



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A UN ADULTO, CON BASE EN
EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

Enfermera General.

Nivel técnico

PRESENTA:

María Verónica García

Número de cuenta:

099709583

DIRECTORA DEL TRABAJO:

M. E. María Aurora García Piña

Ciudad de México, abril, 2019





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.

AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a Dios, a mis maestros y a mi familia con todo cariño y amor.

A todas aquellas personas que me apoyaron para lograr mi sueño de titularme.

Gracias a que me impulsaron a seguir creciendo en el conocimiento.

Gracias a todo el esfuerzo ahora es posible dar un servicio a mis pacientes con un conocimiento científico siendo una mejor persona y brindando un servicio profesional del cuidado al servicio de la comunidad.

ÍNDICE

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN.....	5
II. JUSTIFICACIÓN.....	7
III. OBJETIVOS.....	9
3.1. General.....	9
3.2. Específico	9
IV. METODOLOGIA.....	10
V .MARCO TEÓRICO.....	12
5.1. Antecedentes históricos de Enfermería.....	12
5.1.1. La etapa de la sociedad primitiva.....	12
5.1.2. Dentro del periodo clásico.....	13
5.1.3. Teoría y modelo de Enfermería.....	13
5.1.4. Durante la concepción Nightingale.....	14
5.1.5. Modernismo.....	16
5.2. Definición de Enfermería.....	17
5.3. Teoría y Modelo de Enfermería.....	19
5.3.1. Modelos conceptuales	21
5.4. Modelo de Virginia Henderson.....	23
5.4.1. Conceptos y definiciones del modelo de Virginia Henderson.....	24
5.5. Definición y etapas del proceso de Enfermería.....	29
5.6. Etapa del desarrollo del Adulto Joven.....	50
5.6.1. Desarrollo sensorial y motor.....	51
5.6.2. Desarrollo sistémico.....	51
5.6.3. Desarrollo cognitivo.....	51
5.6.4. Desarrollo psicosocial.....	52
5.6.5. Desarrollo moral.....	52
5.6.6. Desarrollo afectivo.....	52
5.6.7. Desarrollo Intelectual en el Adulto Joven.....	53
5.6.8. Desarrollo Laboral.....	54

VI. DESARROLLO DEL PROCESO	55
6.1 Caso Clínico.....	55
6.2 Valoración de necesidades humanas.....	57
6.3 Conclusión diagnóstica.....	63
6.4 Plan de cuidados.....	64
VII. CONCLUSIONES.....	82
VIII. SUGERENCIAS.....	84
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85
XI. ANEXOS.....	87
Anexo 1. Instrumento Metodológico de Virginia H.....	88
Anexo 2. Plan de Alta.....	100
Anexo 3. Tuberculosis Pulmonar.....	102
Anexo 4. Diabetes Mellitus.....	109
Anexo 5. Semáforo de la alimentación.....	111
Anexo 6. Trípticos de la tuberculosis.....	113

I. INTRODUCCIÓN

En los últimos años la población mexicana se encuentra en una transición demográfica esto es debido al incremento en la esperanza derivada que ha provocado un número cada vez mayor de personas. De mayor edad aproximada de 70 años según el reporte geográfico por lo cual el aumento de la esperanza de vida se relaciona con el aumento de las enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes mellitus que ya son frecuentes sin embargo la edad se asocia también con una frecuencia en mayor riesgo pero se resalta la importancia de los programas profesionales de enfermería que se implementan las estrategias dirigidas a aumentar en sus habilidades y capacidades para hacer frente a los problemas y de este modo responder a las necesidades de los cuidados que la población necesita y que se encuentra demandando.

El profesional de enfermería debe brindar cuidados, es decir participar en la prevención y promoción a la salud para evitar complicaciones a través de un proceso de enfermería demostrando así la importancia de una atención individualizada, integral y humanizada.

El proceso de enfermería es la metodología por la cual el profesional brinda cuidados dirigidos a la satisfacción de las necesidades de las personas, familias y comunidad de forma sistemáticamente, un sustento científico.

Este proceso a su vez permite el desarrollo analítico, crítico y reflexivo para el personal de enfermería que constituye una metodología y una intervención que distingue la profesionalización y se le denomina como un conjunto de acciones que conducen a una meta determinada.

Este trabajo en particular se realiza con base en el modelo de Virginia Henderson para poder valorar a la persona en sus tres esferas: psicológica, fisiológica y social espiritual como señala Henderson; se lleva a cabo con una

persona masculina en edad adulta, este ejercicio se realizo en la clínica de primer nivel de especialidades Número 6 en la Secretaria de Salud de Asistencia de Salubridad y Asistencia Pública, a quien se da atención individualizada y se procura la disminución de posibles complicaciones y con un seguimiento estrictamente vigilado para favorecer una pronta independencia, mediante roles como: suplencia acompañamiento y ayuda para el logro de la misma Regresando al entorno valorando el ejercicio del conocimiento y voluntad de las personas para realizar actividades por sí mismas de esta forma el proceso de enfermería

El cuidado se ha dirigido a la supervisión estricta su tratamiento medico, vigilar dieta higiénico dietética y actividades recreativas.

Este trabajo se estructura con un marco teórico donde se describe el hacer y ser de la disciplina de enfermería, es decir cómo se brindan los cuidados a la persona, también se narra la constitución de las enfermeras vista como una profesión, se desarrolla el proceso donde se presenta un caso clínico con la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson que se centra en las actuaciones de enfermería. En la satisfacción de las necesidades básicas para llevarlo a la independencia en el cuidado con conclusiones diagnosticas, derivadas del análisis de dicha valoración los cuidados de enfermería que son la realización a una persona en un problema de salud.

Finalmente este escritocuenta con conclusiones, sugerencias, referencia bibliográficas y anexos que permiten sustentar el mismo.

I. JUSTIFICACIÓN

La tuberculosis (TB) es causada por *Mycobacterium tuberculosis*, una bacteria que casi siempre afecta a los pulmones. La afección es curable y se puede prevenir; se transmite de persona a persona a través del aire. Cuando un enfermo de tuberculosis pulmonar tose, estornuda o escupe, expulsa bacilos tuberculosos al aire, basta con que una persona inhale unos pocos bacilos para quedar susceptible.

Es una de las enfermedades más antiguas que afecta al ser humano, siendo la segunda causa mundial de mortalidad después del SIDA; en la actualidad es considerado un problema de salud pública en todo el mundo, el cual se evidencia por las altas tasas de morbilidad y mortalidad.

En países como el nuestro donde la Tuberculosis es aún un problema de salud pública, la capacitación y entrenamiento constante del personal de salud desempeñan un rol gravitante para garantizar la calidad en la atención de los pacientes con TBC o con sospecha de TBC, es así que el profesional de enfermería se considera como recurso humano fundamental para la atención de los pacientes, en su orientación diagnóstica, terapéutica y en las acciones de promoción de la salud.

Investigaciones realizadas con el propósito de conocer la participación de las universidades e instituciones técnicas formadoras de recursos humanos en salud sobre la enseñanza del control de la tuberculosis revelan que el esfuerzo realizado es insuficiente. Los conceptos etio-patogénicos y clínicos de la enfermedad suelen ser limitados, disgregados en el plan de estudio y frecuentemente desactualizados. Adicionalmente, la enseñanza de los aspectos operativos del control de la enfermedad es infrecuente y en muchos casos no coherente con los programas nacionales de control de la enfermedad.

Se elige este tema porque es una de las enfermedades mortales en nuestro país, y no se cuenta con la información adecuada de los tratamientos y procesos que se deben llevar para poder curar la enfermedad, y debido a que se lleva un tratamiento inadecuado de los enfermos, existen pocos programas de control, y el deterioro de las condiciones socioeconómicas y con el aumento de la pobreza se ha ido agravando, esto debido a que la tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa con alta tasa de incidencia y prevalencia en nuestro medio, es por ello que necesitamos métodos diagnósticos rápidos y de fácil acceso para el tratamiento adecuado.

La tuberculosis pulmonar sigue siendo el hallazgo del *Mycobacterium* en el esputo. No sucede así en la tuberculosis pleural en la cual el *Mycobacterium tuberculosis* no se encuentra frecuentemente.

El test de Ada es un análisis, de bajo costo y de fácil acceso en los servicios de salud por lo que su determinación nos permite el diagnóstico por su alta sensibilidad y especificidad. Especialmente en los lugares de prevalencia, y carencia económica.

Finalmente el presente documento escrito demuestra los conocimientos adquiridos durante la formación académica que le permita sustentar una profesionalización para obtener el grado de enfermera general.

II. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Desarrollar el proceso de enfermería con base en el modelo de Virginia Henderson a una persona adulta, en el área de primer nivel de atención de la salud para que sea capaz de satisfacer sus propias necesidades.

3.2. Objetivos específicos

- Identificar y jerarquizar las catorce necesidades
- Estructurar los diagnósticos de enfermería de las necesidades con dependencia, con base en el formato PES
- Elaborar un plan de cuidados y ejecutar las acciones que favorezcan una independencia
- Evaluar el proceso en general

III. METODOLOGÍA

Para la elaboración de este trabajo se solicitó la asesoría del personal docente de la eneo y se establecieron los lineamientos del proceso, conjuntamente se eligió una persona adulta con un diagnóstico médico de tuberculosis, en la clínica de especialidades #6 de la Secretaria de Salubridad de Asistencia Pública; se solicitó la autorización y cooperación para recabar la información necesaria para el plan de cuidados, el Sr. AFP accedió y colaboró durante la entrevista con las fuentes de información utilizadas para la recolección de datos que fueron de forma directa e indirecta por medio del interrogatorio donde se aplicó un instrumento metodológico (ver anexo 1) y la exploración física que a través de la observación, palpación, auscultación y percusión se obtuvieron datos más precisos y mediante la información proporcionada por los familiares, esposa e hijos, la primera valoración se hizo a su ingreso a la clínica como usuario de una atención y llevando una supervisión y un cuidado de tratamiento. Se utiliza termómetro, estetoscopio, baumanómetro, martillo de reflejos y papelería.

Una vez obtenida la información se organiza de acuerdo al modelo conceptual de Virginia Henderson lo cual permitió señalar y diseñar las estrategias para el cuidado de la persona de una forma integrada y se detectan las necesidades de dependencia que se presentan de manera inmediata al ingreso de la clínica por poner en riesgo su vida tras la valoración posteriormente se inicia la construcción de diagnóstico de enfermería con el apoyo de la taxonomía de la NANDA lo que permitió obtener juicios clínicos de enfermería reales y potenciales y con el formato PES, problema+etiología+signos y síntomas.

Posteriormente se fijan los objetivos deseables, se elabora el plan de cuidados, mismo que se ejecuta y se evalúan las intervenciones de enfermería.

En el plan de intervenciones de enfermería se ha enfatizado en: manejo de su tratamiento, alimentación, ejercicio, higiene y sobre todo medidas preventivas para evitar el contagio mediante trópicos y pláticas de educación para la salud. Se ejecutan y evalúan los objetivos planteados en el plan de cuidado, en promedio de 12 visitas de 30 minutos aproximadamente.

Finalmente al cumplir su tratamiento adecuadamente se da un plan de alta (ver anexo 1), para una mejor comprensión de los cuidados domiciliarios y de igual manera con su enfermedad crónica de diabetes Mellitus en una estrategia para que el señor A.P.F., pueda hacerse cargo de su tratamiento médico y tener una mejor calidad de vida de y ser independiente.

Cabe señalar que este trabajo se fue transcribiendo de manera simultánea y con la revisión de la asesoría de la tutora.

IV. MARCO TEÓRICO

En el presente apartado se van a enunciar conceptos y definiciones del proceso de enfermería desde el panorama histórico, se abordan la historia de la enfermería, desde el punto de vista de los cuidados, su objeto de estudio, lo cual permite profundizar en esta área para comprender el quehacer de la disciplina.

La enfermería ha pasado por diferentes periodos históricos que han ocurrido en forma paralela a los contextos sociales, políticos o religiosos.

El relato histórico establece una relación de parentesco con los antepasados tanto próximos como lejanos y un sentimiento de continuidad en el interior de los miembros del grupo, el espacio habitado y el proyecto de continuar la construcción del desarrollo de la profesión.

5.1 Antecedentes históricos de Enfermería

Según Hernández Conesa (1995), plantea para la revisión histórica del cuidado de enfermería, a través de las siguientes etapas:

5.1.1 La etapa de la sociedad primitiva

Se refiere a la sobrevivencia, en donde la mujer se encargaba de cuidar las condiciones de la casa y el hombre salía a buscar alimentos para sobrevivir, en aquella época la madre primitiva era la gran líder y se encargaba de transmitir conocimientos empíricos de generación en generación, utilizando plantas, hierbas para curar sus males, síntomas o molestias, con ello ayudaban a sus semejantes.

A todo esto se le denominó cuidados domésticos institucionales.

5.1.2 Dentro del periodo clásico

El conocimiento mítico de las cosas, da paso al desarrollo de la razón, los cuidados de enfermería son enmarcados en las coordenadas, mágico religiosa, en el ámbito doméstico con algunas incursiones a nivel institucional.

Los cuidados se brindaban en los templos como el de esculapio, siguieron una orientación mística y delegada de la medicina natural como consecuencia de los remedios naturales, tareas que se asignaba a las mujeres, esclavos y siervos como "objetos jurídicos", sobre los que se tenía la propiedad, esto representó un valor social de castigo para quienes brindaban el cuidado.

La mujer era quien se encargaba de seleccionar hierbas medicinales, ayudando a los enfermos, o bien iniciaban los sacerdotes del templo a realizar estas actividades; a esta etapa denominó concepción mágico religioso técnico.

5.1.3 En la era del cristianismo

En esta época se basan sus hechos en valores a partir de las sagradas escrituras, que confieren a Dios el poder sobre la vida, la salud y la muerte.

La enfermedad es permitida por lo divino en función del pecado y el principal medio que poseen los mortales para librarse de sus dolencias, es la oración.

El valor social de caridad y ayuda que otorga el Cristianismo al cuidado y los objetivos espirituales, como ocurrió con los barberos y sangradores, de esta forma "la caridad" en la que encuentra su sentido el concepto de "ayuda" y por tanto los "los Cuidados Enfermeros", es considerada como instrumento de salvación para la vida eterna.

Esta idea lleva a muchos cristianos a dedicar su vida al cuidado de pobres y enfermos. Así, "Los cuidados de Enfermería" se institucionalizaron basándose

en un concepto de ayuda que podríamos denominar "Vocacional-Cristiano-Caritativo", era la mujer, la enfermera consagrada que desempeñaba oficialmente las tareas de auxilio a pobres, enfermos y desvalidos.

En el siglo III, en la iglesia, el obispo era llamado "Padre de los pobres", el diácono era su delegado y con él colaboraban las mujeres, generalmente viudas que recibieron el nombre de diaconisas, las tareas de las diaconisas "no eran más que una continuación de aquella mezcla de cuidados mágicos, empíricos y de los tratamientos domésticos que las mujeres de la época empleaban en sus hogares" y estaban dirigidos hacia los más necesitados, por lo que se dedicaron a la educación de los niños huérfanos, labores pastorales entre mujeres y al cuidado de los enfermos, Febe, fue una de las primeras mujeres que se mencionan como seleccionadas para el servicio del diaconato, se le conoce como la primera diaconisa y la primera enfermera de la historia, se cree que asistía a los pobres en sus propios hogares, siendo su principal objetivo ayudar a la salvación del alma., la historia la refiere también como la primera enfermera visitadora.

Las viudas y vírgenes vivían en sus hogares pero con el tiempo se hicieron monjas, para la mujer de aquella época era sus modos vivendus. Por otro lado las mujeres romanas, que por su condición de casadas no podían ser diaconisas, recibieron el nombre de "Matronas romanas".

5.1.4 Durante la concepción Nightingale

Para el siglo XVII, fue la primera teórica en enfermería, quien aplica sus conocimientos de historia y filosofía al estudio de la realidad, el cuidado a la salud de las personas, desarrollo su teoría en un país que inició la transformación de las relaciones sociales de producción y distribución de bienes materiales y espirituales. Como consecuencia de la revolución industrial

aparece la clase de la burguesía, que transformaría no solo las condiciones de vida material de los hombres, sino también el pensamiento.

El aumento demográfico fue una consecuencia de la mejora en las condiciones materiales de vida.

En 1882 Robert Koch, descubrió el bacilo ácido resistente, que es el agente de la tuberculosis y que podía destruirse con el calor, quedando confirmado el papel mitológico del sol como purificador. No hay regulación sobre condiciones de salubridad en las hacinadas ciudades.

Nightingale aseguraba que si se cumplían los 5 puntos esenciales para la salubridad se mantendría la salud, ellos son: Aire puro, Agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz. En este nuevo siglo surgen nuevas epidemias como la fiebre amarilla, cólera, enfermedades venéreas, etc. Semmelweis revoluciona la atención a las parturientas con medidas higiénicas.

En 1830, se establecen los fundamentos de la diabetología, entre otros., en este contexto, hay progreso e individualización de numerosas enfermedades considerándose este período como la Revolución Biológica, donde se comienzan a plantear las repercusiones económicas por los problemas de salud. La enfermería hasta ese momento se había basado en una idea de arte y no de ciencia.

La enfermería se beneficia para sus prácticas de cuidados generales y materno-infantiles, con los descubrimientos de Pasteur (Revolución Pasteuriana), se manejan conceptos de asepsia y antisepsia, se descubre la anestesia a base de éter 1846 y cloroformo 1848.

A manera de conclusión, Florence Nightingale logró sentar bases en la disciplina de Enfermería a través de los siguientes postulados:

- Orientación centrada en el enfermo y no en la enfermedad.
- Consideración de los aspectos psicológicos y ambientales en relación con la salud y los cuidados.
- Orientación pseudomilitar, laica, profesional y religiosa
- Orientación centrada en la observación de los hechos de cuidados y planificación de los mismos.
- Orientación centrada en una formación específica y preparación sistemática para ejercer la enfermería, así como la investigación de los elementos y naturaleza de los cuidados de enfermería.
- Orientación que, por su época y el estatus de la mujer, está relacionada con la dependencia médica y las actitudes morales de las enfermeras.
- Orientación centrada que enfermeras formen otras enfermeras
- Orientación centrada que la enfermera participe en la administración de las instituciones de salud.
- Orientación centrada en aspectos de prevención y fomento de la salud.
- Orientación hospitalaria y extra hospitalaria de los cuidados de enfermería.
- Orientación remunerada de los cuidados de enfermería como servicio profesional.

5.1.5 Modernismo

En el siglo XX, etapa contemporánea, con el estudiante de enfermería, surge la idea de formar enfermeras y enfermeros en las diferentes especialidades; iniciando los cursos pos técnicos en atención de enfermería al paciente en estado crítico, enfermería médico quirúrgica, pediatría, atención a la salud pública, nefrología, administración y docencia en los servicios de enfermería.

Se crean modelos y teorías, trabajo en equipo, trabajo por funciones, trabajo por esquema, políticas y manuales. Avances de la tecnología y la ciencia, en donde las máquinas suplen las funciones de los hombres.

En la década de los 50's surgen los modelos de enfermería americanos fundamentados con teorías como son las sociales, psicología, pedagogía, entre otras.

Dan auge con mayor impacto en las diferentes especialidades; actualmente hay cursos pos-técnicos en las diferentes áreas.

El México moderno (1945), la escuela de enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), se separa de la carrera de Medicina y toma el nombre de Escuela de Enfermería y Obstetricia. En 1948 se crea la Dirección General de Profesiones, y en ese año se registra con el número 1 Guadalupe Vertiz, Enfermera Militar se establece la licenciatura de enfermería en 1967, y la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO). Dirigida por la enfermera Marina Guzmán Vanmeeter hasta 1974.

En 1961, México es admitido como país miembro del Consejo Internacional de Enfermería (CIE). En diciembre de 1967 se crea la asociación Nacional de Escuelas de Enfermería, A.C.

5.2. Definición de Enfermería

La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

La **enfermería** (del latín *in-*, «negación»; *firmus*, *firma*, *firmum*, «firme, resistente, fuerte»; y *-eria*, «actividad, establecimiento» o «actividad, establecimiento [relacionado] con los no firmes, no fuertes [enfermos]») es la ciencia que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como a

otras tareas sanitarias, siguiendo pautas clínicas.¹ La enfermería forma parte de las conocidas como ciencias de la salud.

La Asociación Norteamericana de Enfermeros declara desde 1987, en un documento denominado «Nursing: A Social Policy Statement», a la enfermería como: «El diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas ante problemas de salud reales o potenciales».³

La primera Teoría de enfermería nace con Florence Nightingale, a partir de allí aparecen nuevos modelos, cada uno de los cuales aporta una filosofía de entender la enfermería y el cuidado. Las enfermeras comenzaron a centrar su atención en la adquisición de conocimientos técnicos que les eran delegados, y con la publicación del libro «Notas de Enfermería» de Florence Nightingale en 1859 se sentó la base de la enfermería profesional.

En México los enfermeros son las personas indispensables para brindar los cuidados de enfermería, brindan atención en fábricas, oficinas, hospitales, escuelas, centros deportivos, guarderías, casas particulares y asilos, entre otros. Sus tareas son diversas y poseen un carácter multidisciplinario, aunque del conjunto destacan: la verificación y el registro de signos vitales (toma de presión arterial y temperatura), la realización de curaciones y el control de enfermos, sin dejar de lado la importancia que tiene la rama administrativa.

La Enfermería es la ciencia del cuidado de la salud del ser humano. Es una disciplina que en el último siglo y particularmente en los últimos años ha ido definiendo cada vez más sus funciones dentro de las ciencias de la salud.

Detrás de esta palabra hay una larga historia, que es bueno repasar. Partamos de su forma y de su significado: en primer lugar, aunque la palabra tiene los géneros masculino y femenino, este oficio ha sido ocupado preferentemente por mujeres; con lo que lo habitual es (ha sido) la enfermera y lo excepcional el enfermero, mientras en el tramo superior, lo normal ha sido el médico y lo

excepcional, la médica. Es decir que siguiendo el esquema tradicional, el trabajo de alto nivel lo ha copado el hombre, mientras se ha dejado el de segunda categoría a la mujer.

Esto en cuanto a la forma. En cuanto al significado, es transparente: enfermero o enfermera es la persona que asiste directamente al enfermo y ayuda al médico. El hecho es que el médico no consideraba que tuviese que estar junto al enfermo. De hecho se inventó el cirujano, el trabajador manual, para que cuidase al enfermo y le hiciese las curas. El barbero era el auxiliar natural del médico. La idea de que el contacto del médico con el enfermo tiene que ser esporádico, lo suficiente para poder ejercer de conocedor, pero nunca de cuidador del enfermo, es antiquísima, y sigue manteniéndose en pleno vigor. Para cuidar al enfermo en el hospital o en la clínica, se inventó la enfermera.

5.3 Teoría y Modelo de Enfermería

Las teorías son una serie de conceptos relacionados entre sí que proporcionan una perspectiva sistemática de los fenómenos, predictiva y explicativa. Pueden empezar como una premisa no comprobada (hipótesis) que llega a ser una teoría cuando se verifique y se sustente o puede avanzar de forma más inductiva.

Es importante saber que cada teoría estudia un aspecto limitado de la realidad. Por lo tanto es necesario contar con muchas teorías que estudien todos los fenómenos relacionados con el cuidado de enfermería. No todos los modelos y teorías se aplican a todas las situaciones en las que esté involucrada enfermería, sino solo a una pequeña parte de todos los fenómenos de interés para la enfermería.

La Enfermería es el cuidado de la salud del ser humano. También recibe ese nombre la profesión que, fundamentada en dicha ciencia, se dedica básicamente al diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales o

potenciales. El singular enfoque enfermero se centra en el estudio de la respuesta del individuo o del grupo a un problema de salud real o potencial, y, desde otra perspectiva, como complemento o suplencia de la necesidad de todo ser humano de cuidarse a sí mismo desde los puntos de vista biopsicosocial y holístico. El pensamiento crítico enfermero tiene como base la fundamentación de preguntas y retos ante una situación compleja y el cómo actuar ante dicha situación.

Los modelos y teorías de la Enfermería pretenden describir, establecer y examinar los fenómenos que conforman la práctica de la Enfermería.

Se asume por la disciplina que para poder determinar que existe una teoría enfermera ésta debe contener los elementos del metaparadigma de enfermería.

Cada disciplina hace suyos los términos relacionados con la teoría y su desarrollo con el fin de dotarla de un cuerpo de conocimientos que le permitan orientar el ejercicio de la disciplina. En la Enfermería se contemplan los siguientes términos:

- **Filosofía.** Es la reflexión sobre los fenómenos de la práctica del cuidado, concebido como eje fundamental de la enfermería y núcleo de su práctica profesión y base para la construcción del conocimiento, que permitan a la enfermería fundamentar su identidad y dar razón de su quehacer.
- **Ciencia.** Es tanto un cuerpo de conocimientos propios de una disciplina como las habilidades y metodología que hacen progresar dicha disciplina.
- **Conocimiento.** Es la percepción de la realidad que adquirimos por el aprendizaje y la investigación.
- **Teoría.** Consiste en un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que nos permiten una visión sistemática de los

fenómenos, estableciendo para ello las relaciones específicas entre los conceptos a fin de escribir, explicar, predecir y/o controlar dichos fenómenos. La utilidad de la teoría para la enfermería radica en que le permite aumentar los conocimientos sobre su propia disciplina, al utilizar de manera sistemática un método de trabajo.

- **Modelo.** Se trata de la representación simbólica de la realidad. Los modelos se desarrollan usando conceptos relacionados que aún no han progresado hacia una teoría. El modelo sirve como eslabón en el desarrollo de una teoría. Los modelos de enfermería son, pues, representaciones de la realidad de la práctica de enfermería.

5.3.1. Modelos conceptuales

La enfermería como profesión existe desde que [Florence Nightingale], a mediados del [siglo XIX], expresó la firme convicción de que la enfermería requería un conocimiento diferente al conocimiento médico. Describió lo que para ella era la función propia de enfermería: poner al paciente en las mejores condiciones para que la Naturaleza actúe sobre él; definió los conceptos de salud y enfermedad en relación con la enfermería, el objetivo de los cuidados de enfermería y su praxis.

Es a partir de la década de los [años 50] del [siglo XX] cuando los profesionales de enfermería comienzan a desarrollar los modelos conceptuales. Éstos pueden clasificarse según su centro de interés principal. Representan diferentes puntos de vista y explicaciones sobre la naturaleza de los objetivos y los métodos de enfermería, porque parten de teorías distintas sobre las persona. Se pueden hacer tres tipos de planteamientos para desarrollar la teoría de enfermería:

- Usar el marco conceptual de otras disciplinas aplicándolo a la enfermería. Pero hay teorías difícilmente aplicables a la enfermería.

- Usar un planteamiento inductivo, es decir, a través de la observación llegar a teorías que expliquen los temas importantes de la enfermería.
- Usar un planteamiento deductivo. Buscar la compatibilidad de una teoría general de enfermería con varios aspectos de ella.
- Genera conocimientos que facilitan mejorar la práctica. En pocas palabras la enfermería es 100 por ciento práctica de que sirve la teoría si no sabes lo que es la práctica gays
- Organiza la información en sistemas lógicos.
- Descubre lagunas de conocimientos en el campo específico del estudio.
- Descubre el fundamento para la recogida de datos, fiable y veraz, sobre el estado de salud de los clientes, los cuales son esenciales para que la decisión y su cumplimiento sean efectivos.
- Aporta una medida para evaluar la efectividad de los cuidados de enfermería.
- Desarrolla una manera organizada de estudiar la enfermería.
- Guía la investigación en la enfermería para ampliar los conocimientos de la misma.

La implantación de un marco o modelo conceptual es una forma de enfocar una disciplina de manera inequívoca, que incluye un lenguaje común comunicable a otros.

La diferencia entre modelo conceptual y teoría es el nivel de abstracción. Un modelo conceptual es un sistema abstracto de conceptos relacionados entre sí. Una teoría está basada en un modelo conceptual, pero está más limitada en el ámbito, contiene más conceptos concretos con definiciones y explicaciones detalladas de las premisas o hipótesis.

Todavía se siguen desarrollando las teorías de enfermería, y cada una recibe el nombre de la persona o grupo que la han desarrollado, reflejando sus ideas.

5.4. Modelo de Virginia Henderson

Bases Teóricas: Es un modelo de suplencia o ayuda. Parte del concepto de las necesidades humanas de Maslow.

Presunciones y Valores: El ser humano es un ser biopsicosocial con necesidades que trata de cubrir de forma independiente según sus hábitos, cultura, etc. El ser humano cuenta con 14 necesidades básicas:

Respirar, comer y beber, evacuar, moverse y mantener la postura, dormir y descansar, vestirse y desnudarse, mantener la temperatura corporal, mantenerse limpio, evitar los peligros, comunicarse, ofrecer culto, trabajar, jugar y aprender.

La salud es la habilidad que tiene la persona para llevar a cabo todas aquellas actividades que le permitan mantener satisfechas las necesidades básicas.

Necesidad es, pues, un requisito fundamental que toda persona debe satisfacer para mantener su equilibrio y estabilidad; de tal manera, que si uno de estos requisitos no existe, se produce un problema que hace que la persona no se mantenga en el estado de salud dentro de los límites, que en biología, se consideran normales. La necesidad no satisfecha se expresa en una serie de manifestaciones, las cuales se pueden representar de diferentes formas para cada una de las necesidades. Cuando una necesidad no está satisfecha, la persona deja de ser un todo completo, pasando a ser dependiente para realizar los componentes de las 14 necesidades básicas.

Independencia será, por tanto, la satisfacción de las 14 necesidades básicas. Ésta se puede ver alterada por factores que Henderson denomina permanentes (edad, nivel de inteligencia, medio sociocultural, capacidad física) y variables o patológicos.

Funciones de Enfermería: Las funciones de enfermería en el modelo de Virginia Henderson son atender a la persona sana o enferma en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a la salud, a su restablecimiento, o a evitarle sufrimientos en la hora de la muerte, actividades que él realizaría si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios.

Cuidados de Enfermería: No son otros que los fundamentos que componen los cuidados enfermeros, actividades que ayudan a cubrir a través de un plan de cuidados las deficiencias o necesidades detectadas en materia de salud.

5.4.1. Conceptos y Definiciones del Modelo de Virginia Henderson

El modelo conceptual de Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería.

Postulados, valores, conceptos.

A. Postulados.

En los postulados que sostienen el modelo, descubrimos el punto de vista del paciente que recibe los cuidados de la enfermera. Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

Inspirándose en el pensamiento de esta autora, los principales conceptos son explicativos de la siguiente manera:

- Necesidad fundamental: Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Son para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la

persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias.

- Independencia: Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza él mismo o que otros realizan en su lugar, según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos, para la que la persona logre su autonomía.
- Dependencia: No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.
- Problema de dependencia: Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el paciente.
- Manifestación: Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.
- Fuente de dificultad: Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

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

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

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

Dichos postulados se resumen en:

- Cada persona quiere y se esfuerza por conseguir su independencia.
- Cada individuo es un todo compuesto y complejo con catorce necesidades.
- Cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no es un todo complejo e independiente.

B) Valores.

Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson.

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

C) Conceptos.

Los elementos mayores del modelo han sido identificados de la siguiente manera:

- Objetivos: Conservar o recuperar la independencia del paciente en la satisfacción de sus catorce necesidades.
- Cliente/paciente: Ser humano que forma un todo complejo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden biopsicosocial:
 1. Necesidad de respirar.

2. Necesidad de beber y comer.
3. Necesidad de eliminar.
4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
5. Necesidad de dormir y descansar.
6. Necesidad de vestirse y desvestirse.
7. Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
8. Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.
9. Necesidad de evitar los peligros.
10. Necesidad de comunicarse.
11. Necesidad según sus creencias y sus valores.
12. Necesidad de ocuparse para realizarse.
13. Necesidad de recrearse.
14. Necesidad de aprender.

La persona cuidada debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

- Rol de la enfermera: Es un rol de suplencia-ayuda. Suplir, para Henderson, significa hacer por él, aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos.
- Fuentes de dificultad: Henderson identificó las tres fuentes mencionadas anteriormente: falta de fuerza, de voluntad y conocimientos.
- Intervenciones: El centro de intervención es la dependencia del sujeto. A veces la enfermera centra sus intervenciones en las manifestaciones de dependencia y otras veces en el nivel de la fuente de dificultad, según la situación vivida por el paciente. Las acciones de la enfermera consisten en completar o reemplazar acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades.

Consecuencias deseadas: son el cumplimiento del objetivo, es decir, la independencia del paciente en la satisfacción de las catorce necesidades fundamentales.

Henderson no perseguía la creación de un modelo de enfermería, lo único que ansiaba era la delimitación y definición de la función de la enfermera.

A continuación, se expondrán los cuatro elementos del metaparadigma.

METAPARADIGMA

El metaparadigma comprende los cuatro elementos siguientes.

a) Salud. Estado de bienestar físico, mental y social. La salud es una cualidad de la vida. La salud es básica para el funcionamiento del ser humano. Requiere independencia e interdependencia. La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo. Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

b) El Entorno. Es el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo (Definición del Websters New Collegiate Dictionary 1961). Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en tal capacidad.

Las enfermeras deben:

- Recibir información sobre medidas de seguridad.
- Proteger a los pacientes de lesiones producida por agentes mecánicos.
- Minimizar las probabilidades de lesión mediante recomendaciones relativo a la construcción de edificios, compra de equipos y mantenimiento.

- Tener conocimientos sobre los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los peligros.

c) Persona.

Individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales.

La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.

La mente y el cuerpo de la persona son inseparables.

El paciente requiere ayuda para ser independiente.

El paciente y su familia conforman una unidad.

d) Enfermería.

Henderson define la enfermería en términos funcionales.

La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible.

5.5. Definición y etapas del proceso de Enfermería

El **proceso de enfermería** o **proceso de atención de enfermería (PAE)** es un conjunto de acciones intencionadas que el profesional de enfermería, apoyándose en modelos y teorías, realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que la persona que necesita de cuidados de salud reciba los mejores posibles por parte 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 personas 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 mismo.

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

El proceso de enfermería 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 de enfermería le da a la enfermería la categoría de ciencia.

5.5.1. Etapas del Proceso de Enfermería

Las 5 etapas del "Proceso de atención de enfermería" (PAE) son: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución, Evaluación.

➤ Valoración

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y

espirituales. Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud.

Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

- Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.
- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las

apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

En la recogida de datos necesitamos:

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc.) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).
- Convicciones (ideas, creencias, etc.)
- Capacidad creadora.
- Sentido común.
- Flexibilidad.

Tipos de datos a recoger:

- Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.
- Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

Los tipos de datos:

- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).
- Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- Datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).
- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos:

Entrevista Clínica:

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son:

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos Y también.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre

I. Iniciación: Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.

II. Cuerpo: La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la

consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.

III. Cierre: Es la fase final de la entrevista No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

- Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican;
- Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiéndose por esto no solamente los ruidos audibles sino también, la imagen global que ofrece el centro sanitario.

Las técnicas verbales son:

- El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.
- Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:

- Expresiones faciales,
- La forma de estar y la posición corporal,
- Los gestos,
- El contacto físico,
- La forma de hablar.

Empatía: Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, Cibanal (1991). Pero Borrell (1989), nos aporta que no basta con comprender al cliente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía pues consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente, Y otro en el que le da a entender que la comprende.

Calidez: Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal

Respeto: Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos Borrell (1989). En palabras de Cibanal (1991), implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.

Concreción: Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos Y compartidos de la entrevista, Borrell (1989).

Cibanal (1991) nos aporta una quinta característica del entrevistador: La autenticidad, ésta supone que «uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos».

La observación: En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

La exploración física:La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de La enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- **Inspección:** es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración
- **Percusión:** implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten

músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

- **Auscultación:** consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:

- Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática Y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
- Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.
- Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que utilicemos.

➤ **Diagnóstico**

Según se utilice el PAE de 4 fases o el de 5 es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo

para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

- La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras.
La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo
- Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales.
Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.)

Los pasos de esta fase son:

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

Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del quehacer profesional. La Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) en 1993, elaboró un documento en el que especificaba estos beneficios:

1. **Investigación:** Para poder investigar sobre los problemas de Salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones, puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros. Es evidente que esto no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que aúne los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos. En este momento los Diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en Enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:

Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales.

- Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los Diagnósticos de Enfermería aceptados.
- Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo Diagnóstico.

- Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada.
 - Identificar nuevas áreas de competencia en Enfermería, o completar las ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos Diagnósticos.
- 2. Docencia:** la inclusión de los Diagnósticos de Enfermería en el curriculum básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente, y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el curriculum. Permite:
- ❖ Organizar de manera lógica, coherente Y ordenada los conocimientos de Enfermería que deberían poseer los alumnos
 - ❖ Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los enfermeros docentes y con los propios alumnos, lo cual facilita enormemente la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.
- 3. Asistencial:** El uso de los Diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir:
- Identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de Salud.
 - Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia.
 - Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de Enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.
 - Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional.
 - Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.

- Diferenciar la aportación enfermera a los cuidados de Salud de las hechas por otros profesionales.
- Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia.
- Mejorar y facilitar la comunicación inter e intradisciplinar.

4. Gestión: Algunas de las ventajas que comportan la utilización de los Diagnósticos de Enfermería en este ámbito son:

- Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos, Y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.
- Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.
- Favorece la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los Diagnósticos de Enfermería que se dan con mayor frecuencia.
- Posibilitar la determinación de los costes reales de los servicios de Enfermería, y consecuentemente, los costes reales de los cuidados brindados al usuario.
- Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería brindados en un centro o institución.
- Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

1. Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.

2. Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
3. Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.
4. Las características que definen el diagnóstico real son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.
5. Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema.

Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo, por ejemplo es:

- **F. Fisiopatológicos (biológico y psicológicos):** shock, anorexia nerviosa
- **F. de Tratamiento** (terapias, pruebas diagnósticas, medicación, diálisis, etc.)
- De medio ambiente como, estar en un centro de cuidados crónicos, residuos tóxicos, etc.
- Personales, como encontrarnos en el proceso de muerte, divorcio, etc.
- **F. de Maduración:** paternidad/maternidad, adolescencia, etc.

Tipos de diagnósticos:

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

- **Real:** representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.
- **Alto Riesgo:** es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1. a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- **Posible:** son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- **De bienestar:** juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo

que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en i los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

➤ **Planeación**

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989).

Etapas en el Plan de Cuidados

- **Establecer prioridades en los cuidados.** Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos... Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- **Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados.** Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.
- Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

- Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades... así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.
- Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.
- **Elaboración de las actuaciones de enfermería**, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los

problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

➤ **Ejecución**

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo.

En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

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

➤ **Evaluación**

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982). El proceso de evaluación consta de dos partes

Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.

Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- ❖ Observación directa, examen físico.
- ❖ Examen de la historia clínica

2.- Señales y Síntomas específicos

- ❖ Observación directa
- ❖ Entrevista con el paciente.
- ❖ Examen de la historia

3.- Conocimientos:

- ❖ Entrevista con el paciente
- ❖ Cuestionarios (test)

4.- Capacidad psicomotora (habilidades)

- ❖ Observación directa durante la realización de la actividad

5.- Estado emocional:

- ❖ Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- ❖ Información dada por el resto del personal

6.- Situación espiritual (modelo holístico de la salud):

- ❖ Entrevista con el paciente.
- ❖ información dada por el resto del personal

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

- De forma resumida y siguiendo a M, Caballero (1989) la evaluación se compone de:
- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

5.6. Etapa de desarrollo del adulto joven

La etapa del adulto joven comienza alrededor de los 20 años y concluye cerca de los 40. En la adultez joven hay que tomar muchas responsabilidades. Las tareas propias de la edad tienen que ver con el mundo social (pareja, trabajo, hijos, etc.).

El rol activo que se asume es el término de la moratoria psicosocial (según Erikson). Hay construcción y establecimiento de un estilo de vida, se organiza la vida de forma práctica, se llevan a cabo propósitos.

5.6.1. Desarrollo sensorial y motor

En el adulto joven las capacidades físicas alcanzan el máximo de efectividad, existe destreza manual y una mayor agudeza visual.

Los hombres y mujeres alcanzan su mayor plenitud, han logrado el más elevado punto de coordinación, equilibrio, agilidad, fuerza y resistencia. Entre los 25 y los 30 años el hombre tiene máxima fuerza muscular, siempre y cuando la desarrolle.

5.6.2. Desarrollo sistémico

Los sistemas tienen en esta edad una notable capacidad compensatoria, así el adulto joven es capaz de conservar la salud en forma casi continua, por esta razón presenta tan poca o ninguna preocupación por su salud.

A pesar de que en esta etapa las características físicas alcanzan su plenitud, se debe considerar que alrededor de los 30 años empiezan a declinar algunas capacidades.

5.6.3. Desarrollo cognitivo

Es importante saber que la vida para los adultos jóvenes, pierde su carácter provisional, lo cual significa que sabe que lo que hace hoy tendrá consecuencias mañana y que debe proyectarse a lo largo de la vida y no a 2 o 3 años.

El desarrollo del pensamiento alcanza un paso más, el adulto pasa del pensamiento formal según Piaget, al pensamiento post formal que tiene la particularidad de que la persona es más flexible frente a las diversas situaciones a las que enfrenta.

5.6.4. Desarrollo psicosocial

Según Schwartz las personas solteras pueden tener 6 estilos de vida:

- la profesional: que tienen planificada toda su vida y se dedican al trabajo y al
- estudio.
- la social: que se dedican a las relaciones interpersonales, individualista que se
- concentran en sí mismo.
- la activista: los cuales se dedican a la política
- él pasivo: que tienen una visión negativa de la vida.
- los asistenteciales: a los cuales les gusta servir a otros.

5.6.5. Desarrollo moral

Kohlberg define moral como un sentido de justicia, el cual depende de un desarrollo

cognitivo que implica una superación del pensamiento egocéntrico y una capacidad

Creciente de pensar de una manera abstracta. El adulto joven posee, según este autor, una moral Post-convencional, que marca el logro de la verdadera moralidad, la persona conoce las posibilidades de conflicto entre dos.

5.6.6. Desarrollo afectivo

Al encontrar su identidad permite la fusión con otro, ya sea laboral o afectivamente ya posee la capacidad de adaptarse y de afiliarse.

Walster plantea que pueden existir en las parejas dos tipos de amor Apasionado: Se caracteriza por una confusión de estados emocionales, hay

ternura, pasión y alegría, sin embargo, genera mucha ansiedad y dependiendo de la estructura de personalidad se manifiestan sentimientos.

Es característico de la juventud. Compartido: Es un amor más profundo, donde hay compromiso, se comparte, se toman decisiones en conjunto con el otro en cuanto a la relación afectiva y existe conciencia de la relación afectiva que se tiene.

Se espera que en el adulto joven temprano desarrolle un amor compartido, donde se sabe administrar la relación de pareja.

Alrededor de los 30 años hay un cuestionamiento de la vida pasada, de la elección de pareja, de la carrera, se hacen nuevas elecciones y profundizan o se cambian compromisos.

El adulto siente la necesidad urgente de dar un carácter real y comprometido a su vida con el objeto de lograr la estabilidad, por lo tanto, reconstruye y reorganiza.

Luego de esta transición se establece con la familia, el hogar y logra un sentido de pertenencia y llega a ser un miembro valorado por la sociedad.

5.6.7. Desarrollo Intelectual en el Adulto Joven

Una forma de pensamiento adulto es el que algunos teóricos han denominado pensamiento dialéctico, en el cual, cada idea o tesis implica su idea opuesta o antítesis.

El pensamiento dialéctico consiste en la capacidad de considerar puntos de vista opuestos en forma simultánea, aceptando la existencia de contradicciones.

Este tipo de pensamiento permite la integración entre las creencias y experiencias con las inconsistencias y contradicciones descubiertas, favoreciendo así la evolución de nuevos.

Los adultos que alcanzan el pensamiento dialéctico se caracterizan porque son más sensibles a las contradicciones, aprecian más las opiniones contrarias y que han aprendido a vivir con ellas. (F. Phillips Rice, 1997, págs.533-534).

5.6.8. Desarrollo Laboral

En el ámbito laboral, el adulto joven se enfrenta con la tarea de establecer una identidad laboral adulta.

La transición desde el aprendizaje y el juego al campo laboral puede ser gradual o abrupta, pero en algún momento del segundo decenio de la vida, el trabajo se convierte en una actividad central para la estabilidad y progresión intrapsíquica.

Sentirse productivo y competente es parte importante del auto-concepto y de la identidad psicosocial.

VI. DESARROLLO DEL PROCESO

6.1. CASO CLINICO

Nombre: A. P. F.

Estado civil: casado

Escolaridad: analfabeta

Ocupación: desempleado

Domicilio: Roma No. 18 colonia Juárez Delegación Cuauhtémoc

Somatometria y Signos Vitales: Peso: 55Kg

Talla: 1.65cms

Presión arterial: 100/60 mmHg

Frecuencia cardiaca: 92 x`

Frecuencia respiratoria: 19 x`

IMC: 20.2

Masculino de 35 años de edad, tiene el antecedente de padecer Diabetes Mellitus tipo II desde hace 7 años, con mal manejo del tratamiento médico, refiere que ocasionalmente acude a consulta médica para seguimiento y solo toma su medicamento cuando se siente mal, no recuerda el nombre del mismo. También menciona que hace unos meses inició su padecimiento con tos, expectoraciones blanquecinas y amarillentas con predominio de la mañana, están acompañadas de sudoraciones nocturnas y fiebre no cuantificable, mal estado general, mialgias, artralgias y pérdida de peso de aproximadamente de 7

a 8 kilos. Acudió al servicio médico donde fue valorado médica y radiológicamente por sospecha de tuberculosis, motivo por el cual se le solicitó una baciloscopia la cual resulto positiva a una cruz; se inició tratamiento y control médico de tuberculosis.

Al momento de la exploración física se encuentra con edad cronológicamente menor a la que aparenta, consiente, tranquilo, cooperador, orientado en sus tres esferas (tiempo, lugar y persona), activo, reactivo con actitud libremente escogida, palidez de tegumentos, marcha normal; implantación de cabello adecuada, pupilas reflexivas, conjuntivas amarillentas, nariz simétrica con narinas permeables, boca con labios simétricos e hidratados, mala higiene bucal, tórax normal cilíndrico con campos pulmonares ventilados con buena entrada y salida de aire sin presencia de estertores o sibilancias, ruidos cardiacos rítmicos con buena intensidad; extremidades superiores simétricas íntegras y movimientos de amplitud, extensión presentes, pulsos presentes, extremidades inferiores hipotónicas, simétricas con pulsos presentes.

Antecedentes heredofamiliares

Abuela materna finada por enfermedad vascular-cerebral

Abuelo materno finado por diabetes Mellitus

Padre finado por alcoholismo, cirrosis hepática

8Hermanos, todos sanos

7Hijos, todos sanos

Antecedentes personales

Originario de Querétaro, reside en la Ciudad de México, realiza baño y cambio de ropa cada tercer día, aseo bucal 2 veces al día. Habita en una casa prestada

sin servicios intra y extra domiciliarios, presenta hacinamiento cuenta con una recámara, un baño que comparte con 20 personas más, realiza dos comidas al día con mala calidad y cantidad, no realiza actividad física, ni deporte de ningún tipo, no tiene esquema de vacunación.

Antecedentes patológicos

Diabetes Mellitus desde hace 7 años, tabaquismo desde los 20 años fumando dos cigarros al día, alcoholismo desde los 15 años de edad, cada 8 días hasta llegara la embriaguez.

Actualmente en tratamiento por tuberculosis pulmonar:

Fase intensiva: isoniazida 75mgs, Pirazinamida 400mgs, Rifampicina 150mgs, Etambutol 300mgs (DoTBal) 4 tabletas de lunes a sábado durante 10 semanas (60 dosis)

Fase sostén: DoTBal 2 tabletas lunes, miércoles y viernes por 15 semanas (45 dosis)

Acudir a su control mensual para toma de baciloscopia

6.2. VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

El Sr. APF presenta tos productiva de color blanco y amarillento, sin problema a la expulsión. Refiere ser fumador desde hace 15 años, menciona que desde hace 4 años dejó de fumar, sin embargo fumó de 3 a 4 cigarros al día sin variar cantidad. Menciona que se cansa cuando realiza actividades continuas.

Estado de conciencia consiente, activo en las 3 esferas: tiempo, lugar y espacio. Presenta palidez de tegumentos, no hidratado y baja turgencia, con

llenado capilar de 1 a 2 segundos. Con signos vitales de: Presión arterial: 100/60 mmHg, Frecuencia cardiaca: 92 x` y Frecuencia respiratoria: 19 x`. Se observa con dificultad respiratoria.

A la exploración física se encuentra narinas permeables, mucosas secas, sin estertores, sin sibilancias, con buena entrada y salida de aire.

NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION

Refiere dieta para diabético con dos comidas al día, no refiere intolerancia alimentaria, alergias a alimentos, así mismo no menciona problemas de la masticación o deglución. Realiza una hora de ejercicio diaria, toda la semana. Refiere no tener una dieta suficiente y balanceada por situación económica. Refiere comer verduras y caldo de pollo. Ingiere tres tortillas cada comida y pan blanco por la noche. Acompaña las comidas con refresco si es que tenía dinero o agua cuando no hay posibilidad. Los niños consumen leche de la conasupo. Reportar datos de glucemia

Se observa con turgencia de la piel flácida y piel no hidratada, con uñas y cabello de buena cantidad y bien implantados. El aspecto de los dientes y encías son de coloración rosada y dentadura completa.

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Hábitos intestinales presentes con buen movimiento y eliminación diaria. Características de las heces formadas, sin uso de laxantes; orina de color amarilla oscuro y escasa. Niega historia de hemorragias o enfermedades renales. Reportar datos de infecciones en riñón, glucosa en orina???

Se palpa abdomen globoso sin dolor, presenta buen peristaltismo y sin irritación.

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Se adapta los cambios de temperatura, realiza caminata una hora diaria por la tarde. La temperatura ambiental que le es agradable es el clima templado. Refiere transpirar cuando camina. Las condiciones de su entorno son favorables en cuanto a clima. Se observa la piel deshidratada con prueba de lienzo negativa, con turgencia flácida y mucosas orales secas.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Refiere capacidad física cotidiana de acuerdo a su edad y complejión. Refiere actividades en el tiempo libre como de escaso una hora de televisión, los hábitos de trabajo son seis horas de labores.

Se observa estado del sistema músculo esquelético: normal, con buena flexibilidad, buen tono muscular y leve fuerza muscular. Se observa tomar posturas de acuerdo a las actividades cotidianas a realizar.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Refiere descansar por la tarde y ver televisión, su horario de sueño es de 10 pm a 6 am, teniendo en promedio ocho horas de sueño. Menciona no hacer siesta, ni requiere de ayudas para conciliar el sueño. No refiere insomnio y si se encuentra descansado al levantarse.

Se observa tranquilo, sin ojeras, con atención a las preguntas, cooperador, no presenta bostezos, responde a estímulos.

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Refiere no influir su estado de ánimo para la selección de sus prendas, su autoestima no es determinante en su modo de vestir. Sus creencias no le

impiden vestirse como le gustaría. No requiere de ayuda para la selección de su vestuario.

Se observa que viste de acuerdo a su edad, con capacidad psicomotora adecuada para vestirse y desvestirse, se ve alineado.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Refiere realizar la frecuencia del baño solo dos veces a la semana, el momento preferido para el baño es por la mañana. Se lava los dientes al día 3 veces, el aseo de manos antes y después de comer si lo realiza y también después de eliminar o defecar. Niega creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos. Utiliza crema después del baño, también menciona realizar corete de uñas según la necesidad. Se observa en general un aspecto limpio, con olor corporal agradable, sin presencia de halitosis. El estado del cuero cabelludo es sano, sin lesiones dérmicas.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Menciona que la familia de pertenencia lo componen su esposa y 2 hijos, el reacciona ante situación de urgencia y busca ayuda por ejemplo: asiste al centro de salud. Refiere conocer algunas medidas de prevención de accidentes tanto en el trabajo como en el hogar. Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona de manera mensual. Refiere que canaliza las situaciones de tensión en su vida comprendiendo su inestabilidad por falta de recursos económicos. Refiere desconocimiento total de la tuberculosis.

No se observa con deformidades congénitas, las condiciones del ambiente en su hogar son básicas, trabaja de manera temporal y niega servicios médicos por lo cual no realiza control de salud de manera periódica.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Refiere ser casado desde hace 12 años, vive con su esposa y 2 hijos. Le preocupa la cuestión monetaria. Menciona que no tiene apoyo de otras personas. Comunica problemas a su esposa. Pasa alrededor de seis horas solo. Niega contactos sociales en el trabajo.

Se observa que habla claro, sin dificultad visual, con buena audición y también se comunica de forma verbal y no verbal con la familia y con otras personas significativas.

NECESIDAD DE VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS Y VALORES

Refiere ser de creencia religiosa católica y esto no le genera conflictos personales.

Sus principales valores en la familia son: respeto, honestidad y confianza. Los valores personales son recuperarse en salud, amor así mismo y sanar. Es congruente con su forma de pensar y forma de vivir.

Refiere costumbres religiosas de su pueblo de origen y la práctica de las mismas.

Se observa no tener hábitos específicos de vestido de algún grupo religioso sin embargo porta una medalla de la Virgen de Guadalupe y permite el contacto físico.

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Menciona que no trabaja actualmente, se dedica a la construcción es albañil, le dedica al trabajo: seis horas, reconoce que si tiene riesgos, aunque está satisfecho con su trabajo.

Su remuneración no le permite cubrir sus necesidades básicas y las de su familia. Menciona estar satisfecho con el rol familiar que juega.

Se observa calmado y tranquilo, refiere retener ilusión de estudiar y lograr sanar de su problema de salud.

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Refiere que realiza en su tiempo libre caminata. Las situaciones de estrés si influyen en la satisfacción de esta necesidad por ejemplo quisiera llevar al cine a su familia sin embargo no tiene recursos económicos.

Conoce los recursos físicos para llevar a cabo actividades lúdicas en su comunidad y menciona que no son suficientes solo existe un parque donde en ocasiones van con su familia.

No ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa en los últimos meses con otros miembros de la comunidad. Se observa integridad del sistema neuromuscular sin alteraciones, rechaza las actividades recreativas por falta de dinero, menciona ser participativo y tiene interés de aprender a leer.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Menciona ser analfabeto, sin problemas de aprendizaje, sin limitaciones cognitivas, refiere que quiere aprender de la lectura y escritura.

No conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad ni cómo utilizarlas. Refiere interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud, investiga con las enfermeras de qué forma llevar a cabo su tratamiento y ser constante.

Se observa estado del sistema nervioso sin alteraciones, los órganos de los sentidos en estado normal, no presenta ansiedad o dolor.

Su memoria reciente es buena así como su memoria remota.

6.3. CONCLUSION DIAGNÓSTICA

III CONCLUSIÓN DIAGNOSTICA DE ENFERMERÍA

Necesidad		Grado de dependencia		Diagnóstico de enfermería
1	Oxigenación	I		Disnea relacionada con actividad física, presencia de flemas manifestado por cansancio y fatiga.
		PD	X	
		D		
2	Nutrición	I		Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionado con recursos económicos y manifestados por 10 kg de peso menor a índice de peso talla.
	Hidratación	PD	X	
		D		
3	Eliminación	I	X	
		PD		
		D		
4	Moverse y mantener una buena postura	I	X	
		PD		
		D		
5	Descanso y sueño	I	X	
		PD		
		D		
6	Usar prendas de vestir adecuadas	I	X	
		PD		
		D		

7	Termorregulación	I	X	
		PD		
		D		
8	Higiene y protección de la piel	I	X	
		PD		
		D		
9	Evitar peligros	I		Alto riesgo de infección relacionado con sistema inmunológico deprimido
		PD	X	
		D		
10	Comunicarse	I		Alto riesgo de aislamiento social relacionado con dinámica de trabajo
		PD	X	
		D		
11	Vivir según sus creencias y valores	I	X	
		PD		
		D		
12	Trabajar y realizarse	I		Alto riesgo de desempeño ineficaz el rol relacionado con desempleo
		PD	X	
		D		
13	Jugar, participar en actividades recreativas	I	X	Déficit de actividades recreativas relacionado con falta de recursos físicos y económicos, manifestado por desinterés.
		PD		
		D		
14	Aprendizaje	I	X	Disposición para mejorar los conocimientos
		PD		
		D		
*(I) Independiente (PD) Parcialmente dependiente (D) Dependiente				

6.4. PLAN DE CUIDADOS

Necesidad: Oxigenación

Diagnóstico de Enfermería: Disnea relacionado con actividad física, presencia de flemas manifestado por cansancio y fatiga.

Objetivos:

Demostrará el Sr. A. P. F. métodos eficaces para toser, respirar y conservar energía, al cabo del día.

Intervención	Actividades	Fundamento científico
Valorar actividades cotidianas y la respuesta fisiológica a la actividad, esto es valorar frecuencia respiratoria y frecuencia cardíaca.	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar FC y FR • Valorar signos y síntomas de cansancio y fatiga (aumento de quejas físicas, apatía, incapacidad para mantener rutinas habituales, labilidad emocional). • Regular actividad-descanso 	La tolerancia a la actividad depende de la capacidad que tiene la persona de adaptarse a las necesidades fisiológicas de una mayor actividad. La adaptación exige una óptima función cardiopulmonar, neurológica y musculoesquelética.
	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar gradualmente la actividad cotidiana conforme vaya aumentando su tolerancia 	Mantener una respiración moderada mediante el ejercicio mejora la fuerza de los músculos accesorios y la función respiratoria.
Explicar las	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la interacción 	El tabaco, las temperaturas

actividades y factores que aumentan la demanda de oxígeno: tabaco, temperatura extrema, peso excesivo y stress	con factores agravante (ambientales o emocionales)	extremas y el estrés, producen vaso constrcción, aumento del esfuerzo cardiaco y las demandas de oxígeno.
Orientar como conservar la energía	<ul style="list-style-type: none"> • Sentarse siempre que sea posible cuando realice actividad física • Distribuir las actividades a lo largo del día • Alternar las tareas fáciles y difíciles a lo largo del día 	Puede evitarse un gasto energético excesivo distribuyendo las actividades y dejando suficiente tiempo para recuperarse entre una actividad y otra.
Enseñar técnicas respiratorias como la respiración diafragmática y con labios fruncidos	<ul style="list-style-type: none"> • Demostración de técnicas respiratorias. <p>Uso de bolsa de papel, popote y vaso, globos</p>	La respiración diafragmática, impide la respiración superficial, y con labios fruncidos vuelve lenta la respiración .mantiene durante más tiempo la insuflación alveolar y controla en cierto modo la disnea.
Orientar para reducir la presencia de secreciones	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener una hidratación adecuada, aumentar la ingesta de líquidos • Mantener una humedad adecuada del aire inspirado 	Las secreciones espesas son difíciles de arrancar y pueden producir tapones de moco, que puedan originar atelectasias.
EVALUACIÓN		
El Sr. A. P. F. camina por las tardes sin presentar disnea, realizó técnicas respiratorias		

con insuflación de globos y bolsas de papel, refiere haber disminuido la cantidad de tabaco en proporción de cuatro cigarrillos al día. Se continua con control de estudios de laboratorio, prueba de esputo negativa.

Necesidad: Nutrición e Hidratación

Diagnóstico de Enfermería 1: Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionado con recursos económicos y manifestado por 10 kg de peso menor a índice de peso y talla.

Objetivos:

El Sr. A. P. F. mantendrá un aporte nutricional adecuado a sus necesidades y mantendrá o aumentará el peso corporal 500 gms a 1 kg. por mes.

Intervención	Actividades	Fundamento científico
Valorar necesidades nutritivas	<ul style="list-style-type: none"> • Ingesta satisfactoria a la nutrición demostrado con aumento de peso y hábitos de la mejora para comer y aumentar los cuidados de consumo de líquidos favorables para una buena hidratación • Control de peso y talla • Elección de menú 	<p>Una mala nutrición general produce pérdida de peso y atrofia muscular la reducción del tejido adiposo subcutáneo y del tejido muscular elimina parte del espacio entre la piel y las prominencias óseas.</p> <p>Este proceso de mal nutrición reduce la resistencia a la infección e interfiere con la cicatrización.</p>

		Peso diario permite una rápida detección de un balance corporal
Orientación sobre nutrición y alimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar la necesidad de aumentar el consumo de hidratos de carbono, grasas, vitaminas, minerales y líquidos 	Los macronutrientes permiten el equilibrio del organismo.
	Administrar suplementos alimenticios	La falta de nutrientes en el organismo disminuye o retrasa la respuesta inmunológica
EVALUACIÓN		
El Sr. A. P. F. el comprendió que debía nutrirse adecuadamente, se gestionó por parte de trabajo social la dotación de alimentos básicos. En cada cita mensual se toma somatometria lo cual indica la ganancia de 5 kg en ocho meses. No hubo necesidad de suplementos alimenticios.		

Necesidad: Nutrición e Hidratación

Diagnóstico de Enfermería 2: Alto riesgo de glucosa inestable relacionado con calidad y cantidad de los alimentos.

Objetivos:

El Sr. A. P. F. mantendrá niveles de glucosa en parámetros normales en dos semanas

Intervención	Actividades	Fundamento científico
Orientar acerca de la diabetes mellitus	<ul style="list-style-type: none"> • enseñar a identificar signos y síntomas de la hipoglucemia (mareo. Diaforesis, temblor). • enseñar a identificar signos y síntomas de la hiperglucemia (poliuria, polidipsia, polifagia, fatiga, visión borrosa y pérdida de peso). 	<p>La elevación de los niveles de glucemia provoca deshidratación debido a una diuresis osmótica. La elevación del potasio sérico se debe a la hemoconcentración.</p> <p>Cuando no se metabolizan los hidratos de carbono las personas siguen teniendo hambre y pierden peso aun sin dejar de comer.</p> <p>El aumento de la ingesta de alimentos requiere un incremento en la insulina o un mayor ejercicio, si no, persistirá. La insuficiente cantidad de insulina o su incorrecta absorción provoca hiperglucemia</p>
Controlar la glucemia	<ul style="list-style-type: none"> • Los niveles de glucosa en sangre y orina (80-120 mg/Dl), (180-300 mg/Dl). 	Una glucosuria negativa no indica una glucemia normal, ni advierte presencia de

	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a autocontrolar la hipoglucemia. Consumir de preferencia una pieza de fruta o 2 galletas saladas o un trozo pequeño de queso o yogur., o media taza de jugo o, 4 piezas de frutos secos. • En caso de presentar algún síntoma de hiperglucemia considerar: valorar medicación, dieta y ejercicio 	<p>hipoglucemia.</p> <p>Los hidratos de carbono que se digieren lentamente conservan los niveles de glucosa en cifras apropiadas hasta la hora de comer.</p> <p>El glucagón provoca gluco genolisis hepática en caso de existir reservas adecuadas de glucógeno.</p> <p>El ejercicio esta contra indicado cuando los niveles de glucemia superen los 300 mg/dl). O cuando existen complicaciones como nefropatía aguda, retinopatía.</p>
Orientar sobre la Dieta	<ul style="list-style-type: none"> • Retomar el plato del buen comer • La jarra del buen beber • Demostración para elegir menú diario 	<p>Una apropiada alimentación reduce el riesgo de hipo glucemia e hiperglucemia .también permite evitar complicaciones</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta en quintos ejemplo en tríptico (ver anexo 2). 	metabólicas.
EVALUACIÓN		
<p>El Sr. A. P. F. control en su cita mensual se toma laboratorios los cuales muestran la glucosa se ha mantenido en 140 mg/dl y sin proteínas en orina. En cuestión de educación para la salud se ha enfatizado en su alimentación realizada en quintos o la combinación de carbohidratos complejos y sencillos. Se brinda orientación sobre la alimentación saludable.</p>		

Necesidad: Evitar peligros

Diagnóstico de Enfermería: Alto riesgo de infección relacionado con sistema inmunológico deprimido

Objetivo:

Demostrará el Sr. A. P. F. Realizar medidas preventivas de manera cotidiana, evaluar por semana

Intervención	Actividades	Fundamento científico
Fomentar el autocuidado	Enseñar al paciente ya su familia a buscar y notificar lo siguiente, lecciones que no muestren signos de cicatrización trascurridas las 24 horas, cambios visuales vómitos o diarreas que duren más de 8 horas, signos de infección (fiebre tos	<p>Las fluctuaciones graves de la glucemia indican descompensación metabólica.</p> <p>Los cambios visuales pueden indicar la existencia de una hemorragia vascular de la retina</p> <p>La presencia de infecciones</p>

	<p>productiva).</p> <p>Específicamente observar síntomas de tuberculosis pulmonar (fiebre, anorexia , pérdida de peso fatiga, esputo)</p>	<p>en el organismo del ser humano se desarrollan por la presencia de patógenos oportunistas como hongos, virus o bacterias</p>
	<p>Enseñar la importancia del cuidado en los pies:</p> <p>Vigilar signos de pérdida de sensibilidad, enrojecimiento de la piel,</p> <p>Cortar las uñas en forma recta</p> <p>Evitar exponer los pies a temperaturas extremas</p> <p>Usar calcetines de fibra natural. Que permitan la regulación de temperatura, y zapatos que no estén ajustados.</p>	<p>Los pies de un diabético son más propensos a sufrir lecciones debido a una menor circulación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esto reduce los estados de hiperglucemia que contribuye al crecimiento de los microorganismos. • Cortar correctamente las uñas de los pies puede impedir la aparición de lecciones. • Los calcetines y el calzado absorben el sudor, ayudando a evitar los callos y ampollas.
	<p>Abstenerse de fumar</p>	<p>La nicotina del tabaco produce vaso constricción y reduce el flujo sanguíneo a los</p>

		pies.
	Informar a la persona y su familia sobre la diabetes y tuberculosis su tratamiento complicaciones crónicas y agudas.	Esta información puede fomentar el seguimiento y la preparación para los cuidados personales. Explicar las posibles complicaciones puede recalcar la importancia del seguimiento y de chequeos regulares
EVALUACIÓN		
El Sr. A. P. F., no ha presentado infecciones por exposición de algún microorganismo, realiza medidas preventivas de manera cotidiana. Se observa que se encuentra alineado en su vestimenta e higiene.		

Necesidad: comunicación

Diagnóstico de Enfermería: Alto riesgo de aislamiento social relacionado con dinámica de trabajo

Objetivo:

Demostrará el Sr. A. P. F. se desarrollará la capacidad de interactuar con otras personas, evaluar en un mes

Intervención	Actividades	Fundamento científico
Fomentar su auto estima	Conocer su imagen corporal Desarrollar seguridad y confianza	El concepto de uno mismo incluye percepciones y sentimientos referentes al valor personal., esta

	Capacidad para expresar lo que siente	capacidad de expresar permite a la enfermera planificar intervenciones encaminadas a mejorar el concepto de uno mismo.
Fomentar la participación familiar	<p>Analizar como perciben los familiares la situación. Fomentar la expresión de los sentimientos como la culpa o el enojo.</p> <p>Incluir la participación de los familiares</p>	La participación de la familia permite planificar los cuidados y fomenta sentimientos positivos
Fomentar relaciones interpersonales	<p>Fomentar actividades en grupo o bien participar en grupos de apoyo.</p> <p>Animar al señor a intentar relacionarse. Al principio durante cortos periodos de tiempo, posteriormente. Aumentar el tiempo de los contactos sociales a medida que se sienta comodo.</p>	<p>La persona que se siente respaldada es capaz de afrontar mejor las tensiones de la vida.</p> <p>El sistema de apoyo ayuda a la persona alcanzar sus objetivos y afronta su estado de salud.</p> <p>La sensacion de rechazo y baja autoestima puede contribuir al aislamiento.</p>

EVALUACIÓN		
El Sr. A. P. F., refiere convivir mas con la familia aunque poco con el resto de la comunidad. Comenta que al no presentar más síntomas de su enfermedad le dio confianza para acercarse y no contagiar a otros por tanto es más participativo socialmente.		

Necesidad: trabajar y realizarse

Diagnóstico de Enfermería: Alto riesgo de desempeño ineficaz del rol, relacionado con desempleo.

Objetivo: Identificar la ejecución del rol en una semana

Intervención	Actividades	Fundamento científico
Aumentar el afrontamiento	<p>Establecimiento de objetivos realistas.</p> <p>Uso de estrategias de superación efectivas</p> <p>Adaptación psicosocial, es decir un cambio de vida</p> <p>Ayudar a identificar redes de apoyo disponibles</p>	<p>El autoconcepto y la autoimagen fortalecen la propia identidad. Es un punto de partida pero la autoestima engloba la totalidad de mi autovaloración. La estima que uno se tiene a sí mismo es tan relevante como su propia vida, pues de ella depende que los sucesos, relaciones y todo lo que vivimos sea experimentado y valorado de una manera u otra. La autoestima conforma la visión de nuestra personalidad. Le</p>

		da sentido y crea actitudes
Potenciación de roles	<p>Ejecución de roles básicos en la familia</p> <p>Animar a la persona a identificar una descripción realista del cambio de rol</p> <p>Enseñar las nuevas conductas que necesita para el nuevo rol</p> <p>Descripción de cómo utilizar los servicios necesarios</p> <p>-Cuidados personales: actividades de la vida diaria (AVD)</p> <p>Apoyo emocional</p>	<p>Las personas se sienten realizadas y satisfechas cuando tienen una productividad, cuando consiguen con su trabajo el resultado propuesto. En la sociedad la inactividad suele ser sinónimo de inutilidad.</p> <p>El trabajo es una parte fundamental en la vida del ser humano.</p> <p>Es una actividad que: proporciona un ingreso, beneficia algún sector de la población, sirve para el desarrollo personal de quien lo efectúa. Cuando se cumplen cualquiera de estos aspectos, se eleva la autoestima de la persona que lo lleva a cabo.</p> <p>En nuestra sociedad, el trabajo está considerado</p>

		<p>como un elemento que refleja la importancia y capacidad de una persona.</p> <p>A mayor jerarquía y/o sueldo, mayor probabilidad de que se fortalezca la autoestima de la persona que trabaja.</p>
Apoyo al cuidador principal	<p>Demostrar simpatía y calidez</p> <p>Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y respeto</p> <p>Favorecer la expresión de sentimientos</p>	<p>El cuidador es quien soporta la mayor parte de la carga de la asistencia de sus familiares, quien asume la mayor parte de la responsabilidad.</p> <p>Ese conocimiento le obliga a ser el interlocutor familiar respecto a su enfermedad: quien acude a la consulta, sociedad, resto de familiares etc. Con lo que el número de responsabilidades aumenta, así como la carga que soporta y el tiempo que le dedica.</p>

EVALUACIÓN

El Sr. A. P. F., refiere la necesidad de cubrir sus necesidades económicas y no estar expuesto al polvo tóxico de los materiales de la construcción lo cual le llevó a emplearse como cargador en la central de abastos, lo cual le resulta motivante por los ingresos y se siente realizado.

Necesidad: Jugar y participar en actividades recreativas

Diagnóstico de Enfermería: Déficit de actividades recreativas relacionado con falta de recursos físicos y económicos, manifestado por desinterés.

Objetivo: expresar sentimientos de aburrimiento y lograr participar en una actividad recreativa por semana.

Intervención	Actividades	Fundamento científico
Valorar patrón de actividad anterior y compararlo con el nivel de actividad actual	Identificar los momentos de aburrimiento. Analizar los gustos, rutinas o antipatías	Los niveles de actividad anteriores y la motivación influyen en la respuesta de la persona a la reducción de los niveles de actividad. El reconocer el aburrimiento puede aumentar la motivación para aumentar la estimulación de actividad. El análisis de sus gustos puede ayudar a identificar posibles actividades recreativas
	Proponer estrategias para variar el entorno físico por ejemplo cambiar el mobiliario , Proporcionar material de lectura escuchar radio	Las estrategias creativas para variar el entorno y rutina diaria puede reducir el aburrimiento.
	Proponer realizar	Al iniciar las conversaciones

	conversaciones con personas de su mismo padecimiento (redes de apoyo)	se comprueba que las personas tienen intereses y opiniones similares y también le hace participar en temas ajenos a las cuestiones personales.
EVALUACIÓN		
El Sr. A. P. F., refiere caminar en los alrededores de su casa después de la comida. Anteriormente solo veía televisión.		

Necesidad: Aprendizaje

Diagnóstico de Enfermería: Disposición para mejorar los conocimientos

Objetivo: El Sr. Fomentará su salud y evaluar en un mes

Intervención	Actividades	Fundamento científico
Facilitar el aprendizaje	Se comunica de forma clara y adecuada para su edad y capacidad	Ala persona o familia que no logre alcanzar los objetivos docentes hay que remitirle ayuda para después del alta. La valoración de los conocimientos o de las experiencias ayuda a la enfermera a planificar métodos decentes eficaces.
Escucha activa	Reconocimiento de mensajes recibidos	La comunicación activa permite externar sentimientos,

	<p>Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas</p> <p>Favorecer la expresión de sentimientos</p> <p>Mostrar interés en la persona</p>	y por ende relajarse.
Aumentar el afrontamiento	Muestra procesos de pensamiento organizados	La tuberculosis es una enfermedad social, que se asocia con la pobreza lo cual puede ocasionar sentimientos de culpa e impotencia
Asesoramiento y educación sanitaria	Descripción de los servicios de fomento y protección de la salud	<p>Explicar las posibles complicaciones puede recalcar la importancia del seguimiento y de los chequeos regulares por ejemplo: glucosa en sangre, basiloscofia.</p> <p>La tuberculosis a menudo produce pérdida del apetito.</p> <p>La percepción inexacta del estado de salud a menudo implica unos conocimientos erróneos de la naturaleza y gravedad de la misma.</p>
Enseñanza individual	Explicación de los cuidados de enfermería en términos	La enseñanza puede fomentar el seguimiento y la preparación para la los

	comprensibles Explicar medidas preventivas: lavado de manos, limpieza de lavados de utensilios de cocina.	cuidados personales.
--	--	----------------------

EVALUACIÓN

El Sr. A. P. F., refiere su interés por conocer acerca de su enfermedad y no contaminar a su familia. Continúa con su tratamiento médico para la diabetes, en el caso de la tuberculosis ya ha sido dado de alta.

VII. CONCLUSIONES

La aportación fundamental de este trabajo es poner de manifiesto la importancia que tiene para la profesión de enfermería contar con una metodología propia que le permita administrar cuidados individualizados con una visión holística obteniendo así una práctica dinámica y objetiva.

Por otro lado, el modelo conceptual de Virginia Henderson demostró el beneficio de utilizarse en un primer nivel de atención ya que mediante la valoración de las catorce necesidades, la estructuración de los diagnósticos de enfermería.

Dicho modelo además favoreció intervenciones con un enfoque holista, se interactúa con la persona así como también se favoreció la empatía en el desarrollo de este trabajo.

Este tipo de acciones demuestran la aplicación de conocimientos teóricos prácticos adquiridos durante la formación académica ya que se brindan cuidados individualizados e integrales utilizando un modelo teórico que guía hacia la independencia de la persona .

También es importante resaltar que el trabajo que realiza una enfermera en primer nivel de atención es vital ya que se encuentra en todo momento realizando promoción a la salud mediante pláticas y estrecho contacto con la persona, familia y comunidad.

Al finalizar este proyecto se demuestra el grado de implicación dedicación y compromiso que el profesional de enfermería de tener con las personas que están a su cuidado ya que no solo se desarrollan habilidades técnicas .

Por todo lo descrito anteriormente se puede decir que los objetivos planteados inicialmente se alcanzaron y cabe señalar que una de las limitaciones para el desarrollo de manera completa fue el nivel escolar de señor ya que si bien fue participativo su nivel escolar fue un obstáculo para la comprensión de su tratamiento, en el servicio de la unidad de especialidades de la secretaria de salud y asistencia pública.

VIII. SUGERENCIAS

Para el servicio de la de la atención sugiero la utilización de esta metodología ya que permite conocer las necesidades de las personas que se atienden a diario.

También sería como referente para el manejo de la hoja de registros de enfermería ya que favorecerá el uso de las etiquetas de los diagnósticos y dar un seguimiento a las intervenciones realizadas por turno.

Esta experiencia también me ha permitido comprender lo relevante de compartir con otros colegas estos conocimientos.

Por lo que sugiero en el área de enseñanza específicamente en el área de enfermería donde se podrán dar a conocer los casos clínicos utilizando modelos teóricos de enfermería y de esta manera favorecer el interés de otros compañeros con este tipo de experiencias académicas.

El trabajo de la enfermera en comunidad debe realizarlo una enfermera general o con especialidad para poder aplicar mayor énfasis con las personas y evitar complicaciones a corto y largo plazo, y en conjunto con el equipo multidisciplinario.

Finalmente considero que en el momento en que las enfermeras realicemos lo emprendido en la escuela se lleve a cabo en la práctica con investigación y resultados dando a conocer de manera escrita en revistas de difusión para construir conocimientos propios para la disciplina misma y solidificar la disciplina en enfermería.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asociación de Diabetes americana, ADA (2003), Recomendaciones para la práctica clínica, Diabetes Care, 2003, vol. 26, Supl. 1.

Carpenito Moyet Lynda Juall, (2004). Planes de Cuidados y Documentación Clínica en enfermería, 4to. Edición, Editorial Mc Graw Hill Interamericana, pag. 1101.

Expediente clínico de la información privada del paciente.

Godínez G. S. (2011). Manual para Profesionales de la Salud Diabetes Mellitus tipo II

Hernandez Z., Garts T.A, Cerda P. C. (1991). Manual de la Enfermera. Interamericana MC Graw-Hill. México D.F. Páginas 1797.

Jiménez C. J. (2000). Control de enfermedades transmisibles. Segunda reimpresión, México 1980. Pp. 503.

Luis Rodrigo, M.^a T.; Fernández Ferrín, C.; Navarro Gómez, M.^a V. (2000), De la teoría a la práctica: El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI (2.^a ed.), Barcelona, Masson.

Morillas Herrera, J. C., y Martín Santos, F. J. (2001), «Consulta de enfermería para pacientes crónicos», Revista Rol de enfermería, 24 (6); 467-47.

Rodríguez Sánchez Bertha Alicia, Proceso Enfermero, Segunda Edición, (2000), editorial Cuellar, México, pag. 277.

SSA CDMX. Ciudad de México. Tríptico: La tuberculosis es curable. Clínica # 6

T. HeartherHerdmanphd, RN, NANDA Internacional. Diagnóstico Enfermeras, Definiciones y clasificación 2009-211 Elsevier.

ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA

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

Nombre del Alumno (a) _____
Sede _____
Fecha _____

PRESENTACIÓN

Con el presente instrumento se pretende guiar al alumno en la adquisición de habilidades para la valoración clínica, tomando como fundamento teórico el Modelo de Virginia Henderson, por lo que con fines didácticos se agruparon en tres tipos con base en el criterio de similitud de los elementos biofisiológicos, psicológicos, y socioculturales de las necesidades humanas a valorar, a partir de las cuales el alumno analizará sus interrelaciones que le permita la construcción de los Diagnósticos de Enfermería. Posteriormente continuar con el proceso de atención planeando las intervenciones de enfermería con enfoque holístico y con base en los objetivos propuestos, implementando criterios de evaluación de los mismos.

Por último se considera un plan de seguimiento del cuidado domiciliario que permita la participación del individuo y su familia en vías del logro de su independencia en la satisfacción de sus necesidades.

Es indispensable que para el manejo del presente instrumento el alumno maneje los conceptos básicos del modelo teórico de Virginia Henderson.

I FICHA DE IDENTIFICACIÓN

II VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

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

III CONCLUSIÓN DIAGNOSTICA DE ENFERMERÍA

IV PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

V PLAN DE SEGUIMIENTO Y ALTA

I.-FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: APF	Edad: 32	Talla: 1.65
Fecha de nacimiento: 22 de Mayo de 1985	Sexo: Masculino	
Ocupación: Albañil	Escolaridad: Analfabeto	Fecha de admisión: 4abril 2017
Hora: 8:30 am	Procedencia: Querétaro	Fuente de información: Encuesta
Fiabilidad: (1-4)	Miembro de la familia/ persona significativa: 2	

II.- VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Oxigenación, nutrición e hidratación, Eliminación y termorregulación.

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Datos Subjetivos:

Disnea debido a; tuberculosis pulmonar	Tos productiva /seca: positiva con una cruz X
Dolor asociado con la respiración: negados	
Fumador: de 4 años y dejado a 1 año	
Desde cuando fuma/ cuántos cigarros al día/ varía la cantidad según su estado emocional:	
Desde los 27 años de edad, 3 a 4 cigarros al día sin variar cantidad, se le sugiere suspender el fumar	

Datos Objetivos:

Registro de signos vitales y características: niega tener fiebre y dolor	
Mialgias con disminución de peso corporal de hace 5 días manifestado por vomito recuperando peso aproximado 2 kilos, vomito no manifestado por el momento	
Tos productiva /seca: manifestada por deshidratación se sugiere tomar líquidos	Estado de conciencia: consiente, activo en las 3 esferas, psicológica, social y intelectual
Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal: palida semihidratada de buena turgencia	
Llenado capilar de 1 a 2 segundos	
Circulación del retorno venoso: normal dentro de sus limites	
Otros: ninguno	

NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION

Datos subjetivos

Dieta habitual (tipo): dieta para diabético
Número de comidas diarias: dos comidas al día
Trastornos digestivos. Ninguno
Intolerancia alimentarias/ Alergias: ninguno
Problemas de la masticación y deglución: ninguno
Patrón de ejercicio: una hora diaria toda la semana

Datos Objetivos:

Turgencia de la piel: semihidratada
Membranas mucosas hidratadas/ secas: un poco palidas semihidratadas
Características de uñas/cabello: bien implantadas y cabello buena cantidad y bien implantada
Funcionamiento neuromuscular y esquelético: sin datos son íntegros
Aspecto de los dientes y encías: buenas coloración y dentadura completa con todas sus

piezas dentales
Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: ninguna presente
Otros: con tratamiento de diabetes mellitus en buen control consulta mensual

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Datos Subjetivos:

Hábitos intestinales: con buen movimiento y eliminación	
características de las heces/orina/ menstruación: formadas y orina de color normal sin datos de	
Infecciones o problemas	
Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: negado	
Uso de laxantes: no	Hemorroides: no
Dolor al defecar/menstruar/orinar: no	
Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: satisfactoriamente	

Datos Objetivos:

Abdomen, características: globoso con buen funcionamiento sin dolor a la palpación
Ruidos intestinales: normales buen peristaltismo y sin irritación
Palpación de la vejiga urinaria: ninguna megalia y puntos uretrales sin dolor
Otros: negados

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Datos Subjetivos:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: con buena adaptación
Ejercicio, tipo y frecuencia: caminata una hora diaria por la tarde
Temperatura ambiental que le es agradable: templada

Datos Objetivos:

Características de la piel: semihidratada
Transpiración: es buena de acuerdo a la persona
Condiciones del entorno físico: es adecuado
Otros:

2.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

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

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Datos Subjetivos:

Capacidad física cotidiana: normal dentro de sus limitaciones
Actividades en el tiempo libre: descanso
Hábitos de descanso: una hora en la televisión
Hábitos de trabajo: 6 horas de labores

Datos Objetivos:

Estado del sistema músculo esquelético, fuerza: normal
Capacidad muscular, tono/resistencia/flexibilidad: normal
Posturas: libremente escogida de acuerdo a su actividad
Necesidad de ayuda para la deambulaci3n: ninguna

Dolor con el movimiento: ninguno	Presencia de temblores: ninguno
Estado de conciencia: alerta	Estado emocional: de acuerdo a su salud
Otros:	

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Datos Subjetivos:

Horario de descanso: por la tarde ver la televisión	Horario de sueño: de 10 pm a 6 am
Horas de descanso: 1 hora	Horas de sueño: 8 horas
Siesta: no	Ayudas: no usa nada
Insomnio: no	Debido a: ninguno
Descansado al levantarse: si	

Datos Objetivos:

Estado mental. ansiedad / estrés / lenguaje: ninguno	
Ojeras: no	Atención: si
Bostezos: no	Concentración: si
Apatía: no	Cefaleas: no
Respuesta a estímulos: adecuado	
Otros: ninguno	

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Datos Subjetivos:

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: no
Su autoestima es determinante en su modo de vestir: no
Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: no
Necesita ayuda para la selección de su vestuario: no

Datos Objetivos:

Viste de acuerdo a su edad: si	
Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: adecuada	
Vestido incompleto: no	Sucio: no
Inadecuado: no	
Otros: ninguno	

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

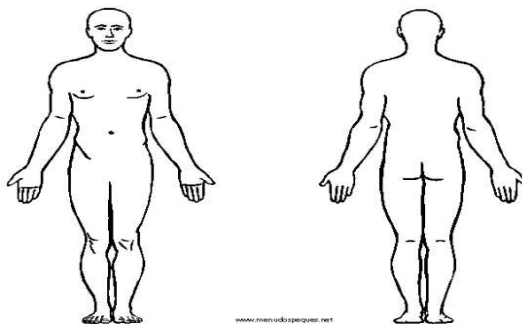
Datos Subjetivos:

Frecuencia del baño: cada tercer día
Momento preferido para el baño: por la mañana
Cuántas veces se lava los dientes al día: 3 veces al día
Aseo de manos antes y después de comer: si
Después de eliminar: si
Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: no

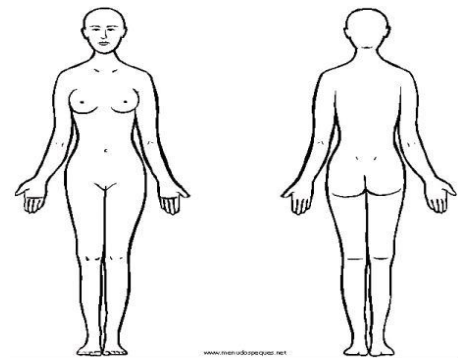
Datos Objetivos:

Aspecto general: limpio	
Olor corporal: agradable	Halitosis: no
Estado del cuero cabelludo: sano	
Lesiones dérmicas Tipo (Anote la ubicación en el diagrama): ninguno	
Otros:	

Masculino:



Femenino:



NECESIDAD DE DE EVITAR PELIGROS

Datos Subjetivos:

Que miembros componen la familia de pertenencia: esposa 2 hijos y el paciente	
Como reacciona ante situación de urgencia: asiste al centro de salud	
Conoce las medidas de prevención de accidentes: algunas	
Hogar: hay prevención	Trabajo: hay prevención
Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: si los realiza consulta mensual	
familiares: sin problema de salud según refiere paciente	
Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: comprendiendo su inestabilidad por falta de economía	

Datos Objetivos:

Deformidades congénitas: ninguna
Condiciones del ambiente en su hogar: son buenas
Trabajo: a veces, temporal
Otros: ninguno

3.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

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

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Datos Subjetivos:

Estado civil: casado	Años de relación: 12 años
Viven con: esposa y 2 hijos	Preocupaciones / estrés: si
Familiar:	
Otras personas que pueden ayudar: económicamente no	

Rol en estructura familiar: padre de familia
Comunica problemas debidos a la enfermedad / estado: si a su esposa
Cuanto tiempo pasa sola: 6 horas
Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: ninguno

Datos Objetivos:

Habla claro: si	Confuso: no
Dificultad. Visión: no	Audición: buena y sin dificultad
Comunicación verbal / no verbal /con la familia / con otras personas significativas: si	

NECESIDAD DE VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS Y VALORES

Datos Subjetivos:

Creencia religiosa: catolica
Su creencia religiosa le genera conflictos personales: no
Principales valores en la familia: respeto y honestidad y confianza con la familia
Principales valores personales: recuperarse amor a el mismo sanar
Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: aparentemente si

Datos Objetivos:

Hábitos específicos de vestido.(grupo social religioso): lo habitual
Permite el contacto físico: si
Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: una medalla de la virgen
Otros: ninguno

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Datos Subjetivos:

Trabaja actualmente: no	Tipo de trabajo: albañil
Riesgos: si	Cuánto tiempo le dedica al trabajo: 6 horas
Está satisfecho con su trabajo: si	
Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia: no	
Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega: si	

Datos Objetivos:

Estado emocional./calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/eufórico:
Calmado y tranquilo
Otros: tiene ilusión de poder estudiar y lograr sanar de su problema

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Datos Subjetivos:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: caminata
Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: si
Recursos en su comunidad para la recreación: no son suficientes
Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: no

Datos Objetivos:

Integridad del sistema neuromuscular: sin alteraciones en la persona
Rechazo a las actividades recreativas: si por falta de dinero no las realiza
Estado de ánimo. Apático/aburrido/participativo: participativo
Otros: tiene interés de aprender a leer

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Datos Subjetivos:

Nivel de educación: analfabeto	
Problemas de aprendizaje: ninguno	
Limitaciones cognitivas: ninguno	Tipo: no
Preferencias. leer/escribir: aprende a leer y escribir	
Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: no	
Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo: no	
Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: si	
Otros: investiga con las enfermeras de qué forma llevar a cabo su tratamiento y es constante	

Datos Objetivos:

Estado del sistema nervioso: normal
Órganos de los sentidos: estado normal
Estado emocional ansiedad, dolor: no
Memoria reciente: conservada
Memoria remota: conservada
Otras manifestaciones: ninguna

ANEXO 2. PLAN DE SEGUIMIENTO Y ALTA

Plan de Egreso:

CRITERIOS E INSTRUCCIONES PARA EL PLAN DE EGRESO:

1.-NUTRICIÓN.-

- Explicar la dieta que debe seguir después del alta
- Dieta de acuerdo a su salud DX diabetes mellitus
- Restricciones nada de carbohidratos

2.-MEDICACIÓN.-

- Explicarle la dosis correcta, hora, precauciones especiales y efectos colaterales del tratamiento primario control de rayos x y la consulta mensual de laboratorio

Txisoniacidahde 300mg rifampicina r 600mg pirazinamida z 1500mg a2000 estrectomicina s y etambutol e 1200mgson los fármacos que se utilizan de primera línea para el tratamiento de la tuberculosis pulmonar y son 3 veces por semana y la fase intensiva son 60 dosis y en la de sostén son45 dosis esto es igual a 105 dosis el total del tratamiento para la recuperación del paciente y sanar

3.- ACTIVIDADES.-

- Expresar las restricciones a la actividad. Ejercer ejercicio diario adecuado y respiratorio sin forzar para oxigenar
- Hacer demostración de ejercicios prescritos con molsas y no fumar

Demostrar el uso correcto de los instrumentos/ dispositivos asistenciales toma de los signos vitales y retorno al rol rutinario

Reanudar la actividad normal de acuerdo a la salud puede realizar actividades ejercicio diario por la mañana integrándose nuevamente a su rol normal por su alta de salud (sano)

Tipo de baño rutinario normal sin asistencia del personal

Actividades restringidas y el tiempo ninguno

4.- INSTRUCCIONES ESPECIALES.-

Describir o demostrar correctamente el tratamiento prescrito (curaciones ninguno)

Expresar signos y síntomas de alarma que haya que notificar posible dolor leve y estudios de laboratorio de control

Recordar y hacer hincapié en la importancia de su citas subsecuentes visita domiciliaria y tratamiento supervisado estricto

ANEXO 3. Tuberculosis Pulmonar

Problema de salud pública antiguo y permanente, se calcula que el 32% de la población mundial ha tenido una infección por *Mycobacterium tuberculosis*, se presentan aproximadamente 8 a 10 millones de casos por año y mata a 1.6 millones de personas por año, la mayoría en países en desarrollo.

En México Según la SSA: Cada año se detectan alrededor de 15 mil nuevos casos de tuberculosis pulmonar y cerca de 2 mil defunciones por esta causa.

OMS: En México, como en el mundo, la tuberculosis afecta principalmente a los hombres, de manera que 60 por ciento de los casos corresponden a este género

Enfermedad infecto-contagiosa producida por el complejo *Mycobacterium tuberculosis* (*M. bovis*, *M. africanum*), que afecta el parénquima pulmonar con alto grado de contagiosidad.

Pertenece a la familia *Mycobacteriaceae* y al orden *Actinomycetales*.

Es una bacteria aerobia fina, no esporógena, cilíndrica, que mide 0.5 por 3 µm, ácida alcohol resistente.

La exposición a la infección Se transmite desde un paciente con TB pulmonar contagiosa a otras personas por medio de las gotitas respiratorias. Las menores (<5 a 10 µm de diámetro) pueden permanecer suspendidas en el aire durante horas y alcanzar las vías respiratorias terminales al ser inhaladas. Con cada golpe de tos se pueden expulsar nada menos que 3 000 gotitas contagiosas.

Factores de Riesgo

- Desnutrición.
- Extremos de la vida.

- Pacientes inmunodeprimidos (VIH).
- Disminución de linfocitos TCD4+
- Diabetes.
- IRC.
- Tratamientos inmunosupresores.
- Trasplante renal o cardiaco.
- Personas sin techo.
- Alcohólicos y drogadictos,
- Reclusos.
- Personal sanitario.

Tuberculosis primaria

- Consecutiva a la infección inicial por el bacilo tuberculoso.
- Se observa en niños.
- Inicio asintomático (fiebre o dolor pleurítico).
- Afecta las zonas media e inferior de los pulmones.
- Aparece una lesión periférica que conlleva adenopatías miliares o para traqueales que pueden pasar inadvertidas en la Rx tórax.
- En la mayor parte de los casos, la lesión cura espontáneamente y más tarde puede descubrirse por un pequeño nódulo calcificado (*lesión de Ghon*).

Tuberculosis de reactivación

- Reactivación endógena de una infección latente, y suele localizarse en los **segmentos apicales y posteriores de los lóbulos superiores**.
- Puede provocar pequeños infiltrados hasta un **proceso cavitario extenso**.

- Al formarse las cavernas, su contenido necrótico y licuado pasa a las vías respiratorias, provocando **lesiones parenquimatosas** satélites que también pueden acabar cavilándose

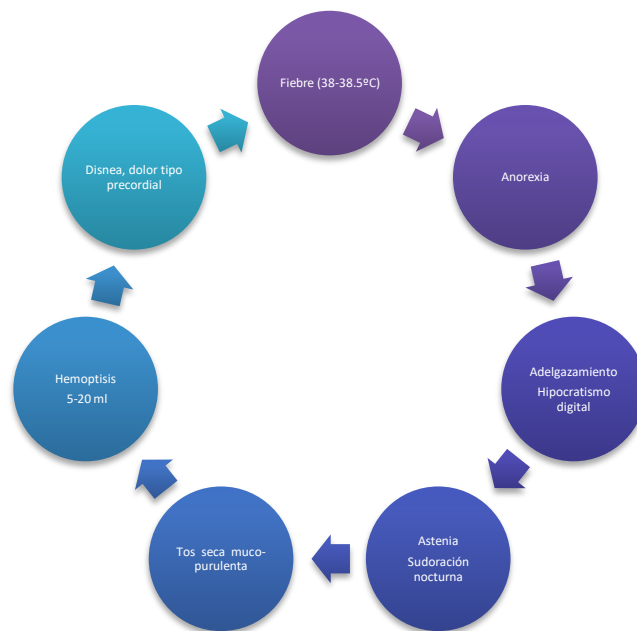
Tuberculosis latente

- Es la condición de la **persona ya infectada** con *M. tuberculosis*, demostrada por su reactividad al PPD, que **no presenta signos y síntomas**, ni datos radiológicos compatibles con enfermedad activa.

Tuberculosis extrapulmonar

Los sitios donde con mayor frecuencia se localiza la TB son, por orden de frecuencia: ganglios linfáticos, pleura, aparato genitourinario, huesos y articulaciones, meninges, peritoneo y pericardio. Prácticamente todos los órganos y aparatos pueden resultar afectados. También son comunes la mico bacteriemia y la meningitis, particularmente en la fase avanzada.

Cuadro clínico



Porcentaje de síntomas

Signo	Porcentaje
Fiebre	61%
Tos	68%
Pérdida de peso y de apetito	40%
Insuficiencia respiratoria	34%
Anemia	31%
Meningitis	19%
Debilidad	15%
Sibilancias	11%
Dedos hipocráticos	4%
Dolor precordial	3%

Tabla: Cuadro clínico de TB Pulmonar en porcentaje de frecuencia.

Diagnóstico Médico

- Radiografía de tórax.
- BH, QS.
- PPD.
- Basioscopia.
- Cultivo.
- Pruebas serológicas.
- Prueba de adenosina-desaminasa.
- Pruebas de liberación de IFN- gamma
- PCR.
- TAC.

Estudio de laboratorio: baciloscopia

Técnica de laboratorio que mediante la tinción de Ziehl Neelsen, preferentemente, permite observar en un frotis bacilos ácido alcohol resistentes puede ser para detección, diagnóstico o control.

Sensibilidad del 60%,

Especificidad 10-15%

Realizar estudio de baciloscopia mensual hasta el término del tratamiento.

Es favorable cuando la baciloscopia sea negativa al final del segundo mes de tratamiento y persista negativa hasta terminar las dosis requeridas para cada esquema y desfavorable, con sospecha de farmacorresistencia cuando persista positiva al final del segundo mes de tratamiento.

La farmaco resistencia

Se sospecha farmacorresistencia en todo paciente con tuberculosis que curse con recaída, múltiples abandonos y fracaso a un esquema de tratamiento y retratamiento primario. Asimismo, en contactos con casos de TB-MFR

Prevención.

- VACUNACIÓN CON BCG

La BCG se obtiene de una cepa atenuada de *M. Bovis*.

Se aplica en recién nacidos mono dosis 0.1 cc vida intradérmica en la inserción del musculo deltoides izquierdo

1. Identificación precoz de los transmisores de la infección o de la búsqueda de enfermos.
2. Curación de enfermos.
3. Aislamiento de pacientes enfermos.
4. Identifica, investigar y tratar a las personas expuestas a un enfermo con TB.

Control de brotes epidémicos

Cultivo:

- La especificidad y la sensibilidad informadas para el Lowenstein–Jensen (L–J) han sido de 98% y 80–86%,

Tratamiento:

Tratamiento primario Acortado, Estrictamente Supervisado (TAES)
Nota: esquema calculado para adulto de 50 Kg o más de peso.

Fase Intensiva	Diario de lunes a sábado por 10 semanas hasta completar 60 dosis .En una sola toma.	
Medicamentos	Separados (Dosis)	Combinación fija clave Z414 4 grageas juntas diarias por 60 días
Rifampicina	600mg	150mg
Isoniacida	300mg	75mg
Piracinamida	1,500mg a 2,000mg	400mg
Etambutol (a)	1,200mg	400mg
Fase de Sostén	Intermitente: Una dosis 3 veces por semana, lunes, miércoles y viernes, por 15 semanas hasta completar 45 dosis. Una sola toma.	
Medicamentos	Separados (Dosis)	Combinación fija clave Z415 4 cápsulas juntas tres veces por semana. (45 dosis)
Isoniacida	800mg	200mg
Rifampicina	600mg	150mg

Quimioprofilaxis

Terapia preventiva: Es la administración de **isoniacida** a contactos u otras personas con alto riesgo y que lo requieran, con objeto de prevenir la infección primaria o el desarrollo de la enfermedad tuberculosa.

Se administra Durante 6 meses a:

- **Menores de 5 años** con o sin antecedente de vacunación con BCG en quienes se haya descartado la tuberculosis.
- A los **contactos de 15 años** con infección por VIH o con otra causa de **immune compromiso** (por desnutrición o por administración de fármacos inmunosupresores); con la posibilidad de extensión 9 meses, de acuerdo a criterio clínico y de recuperación inmunológica de la persona con **VIH o SIDA**; (previamente se debe realizar estudio exhaustivo para descartar)
- **TB activa pulmonar o extrapulmonar.**
- El fármaco recomendado para el tratamiento de la tuberculosis latente es la isoniacida a dosis de **5 a 10 mg** por kg de peso por día, **sin exceder de 300 mg** en una toma diaria por vía oral, estrictamente supervisada.

Referencias

- *Mandell, Benett y cols.* Enfermedades Infecciosas Principios y Práctica 7ma edición. Editorial panamericana.
- Harrison de Medicina Interna 17º Edición, Edit: Mc Graw Hill pp1006-1013
- Napoleón G. Saldaña, Andrés T. Torales et al. Infectología clínica pediátrica, edit Mc Graw Hill, 8ª edición, México Df. Pag. 125-150.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013, Para la prevención y control de la tuberculosis.
- Neumología, Rivero Serrano, Edit Trillas, 2013 pp 154-167

ANEXO 4. Diabetes mellitus

Descripción general

La diabetes mellitus se refiere a un grupo de enfermedades que afectan la forma en que tu organismo utiliza el azúcar en sangre (glucosa). La glucosa es vital para tu salud porque es una fuente importante de energía para las células que forman los músculos y tejidos. También es el combustible principal de tu cerebro.

La causa oculta de la diabetes varía según el tipo. Sin embargo, independientemente del tipo de diabetes que tengas, puede derivar en un exceso de azúcar en sangre. Demasiada azúcar en la sangre puede generar graves problemas de salud.

Las afecciones diabéticas crónicas incluyen la diabetes tipo 1 y la diabetes tipo 2. Las afecciones diabéticas potencialmente reversibles incluyen la prediabetes, cuando tus niveles de azúcar en sangre son más altos que lo normal, pero no lo suficiente como para que la enfermedad se clasifique como diabetes, y la diabetes gestacional, que se produce durante el embarazo pero puede resolverse una vez que el bebé nace.

Síntomas

Los síntomas de la diabetes pueden variar según la cantidad de azúcar en aumento. Algunas personas, en especial aquellas con prediabetes o diabetes tipo 2, pueden no experimentar síntomas al principio. En la diabetes tipo 1, los síntomas tienden a aparecer rápidamente y ser más graves.

Estos son algunos de los signos y síntomas de la diabetes tipo 1 y tipo 2:

- Aumento de la sed
- Ganas frecuentes de orinar

- Hambre extrema.
- Pérdida de peso inexplicable
- Presencia de cetonas en la orina (las cetonas son un subproducto de la degradación muscular y de grasas que se produce cuando no hay insulina suficiente disponible).
- Fatiga
- Irritabilidad
- Visión borrosa
- Llagas de cicatrización lenta.
- Infecciones frecuentes, como infecciones en las encías, en la piel y en la vagina.

Aunque la diabetes tipo 1 puede aparecer a cualquier edad, generalmente lo hace durante la infancia o la adolescencia.

La diabetes tipo 2, el tipo de diabetes más común, puede aparecer a cualquier edad, aunque es más común en personas de más de 40 años.

ANEXO 5. Semáforo de la alimentación

NO TIRES ESTE FOLLETO. PÁSALO A ALGUIEN MÁS






Semáforo de la alimentación



Profesionales en el manejo de sobrepeso y obesidad

Determina tu IMC

Divide tu peso entre el cuadrado de tu estatura en metros, es decir multiplica tu estatura por sí misma.

Peso (Kg)

Ejemplo: 55 Kg

Talla (m)²

(1.52x1.52)

= 55

= 2.31

= 23.8

Peso normal	18.5-24.9 kg/m ²
*Sobrepeso	25.0-29.9 kg/m ²
*Obesidad	>30.0 kg/m ²

*riesgo de diabetes, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares.



Consume

Alimentos que puedes consumir todos los días.

Modera

Alimentos que puedes consumir máximo 3 veces por semana.

Evita

Alimentos que debes consumir máximo 2 veces por mes.





Medicina a distancia
51 32 09 09

LOCATEL
5658 1111



salud.df.gob.mx

df.gob.mx

Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa en el Distrito Federal, será sancionado de acuerdo con la ley ante la autoridad competente.



El semáforo es una guía con recomendaciones para mejorar hábitos alimenticios.

Alimentos que puedes consumir (todos los días)

1. Verduras: consumo libre.
2. Frutas: prefiere las de temporada, ya que son ricas y baratas.
3. Cereales integrales: avena, amaranto, trigo, pan integral, arroz, tortilla, bolillo y palomitas.
4. Alimentos de origen animal bajos en grasa: peduga de pollo o de pavo, pescado, atún, lácteos descremados como yogurt, queso fresco o panela.
5. Leguminosas: frijol, garbanzo, haba, lenteja y chícharos.
6. Agua natural, té sin azúcar.

* No pierdas la medida, consume máximo 1 cucharadita = 5 g de sal al día



Consumo máximo
5 g de sal

Alimentos que debes consumir en poca cantidad (máximo 2 veces por mes)

1. Alimentos empanizados, capeados o fritos.
2. Comida rápida: tacos, tortas, tamales, tlacoyos, tostadas, sopes, pambazos, gorditas, hamburguesas, pizza y papas fritas.
3. Alimentos de origen animal con alto contenido de grasa y colesterol: vísceras como sesos, hígado, tripa, etc., pollo rostizado, piel de pollo, chicharrón, carnitas, chorizo, longaniza, mariscos (camarón, cangrejo, pulpo, almejas, ostiones), tocino, carnes frías (salami, pepperoni, salchichas).
4. Grasas: manteca, mantequilla, crema, mayonesa, aderezos, queso amarillo, queso de puerco, queso manchego, queso crema, mole, pipián, adobo, aceite de coco.
5. Harinas refinadas: pan blanco, cereales de caja, pastas.
6. Frituras, cacahuates japoneses y totopos.
7. Miel, ate, piloncillo, mermelada, catsup, chocolates, pasteles, pan dulce, panque, cuerno, galletas con relleno cremoso o chocolate, granola, helados de leche, flan, malvavisco, etc.
8. Bebidas gaseosas, deportivas o energéticas, jugos de fruta, agua con saborizantes artificiales, lácteos enteros o saborizados y bebidas alcohólicas.
9. Sazonadores, salsa de soya, alimentos enlatados, sopas instantáneas.

* Para mayor información acude al Centro de salud más cercano.

* Norma Oficial Mexicana NOM-020-SSA2-1999 Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.
Fuente: Bourges H, Casarrubia E, Rosado J. "Recomendaciones de Ingestión de Nutrientes para la Población Mexicana". Bases Fisiológicas, Tomo 2; Editorial Panamericana, México, 2008.
Cisneros E, Kauler-Hornitz M, Pérez-Lizaur AR, Arroyo R. Nutrición Médica, 3era edición, Editorial Panamericana, México, 2008.
Artículo "Consumo de bebidas para una vida saludable: recomendaciones para la población mexicana" Instituto Nacional de Salud Pública disponible en: www.insp.mx



Alimentos que puedes consumir con moderación (máximo 3 veces por semana)

1. Huevo, carnes rojas, (res, cerdo, ternera, cordero), queso tipo oaxaca.
2. Aceite de oliva, soya, canola, cártamo, aguacate y aceitunas.
3. Papa, sopa de pasta, barras de cereal, arroz, elote.
4. Nueces, pistaches, almendras y cacahuates.
5. Aguas frescas de fruta con azúcar, nieve, paleta y gelatina de agua.
6. Café.



Semáforo de la alimentación



Cuando un enfermo de tuberculosis tose o estornuda puede contagiar a las personas que lo rodean o viven con él.



También existen factores de riesgo que pueden llevar a desarrollar la enfermedad, como males crónicos degenerativos, el recibir algún tipo de tratamiento que disminuye las defensas y la desnutrición.

¿Cómo saber si tengo tuberculosis?

Si presentas estos síntomas:

- Tos con flemas por más de dos semanas
- Fiebre
- Debilidad
- Falta de apetito
- Pérdida de peso

Acude al Centro de Salud más cercano y solicita gratis un examen de tus flemas



El tratamiento es completamente gratuito, dura 6 meses y por ningún motivo deberá interrumpirse. Toma los medicamentos indicados únicamente por el médico.



¿Tienes tos con flemas?

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa y contagiosa que afecta principalmente a los pulmones y puede dañar otras partes del cuerpo.



TUBERCULOSIS

NO TIRES ESTE FOLLETO PÁSALO A ALGUIEN MÁS



Ciudad de **vanguardia**

Xocoyotl 225 • evl. Tránsito • C.P. 06820 • Delegación Cuauhtémoc
• Tel. 5132 0900 • www.salud.df.gob.mx

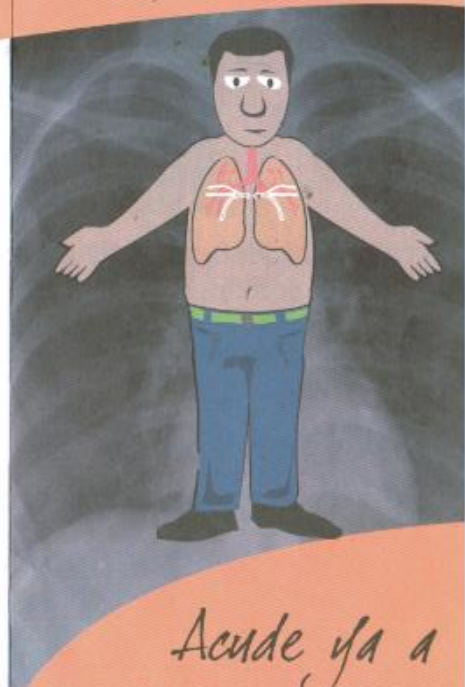
MEDICINA A DISTANCIA
5132 0909
www.salud.df.gob.mx

Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por el gobierno federal, ni recibe subsidio del gobierno federal. Financiado por los recursos de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa en el Distrito Federal será sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente.

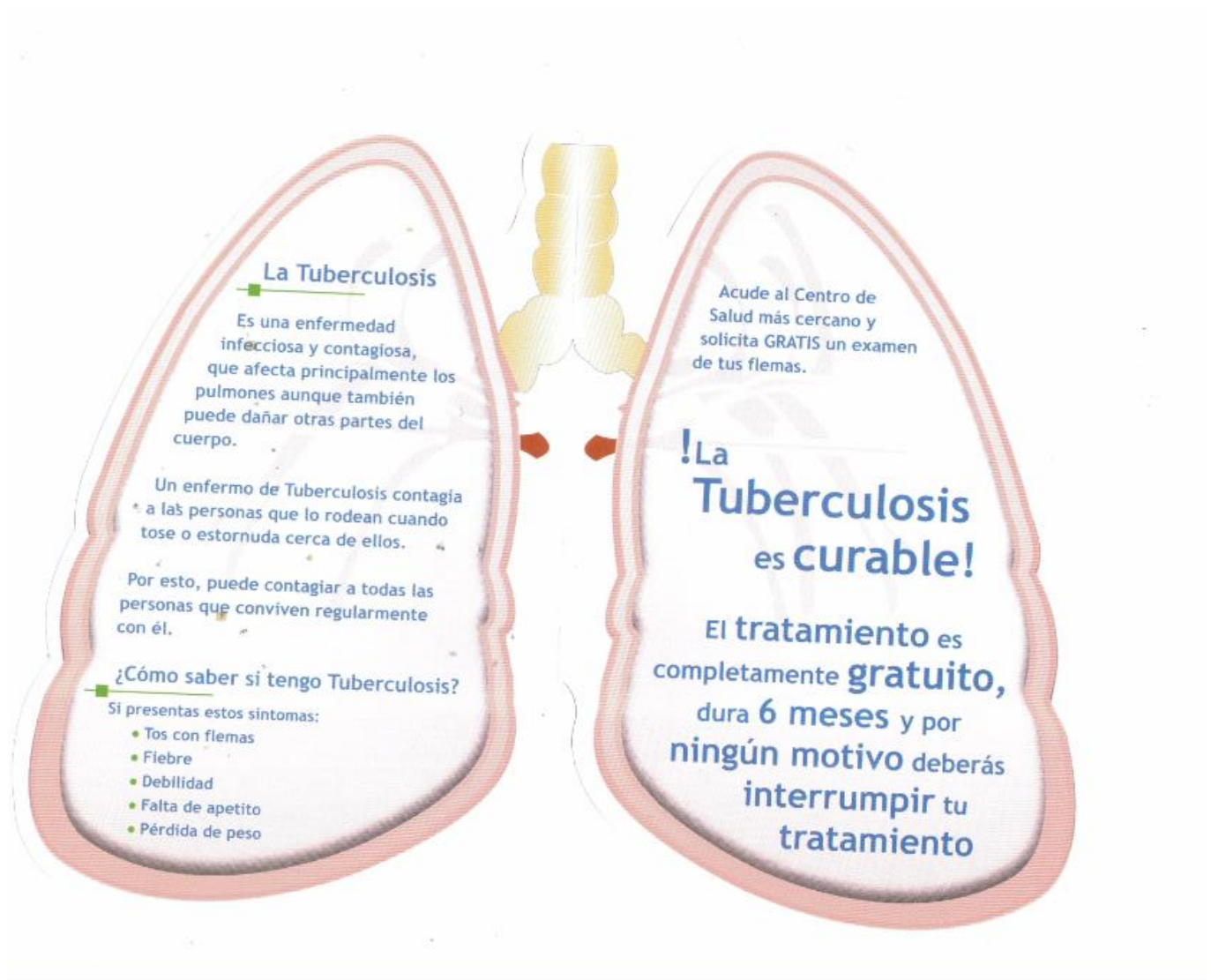
HONESTEL
5533 5533



¡LA TUBERCULOSIS ES CURABLE!



Acude ya a
tu Centro de Salud



La Tuberculosis

Es una enfermedad infecciosa y contagiosa, que afecta principalmente los pulmones aunque también puede dañar otras partes del cuerpo.

Un enfermo de Tuberculosis contagia a las personas que lo rodean cuando tose o estornuda cerca de ellos.

Por esto, puede contagiar a todas las personas que conviven regularmente con él.

¿Cómo saber si tengo Tuberculosis?

Si presentas estos síntomas:

- Tos con flemas
- Fiebre
- Debilidad
- Falta de apetito
- Pérdida de peso

Acude al Centro de Salud más cercano y solicita GRATIS un examen de tus flemas.

!La Tuberculosis es curable!

El tratamiento es completamente **gratuito**, dura **6 meses** y por **ningún motivo** deberás **interrumpir tu tratamiento**

