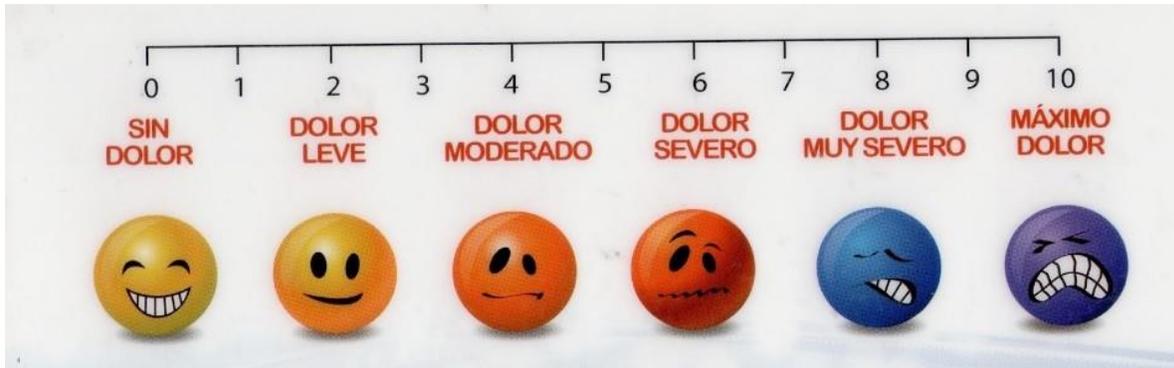
Escala de Braden

Percepción Sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Roce y Peligro de Lesiones
1. Completamente limitada	1. Constantemente limitada	1. Encamado/a	1. Completamente inmóvil	1. Muy pobre	1. Problemas
2. Muy limitada	2. A menudo húmeda	2. En silla	2. Muy limitada	2. Probablemente inadecuada	1. Problema potencial
3. Ligeramente limitada	3. Ocasionalmente húmeda	3. Deambula ocasionalmente	3. Ligeramente limitada	3. Adecuada	3. No existe problema
4. Sin limitaciones	4. Ráramente húmeda	4. Deambula frecuentemente	4. Sin limitaciones	4. Excelente	

Riesgo muy alto: <9
Alto riesgo: 10-12
Riesgo moderado: 13-14
Riesgo leve: 15-18
Sin Riesgo: 19-23



XVI. ANEXO 3



XVII. ANEXO 4

RECUERDA

PARA ENFRENTAR AL CORONAVIRUS COVID-19
LO MEJOR ES LA PREVENCIÓN

¡SI TE CUIDAS TÚ,
NOS CUIDAMOS TODOS!

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

800 0044 800
NACIONAL

800 624 1774
ESTATAL

EN CASO DE EMERGENCIAS LLAMAR AL **911** LAS 24 HORAS

¿SABES ESTORNUDAR CORRECTAMENTE?

¡Evita contagiar a los demás con los virus que expulsas al toser!

Cubre tu boca con un pañuelo desechable y tíralo a la basura.

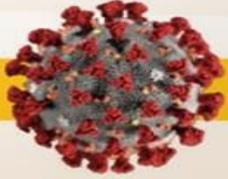
¡Nunca con las manos!
...o utiliza el ángulo interno del brazo

Después lava tus manos con agua y jabón.

EDUCACIÓN
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

SETAB

LO QUE DEBEMOS HACER CONTRA COVID 19



RECUERDA:
EL CORONAVIRUS COVID-19
NO CAUSA UNA ENFERMEDAD GRAVE.

PARA ENFRENTARLO, LO MEJOR ES LA PREVENCIÓN

NO HAGAS COMPRAS DE PÁNICO:
NO NECESITAS USAR CUBREBOCAS SI ESTÁS SANO.



NO REQUIERES PRODUCTOS ESPECIALES PARA LAVARTE LAS MANOS:
BASTAN AGUA Y JABÓN O GEL ANTIBACTERIAL.



MANTÉN LIMPIA TU CASA
Y DESINFECTA LOS OBJETOS QUE USES MÁS FRECUENTEMENTE.



Y MUY IMPORTANTE: NO DIFUNDAS RUMORES NI INFORMACIÓN FALSA.



¡SI TE CUIDAS TÚ,
NOS CUIDAMOS TODOS!

¡Lávate las manos!



- 1 Después de toser o estornudar 
- 2 Antes y después de cuidar a personas enfermas 
- 3 Antes, durante y después de preparar alimentos 
- 4 Antes de comer 
- 5 Después de ir al baño 
- 6 Cuando tus manos están visiblemente sucias 
- 7 Después de tocar animales o residuos de éstos 

XVIII. ANEXO 5

¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcohólica

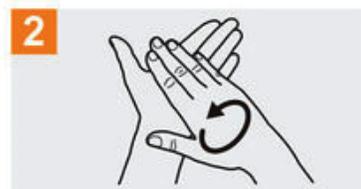
 Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



0 Mójese las manos con agua;



1 Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



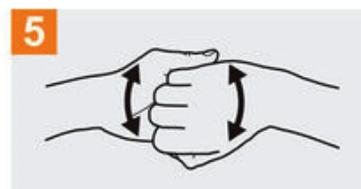
2 Frótese las palmas de las manos entre sí;



3 Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



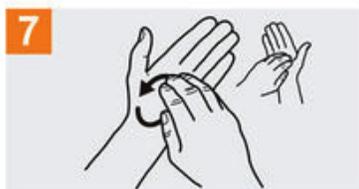
4 Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



5 Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



6 Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



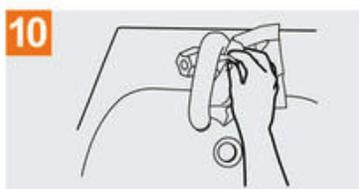
7 Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



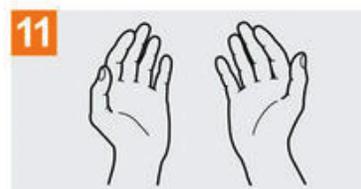
8 Enjuáguese las manos con agua;



9 Séquese con una toalla desechable;



10 Sirvase de la toalla para cerrar el grifo;



11 Sus manos son seguras.



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

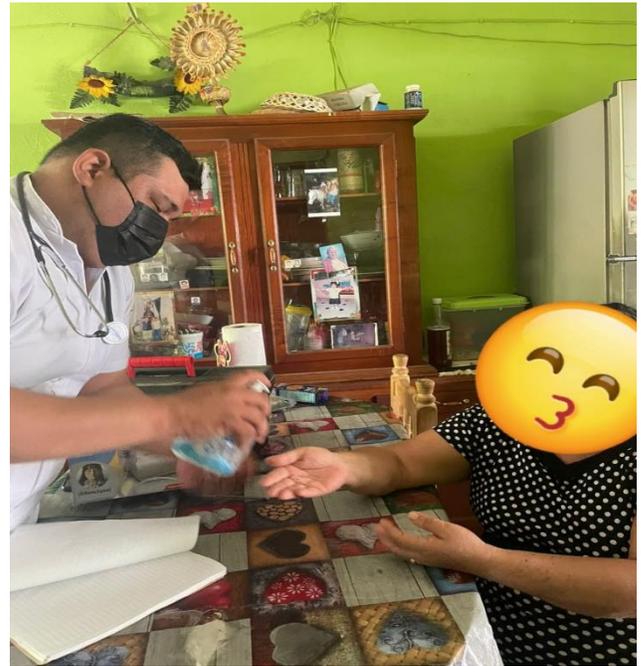
SAVE LIVES

Clean Your Hands

IX. ANEXO 6

ESCALA DE COMO DE GLASGOW		
Parámetros	Respuesta observada	Puntuación
Abertura ocular	Espontánea	4
	Al estímulo verbal	3
	Al estímulo doloroso	2
	Ninguna	1
Respuesta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palabras inadecuadas	3
	Sonidos incomprensibles	2
	Ninguna	1
Respuesta motora	Obedece órdenes	6
	Localiza el dolor	5
	Movimiento de retirada	4
	Flexión hipertónica (decorticación)	3
	Extensión hipertónica (descerebración)	2
	Ninguna	1
Trauma leve	Trauma moderado	Trauma grave
13 - 15	9 - 12	3 - 8

X. ANEXO 7



XI. ANEXO 8

Consentimiento Informado

Por medio del presente documento acepto participar como informante proporcionando datos acerca de la señora, con el cual llevara a cabo un proceso de enfermería realizando los procedimientos correspondientes. Realizado por el alumno de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Olmeca, el cual tiene como finalidad de acuerdo a una guía de valoración, evaluar los patrones de salud alterados del paciente.

He sido informado acerca del estudio a realizar y mi participación será de forma anónima y confidencial, de igual manera que los datos de la señora, con la finalidad de recolectar los datos. Al firmar este documento concedo mi consentimiento a responder los siguientes cuestionarios guía de valoración de Virginia Herdenson.

Firma del participante

Villahermosa, Tabasco Enero de 2024