



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ
INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12**

**“PROCESO CUIDADO ENFERMERO “EN LA ATENCIÓN AL ADULTO
MAYOR CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD”**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTA**

ZAIRA YAIRETH PACHECO HERNÁNDEZ

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



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ
INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12**

**“PROCESO CUIDADO ENFERMERO “EN LA ATENCIÓN AL ADULTO
MAYOR CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD”**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTA**

ZAIRA YAIRETH PACHECO HERNÁNDEZ

TUTOR: M.E.y.A.S. Rita de Guadalupe Martínez Rocha

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



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA
MEXICANA
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ
INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12**



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

Los suscritos miembros del proceso de titulación de

ZAIRA YAIRETH PACHECO HERNÁNDEZ

Hacemos constar que hemos evaluado y aprobado el trabajo:

“proceso cuidado enfermero atención al adulto mayor con neumonía”

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

M.E.y.A.S. Rita de Guadalupe Martínez Rocha
Tutor

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

L.E.O. Miguel Ángel Pérez López
Secretaria

L.E.O. Agripina García Gutiérrez
Vocal

San Luis potosí, S.L.P. a _____ de _____ del 2021

ÍNDICE

II.INTRODUCCIÓN	3
III.JUSTIFICACIÓN	5
IV.OBJETIVOS	7
V. MARCO TEÓRICO	8
5.1 La enfermería como profesión disciplinaria	9
5.2 El cuidado como objeto de estudios	12
5.3 Proceso de atención de enfermería	14
5.4 Modelo teórico utilizado para la elaboración del PCE	16
5.2.1 Elementos fundamentales del modelo utilizado	17
5.5 Etapas del proceso cuidado enfermero	19
5.5.1 Valoración	19
5.5.2 Diagnostico	20
5.5.3 Planeación	22
5.5.4 Implementación	24
5.5.5 Evaluación	25
5.5.6 Problemática de la salud de la persona (patología, concepto, epidemiología, aspectos fisiopatológicos y manifestaciones)	34
5.7.7 Diagnóstico y tratamiento	36
VI. RESUMEN DEL CASO CLÍNICO	39
6.1 Valoración clínica del sujeto del cuidado por patrones funcionales de M. Gordon	43
6.1.1 Patrón percepción manejo de la salud	43
6.1.2 Patrón nutricional – metabólico	43
6.1.3 Patrón eliminación	44
6.1.4 Patrón actividad ejercicio	44
6.1.5 Patrón sueño – descanso	45
6.1.6 Patrón cognitivo	45
6.1.7 Patrón autopercepción – autoconcepto	45
6.1.8 Patrón rol relaciones	46
6.1.9 Patrón sexualidad reproducción	46
6.1.10 Patrón adaptación – tolerancia al estrés	46

6.1.11 Patrón valores creencias	47
6.2 Diagnostico enfermero	47
6.3 Planificación (indicadores de resultados)	47
6.4 Ejecución (NIC, GPC, fundamentación de cada intervención)	48
6.5 Evaluación	48
VII. PLAN DE ALTA	62
VIII. CONCLUSIONES	64
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
GLOSARIO DE TÉRMINOS	
ANEXOS	

Dedicatoria

A los profesionales de salud que día con día luchan por la salud de la población a nivel mundial, que jamás dudan de su valor como persona, cuidan y ayudan en la recuperación de la población dejando incluso a un lado la salud de ellos por cuidar de otros a ellos que cada día luchan con enfermedades nuevas para proteger a la población.

Con agradecimiento a mis padres por haber hecho de mí una persona con una responsabilidad muy grande que es poder ejercer una carrera profesional, así como brindarme apoyo en los momentos más difíciles de mi carrera como de mi vida personal, con apoyo tanto económico como moral, es que les doy gracias por hacer de mí una persona de bien.

Resumen

Introducción: Las infecciones respiratorias agudas (IRA), constituyen uno de los principales problemas de salud en el mundo una de ellas es la neumonía adquirida en la comunidad (NAC), que es una enfermedad frecuente que a lo largo del tiempo ha ido causando daños importantes a la sociedad, en especial a niños y personas de la tercera edad, que son los más susceptibles a padecer esta patología de carácter importante, además de generar un importante consumo de recursos sanitarios y económicos, provoca una apreciable morbimortalidad en la población que padece esta enfermedad respiratoria. El Proceso Cuidado Enfermero (P.C.E.) es la aplicación del método científico a la práctica de la enfermería. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Objetivo: Elaborar un proceso cuidado enfermero dirigido a un paciente con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad a través de la taxonomía NANDA-NIC-NOC para contribuir a su mejoría y recuperación.

Metodología: Se utilizó el método de estudio de caso, utilizando para la valoración los patrones funcionales de Marjory Gordon, y la taxonomía NANDA, NIC, NOC y la aplicación de la teoría de Orem.

Resultados: A través de la aplicación del PCE fue posible brindar cuidados de enfermería con base en los requisitos de autocuidado al paciente, científicamente fundamentados.

Conclusiones: La aplicación de la teoría de Orem permite al profesional de enfermería direccionar los cuidados de enfermería hacia la promoción y adopción de habilidades para el autocuidado.

Palabras clave: Neumonía adquirida en la comunidad, proceso cuidado enfermero, Autocuidado. Dorothea Orem.

Introducción

Las infecciones respiratorias agudas (IRA), constituyen uno de los principales problemas de salud en el mundo una de ellas es la neumonía adquirida en la comunidad (NAC), que es una enfermedad frecuente que a lo largo del tiempo ha ido causando daños importantes a la sociedad, en especial a niños y personas de la tercera edad, que son los más susceptibles a padecer esta patología de carácter importante, además de generar un importante consumo de recursos sanitarios y económicos, provoca una apreciable morbimortalidad en la población que padece esta enfermedad respiratoria.

Las infecciones respiratorias son, en general, la causa más frecuente de consulta médica en atención primaria, y pueden llegar a representar hasta el 60% de las urgencias hospitalarias en las que está implicado un proceso infeccioso.

A grandes rasgos, la infección del tracto respiratorio suele desarrollarse como un proceso leve y de escasa trascendencia que se resuelve de forma ambulatoria, pero en algunas ocasiones puede tener una repercusión clínica importante e incluso derivar en una elevada mortalidad o secuelas graves para el paciente.

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente-familia.

El proceso de cuidado enfermero es una herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada. Como todo método, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí y cuyo objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales o grupales reales o potenciales; está compuesto de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

Es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera(o), que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios; lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados, por tal motivo, se compara con las etapas del método de solución de orden lógico, y que conducen al logro de resultados.

Es humanista por considerar al hombre como un ser holístico.

Es intencionado porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo, al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y el de la propia enfermera(o).

Es dinámico por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

Es flexible porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.

Es interactivo por requerir de la interrelación humano-humano con el(los) usuario(s) para acordar y lograr objetivos comunes.

Mediante el PCE se utiliza un modelo centrado en el usuario que: aumenta nuestro grado de satisfacción, nos permite una mayor autonomía, continuidad en los objetivos, la evolución la realiza enfermería, la información es continua y completa, se deja constancia de todo lo que se hace y nos permite el intercambio y contraste de información que nos lleva a la investigación. Además, existe un plan escrito de atención individualizada, disminuyen los errores y acciones reiteradas y se considera al usuario como colaborador activo.

Es por ello que se decide realizar un PCE individualizado a un paciente con diagnóstico de NAC para brindarle los cuidados necesarios y así poder ayudarlo y brindarle apoyo en su recuperación.

En el presente trabajo se hace referencia a lo que es la neumonía adquirida en la comunidad (NAC), epidemiología, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Se brinda información acerca de otros elementos que fueron de gran ayuda para realizar dicho trabajo.

Además de realizar un proceso cuidado enfermero de acuerdo a la patología del paciente con ayuda de NANDA, NOC Y NIC. Además de guías de práctica clínica con las que se apoyó para la realización del proceso cuidado enfermero (actividades).

Se realizó un plan de alta que ayude al paciente, así como a los familiares sobre dudas que tengan, se les brindo la información adecuada y entendible acerca de los cuidados que tendrán con el paciente.

Justificación

A principios del siglo pasado Sir William Osler definía la neumonía como «theoldman'sfriend» (la amiga del hombre viejo). Predecía de este modo el gran impacto social y sanitario que sigue teniendo la primera causa infecciosa de mortalidad en el mundo desarrollado. Junto a los avances en el tratamiento, han ido emergiendo nuevas formas de presentación de la enfermedad y nuevos perfiles de pacientes afectos.

En la actualidad la neumonía es el cuarto diagnóstico más frecuente al alta de los hospitales de agudos en mayores de 65 años. En los últimos 10 años se ha producido un incremento en el diagnóstico de la neumonía en las altas de ancianos.

Las medidas sanitarias y la higiene comunitaria van de la mano con la difusión de las ideas de la medicina moderna, entre ellas la comprensión de las enfermedades, su prevención y curación.

Cuidar implica conocer a cada ser humano, interesarse por él que exige un esfuerzo de atención, una concentración a veces más agotadora que el esfuerzo físico. El valor del cuidado se fundamenta en la enfermera(o) creativa(o) cuyo ser es trascendente.

De ahí surge la necesidad de redimensionar el cuidado de enfermería desde la perspectiva del rol, que el desarrollo de la profesión demanda ante las crecientes necesidades de salud, la reorganización de los servicios y los avances científicos y tecnológicos que imponen a enfermería un nuevo estilo de práctica. El PCE se centra, en constituir una estructura que pueda cubrir, de forma individualizada, las necesidades del paciente, familia y comunidad.

Como antecedentes históricos, reseñar que el PCE tiene sus orígenes, cuando fue considerado un proceso en 1955, gracias a Hall, a la que posteriormente se unieron otras teóricas como Jhonson en 1959, Orlando en 1961 y Wiedenbach en 1963. Consistía en un proceso de tres etapas: valoración, planeación y ejecución. Yura y Walsh en 1967, establecieron cuatro etapas: valoración, planificación, realización y evaluación. La etapa diagnóstica fue incluida entre 1974 y 1976 por Bloch, Roy y Aspinall, quedando desde entonces el PCE como actualmente conocemos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

El proceso enfermero "Es un método sistemático para brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos, de forma eficiente" (Alfaro, 1999).

La/el enfermera (o) durante el razonamiento diagnóstico realiza diversas funciones intelectuales integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir en un juicio clínico. El profesional de enfermería hace uso de ese pensamiento crítico durante el contacto que tiene con los pacientes y así mejorar la calidad del cuidado que proporciona. Lo importante para el juicio crítico es que la enfermera adquiera confianza y competencia en la toma de decisiones sobre los cuidados del paciente.

Es una ciencia que requiere destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas, que se aplican a través de un método científico de actuación, con carácter teórico-filosófico, que guía y respalda cada uno de sus componentes, sustentado por investigaciones que regulan la práctica profesional. Aunque existen varias vías para enriquecer el cuerpo de conocimientos de la ciencia de enfermería, es la investigación el proceso principal, a través del cual se llega al conocimiento científico, (Téllez O. & García F., 2012).

Las taxonomías NANDA, NOC Y NIC proporcionan a los profesionales de enfermería una mejor descripción del proceso cuidado enfermero, para el planteamiento de cuidados de calidad que aseguren el bienestar del individuo, familia o comunidad; y la comunicación entre los profesionales interdisciplinarios para el seguimiento de la efectividad y el cumplimiento de los cuidados. La NANDA proporciona una clasificación diagnóstica que sirve de guía, a través de la cual, se unifica internacionalmente el lenguaje de enfermería. La taxonomía NOC se utiliza para conceptualizar, denominar, validar y clasificar los resultados que se obtienen de la intervención de enfermería. Este lenguaje incluye resultados esperados, indicadores y escalas de medición. La taxonomía NIC, es una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realiza el profesional de enfermería, que tiene como centro de interés la decisión que tome para llevar a la persona al resultado esperado.

La aplicación del proceso cuidado enfermo, incluyendo las taxonomías NANDA, NOC y NIC permite a los profesionales de Enfermería una mejor descripción del mismo, fundamentando científicamente el cuidado enfermero; asimismo, favorece el crecimiento profesional y el impacto de esta profesión a nivel social, siempre y cuando su práctica sea constante. Las taxonomías facilitan la recolección de información necesaria de manera lógica, racional y sistemática para el planteamiento de cuidados de calidad que aseguren el bienestar del individuo, familia o comunidad; y entre los profesionales interdisciplinarios para el seguimiento de la efectividad y el cumplimiento de los cuidados.

Objetivos

General:

Elaborar un plan de cuidados de enfermería de un paciente con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad que se encuentra hospitalizado.

Específicos:

Implementar una valoración mediante los patrones funcionales de Marjory Gordon

Realizar un PCE mediante la ayuda de las taxonomías NANDA, NOC Y NIC, implementando así actividades que ayuden con la salud del paciente.

Ejecutar un plan de alta para el paciente, así como para sus familiares, que pueda ser de ayuda para la recuperación del paciente.

V. MARCO TEÓRICO

Enfermería como profesión disciplinaria

El concepto de profesión, es habitualmente asociado en el colectivo social a un título que es obtenido a través de estudios superiores. Sin embargo, el término requiere mayor análisis desde su concepto, evolución histórica y de este modo lograr comprender como se fue perfilando una profesión dentro de la sociedad.

Es un proceso significativo, terapéutico e interpersonal que actúa de forma conjunta, con otros procesos humanos que posibilitan la salud. Es una relación humana entre un individuo que está enfermo o que siente una necesidad y una enfermera que está preparada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda. **(Hildegarde peplau, 1952).**

De tal modo, las profesiones tal como son concebidas actualmente se estructuraron en base a la segmentación de la producción del conocimiento y de reglamentar su propio ejercicio, respaldado por la formación formal académica, perfilándose como estructuras sociales autónomas y legítimas. La enfermería como profesión se fue perfilando a través de los años. La suposición de que enfermería es un arte innato a cualquier mujer ha obstaculizado el desarrollo de un concepto de enfermería como profesión. **(Artículo de opinión Revista cubana de enfermería. 2009, Enfermería como profesión, pág. 2).**

Según *Colliere 1996*, los cuidados durante millares de años no fueron propios de un oficio, ni menos de una profesión determinada. Estaban ligados a la mujer, históricamente vinculados a las actividades de cuidar la vida y preservar la especie, en cambio los hombres eran asociados a actividades relacionadas a la defensa y salvaguardar los recursos. Los cuidados eran dirigidos al cuerpo en forma global, es decir, cuerpo y espíritu. Posteriormente con la llegada del cristianismo se da supremacía al espíritu, aparecen las mujeres cuidadoras consagradas. Después de la edad media, los cuidados serán ejercidos por mujeres de clase baja y de dudosa reputación. En este período todas las labores relacionadas al cuidado eran consideradas una ocupación inferior e indeseable. Con el avance de la ciencia, las nuevas tecnologías en el ámbito médico hicieron necesarios más colaboración, surgiendo el concepto de mujer cuidadora- auxiliar del médico, cuya labor estaba apegada en estricto a las indicaciones médicas. Los conocimientos adquiridos por las cuidadoras en ese entonces eran transmitidos por los

médicos, fundamentalmente en áreas de patologías y diversas técnicas. El estilo de pensamiento se acercaba al religioso, en un intento de recuperar la imagen cristiana de los cuidados de antaño, reforzando un modelo vocacional y disciplinar del ejercicio del quehacer.

Si bien es cierto, enfermería adquiere conocimientos de otras disciplinas, se ha logrado en base a éstos, establecer un cuerpo de conocimientos, representados en teorías y modelos que sustentan el quehacer. Hacia 1950 se había generalizado la idea de establecer un cuerpo de conocimientos y el desarrollo de una base científica de enfermería, así en 1952 *Peplau* desarrolla la primera teoría del ejercicio profesional de enfermería. Posteriormente *Orlando* en 1961, aporta una teoría de las comunicaciones, más tarde continúa la necesidad de contar con teorías y poder desarrollarlas. Surgió de este modo varias teorías y modelos conceptuales, de diversos autores tales como; *King, Roy, Rogers, King, Orem y Newman*, entre otros. **(Artículo de opinión Revista cubana de enfermería. 2009, Enfermería como profesión, pág.3, 4,5).**

Es en este contexto donde surge la enfermería como profesión incipiente con Florence Nightingale, quien establece las bases de una formación formal para enfermeras. Esta se realizaba en hospitales con instrucción entregada por médicos. Las candidatas eran sometidas a un estricto sistema de selección de disciplina y calidad moral. Con este sistema Florence eleva la condición de cuidadora tan deteriorada hace algunos años. Sin embargo, éstas limitaban su quehacer a las estrictas instrucciones médicas, sin evidenciar autonomía en este desempeño.

Las observaciones de Nightingale, la utilización del método inductivo, la empírica, la sistematización de sus datos ofrece evidencia inicial del desarrollo de la enfermería como ciencia; pues, si la ciencia desde una concepción filosófica se hace preguntas por la finalidad del objeto de estudio, Nightingale lo hace evidente al conceptualizar explícitamente e implícitamente sobre las leyes de la vida, la importancia del medio ambiente en la curación del enfermo, el ser humano, enfermería y salud-enfermedad; es decir, comprendió con todo aquello que interactuó: salud, enfermedad, medio ambiente, persona y enfermería, se puede decir, que aquí aplica, el concepto de conocimiento como la consecución o percepción de la realidad adquirida a través de la investigación.

Para Rogers, la enfermería tiene dos dimensiones principales una, la ciencia de la enfermería y dos, la utilización o aplicación de esta ciencia para el mejoramiento del hombre; es decir, la práctica de la enfermería, y agrega: “sin la ciencia de la enfermería no puede existir la práctica profesional”. Este postulado de Rogers, evidencia a enfermería como ciencia articulada a la práctica del cuidado. La ciencia de enfermería incluye el estudio de las relaciones entre enfermeras, usuarios y medio ambiente en el contexto de la salud, en este aspecto, se observa coincidencia con la naturaleza de enfermería, presentado antes de acuerdo con algunos de los pensamientos de Nightingale.

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

La Enfermería como ciencia humana práctica, es un conjunto organizado de conocimientos abstractos, avalados por la investigación científica y el análisis lógico. Cuenta con teorías y modelos que le proporcionan el marco teórico necesario para perfeccionar su práctica diaria, a través de la descripción, predicción y control de los fenómenos.

Todas las teoristas de enfermería, definen su comprensión, respecto a los paradigmas, expresados en los conceptos de persona, entorno, salud y enfermería-cuidado; estos paradigmas están incluidos en el área de interés y preocupación de la ciencia y disciplina de enfermería. Lo interesante es que estas teorías, le confieren el carácter de ciencia y consideran la dinámica de los fenómenos de enfermería, en interacción con el medio; que le permite transformar las observaciones de dichos fenómenos de interés para enfermería; de esta manera, la enfermera actúa con las personas y el medio, transformándose y simultáneamente transformando su contexto o medio ambiente. De otra parte, también delimita unos campos de actuación de enfermería, los cuales se consideran, se manifiestan en la educación (docencia), práctica (asistencia clínica y ambulatoria) e investigación (generación de nuevos conocimientos de enfermería). Así

enfermería como ciencia y disciplina, trata de establecer todos sus fenómenos y objeto de su interés, expresado como punto central de inicio y final en el cuidado, que se manifiesta en la profesión o práctica de enfermería. **(Revista de educación Laurus vol.14, 2008, modelo teórico metodológico, pág., 3, 4, 6,10)**

El cuidado como objeto de estudio

Cuidado está dirigido a suplir el déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales. **(Virginia Henderson, 1953).**

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente. Es sabido que el cuidar, es una actividad indispensable para la supervivencia, desde que la humanidad existe, el cuidado ha sido relevante constituyendo una función primordial para promover y desarrollar todas aquellas actividades que hacen vivir a las personas y a los grupos.

Asclepio, héroe sanador de Grecia, tuvo tanta eficacia en sus métodos, que tras su muerte fue divinizado. Afirmaba que la curación sólo es completa cuando resulta de la intervención humana. El cuidado de la vida en la historia, se encuentra ligado a la mujer, quien se encargaba de mantener la salud de la familia. Por tradición, las comadronas o llamadas también parteras, se relacionan con el cuidado de la vida de la parturienta y el niño. Esto confirma que los seres humanos siempre tienen necesidad de cuidarse y ser cuidados, por ello, cuidar, se considera un acto de vida. La orientación de los cuidados basados en todo lo que contribuye a asegurar el mantenimiento y la continuidad de la vida nace de la Physis, es decir, la ciencia de la naturaleza. El cuidado forma parte de la naturaleza humana

El cuidado de los pacientes representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres humanos vivos y sanos con el propósito de reproducirse y perpetuar la vida, de tal forma, el cuidado es mantener la vida asegurando la satisfacción

de un conjunto de necesidades para la persona (individuo, familia, grupo y comunidad), que, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud.

La revisión acerca del cuidado de enfermería, nos lleva a la reflexión de que el profesional de enfermería necesita una reforma humanista que le permita formarse un correcto y elaborado juicio de lo que significa cuidar al paciente y centrar su función, en la atención y apoyo, para que de esta manera se puedan brindar servicios de una clase nueva y diferente de profesionales sanitarios.

Para comprender y sensibilizarse ante la importancia del cuidado de enfermería, es necesario identificar el origen y conceptualización del cuidado. El cual surge en la etapa doméstica durante el siglo XVIII, definiéndose como un acto instintivo femenino para la protección de las familias, ya que era la presencia comprensiva y respetuosa de las mujeres quienes lograban el bienestar de los seres humanos que las rodeaban. Al continuar con la historia, se llega a las sociedades arcaicas superiores (entre la prehistoria y el mundo clásico) en donde la responsabilidad del cuidado recaía en los sacerdotes y escribas, hombres cultos que vivían en los templos y eran mantenidos por el pueblo. **(Artículo original, Construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería, Redalyc, pág. 2, 3, 4, 5, 7,8).**

La enfermera es la profesional que tiene la función primordial de preocuparse y priorizar el bienestar del paciente. La forma de interactuar en la atención es construida a partir de un complejo proceso de sensibilidad y reciprocidad, que se refieren a la vida y formas de fortalecer la relación de las personas.

Desde 1997 se hizo un llamado sobre la necesidad de que las enfermeras pusieran atención en la comprensión y no solamente en la explicación de los conceptos que guían la práctica profesional. En esta afirmación, se identifica el pensamiento de Martín Heidegger, al decir que la limitación de los conceptos no permite que se tenga una comprensión de su sentido original.

La enfermera es la profesional que tiene la función primordial de preocuparse y priorizar el bienestar del paciente. La forma de interactuar en la atención es construida a partir de un complejo proceso de sensibilidad y reciprocidad, que se refieren a la vida y formas de

fortalecer la relación de las personas (**Revista de enfermería, 2009: La importancia del cuidado, pág. 1, 2,3).**

Proceso de atención en enfermería

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como Proceso Cuidado Enfermero (P.C.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. El proceso cuidado enfermero tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PCE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. **(Material complementario: proceso cuidado enfermero, UNAM, pág., 1,2)**

La enfermería, como cualquier disciplina profesional necesita utilizar una forma de proceder para llevar a cabo el servicio que presta a sus usuarios, y que se caracteriza por dar respuesta a una serie de situaciones de salud que pueden ser problemáticas para las personas.

Es el método que guía el trabajo profesional, científico, sistemático y humanista de la práctica de enfermería, centrado en evaluar en forma simultánea los avances y cambios en la mejora de un estado de bienestar de la persona, familia y/o grupo a partir de los cuidados otorgados por la enfermera.

En enfermería, en mayor o menor medida, está establecido, que para llevar a cabo aquellas funciones que nos son propias, es necesario ordenar y estructurar las actividades que hacen posible el análisis y solución de las situaciones en las que intervenimos, lo cual es posible mediante la aplicación del método científico, denominado proceso de cuidado enfermero (PCE). El PCE constituye una herramienta para organizar el trabajo de

enfermería, lo que implica una determinada manera de proceder que nos es propia, está constituido por una serie de pasos o etapas, íntimamente interrelacionadas.

Florence Nightingale, Virginia Henderson, Faye Glenn Abdellah, Dorothea E. Orem, asociación de la Nanda y Marjorie Gordon. Cada una de estas teorías dio fundamentación científica, sobre todo al modo de actuar en la profesión de enfermería y de una utilidad extraordinaria en la aplicación al PCE.

Florence Nightingale fue la primera teórica que describió la enfermería y su entorno. Esto dio paso a las posteriores teóricas, que tomaron sus descripciones para formular teorías de las que hoy podemos estudiar.

Virginia Henderson, se apoyó mucho en los postulados de Florence Nightingale e incorporó en su teoría principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de enfermería. Esta teoría planteó los criterios acerca del entorno, la salud, persona y cuidados. En la actualidad algunas de estas necesidades se diferencian en el cambio de su nomenclatura, pero en esencia la acción que se ejecuta para dar satisfacción a esas necesidades afectadas es la misma. Cuando la enfermera(o) identifica la necesidad, problemas, patrones funcionales que están afectados, es para conocer cuál es el diagnóstico de enfermería. De esta forma habrá una utilización consecuente en la aplicación del PCE.

En 1994, Marjorie Gordon mediante estudios utilizó el término de patrón funcional y clasifica 11 patrones funcionales, donde patrón es la configuración de un comportamiento secuencial en el transcurso del tiempo. El juicio de si un patrón es funcional o disfuncional se realiza comparando los datos de la valoración dada: Situaciones basales del individuo, normas establecidas para cada edad y normas culturales, sociales y otras.

No obstante, los profesores de la enseñanza superior y los profesionales de enfermería deben realizar la consecuente reflexión de los resultados logrados mediante investigaciones aplicadas en la práctica de los servicios y en la docencia, así como las perspectivas en el desarrollo de la docencia hace que sus educadores estudien con profundidad la aplicación de las teorías tratadas y las que actualmente surjan. Esto permite elevar la calidad del conocimiento y su fundamentación en el PCE.

El proceso se organiza para su operacionalización en cinco fases cíclicas, interrelacionadas y progresivas: 1) valoración, 2) diagnóstico, 3) planeación, 4) ejecución-intervención y 5) evaluación. **(Revista cubana de enfermería 1999, teorías aplicables al proceso cuidado enfermero, ministerio de salud pública, pág., 2, 3, 4, 5,7).**

Modelo teórico utilizado para la elaboración del PCE

Orem (2001) estableció: «La enfermería pertenece a la familia de los servicios sanitarios que se organizan para prestar asistencia directa a personas con necesidades legítimas de diferentes formas de atención directa por sus estados de salud o por la naturaleza de sus necesidades de asistencia sanitaria».

El estado que indica la necesidad de asistencia enfermera es, la incapacidad de las personas de proporcionarse por sí mismas y continuamente el autocuidado de calidad y cantidad necesario según las situaciones de la salud personal. **(Orem, 2001).**

Orem (1997) identificó «cinco amplias visiones de los seres humanos, necesarias para desarrollar el conocimiento de los constructos conceptuales de la teoría enfermera del déficit de autocuidado y para comprender los aspectos interpersonales y sociales de los sistemas enfermeros». Son la visión de: a) persona, b) agente, c) usuario de símbolos, d) organismo y e) objeto.

Orem etiquetó su teoría de déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por las siguientes tres teorías relacionadas:

1. La teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas.
2. La teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente.
3. La teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero.

La Teoría de Orem es un análisis detallado de los cuidados enfermeros, que nos permite definir el espacio que ocupa el profesional de enfermería en relación con la persona, donde todos los individuos sanos adultos tienen capacidad de autocuidado, en mayor o menor grado, en función de determinados factores (edad, sexo, estado de salud, situación sociocultural, predisposición). Independientemente de cuál sea la enfermedad, falta de recursos, factores ambientales, la demanda de autocuidado terapéutico de la persona es superior a su agencia de autocuidado, entonces la enfermera actúa ayudando a compensar el desequilibrio a través de los sistemas de enfermería.

La enfermera, según Orem, debe ser capaz de lograr que el individuo participe de forma activa en la planificación e implementación de su propia atención de salud, teniendo en cuenta los factores básicos condicionantes del autocuidado, la edad y estado de salud y los conocimientos que poseen de ésta, la pertenencia al grupo social y los hábitos del medio cultural, la falta de habilidades y hábitos, el concepto de sí mismo y la madurez de la persona.

La provisión de la atención enfermera se produce en situaciones concretas. A medida que las enfermeras intervienen en situaciones de la práctica enfermera, utilizan sus conocimientos de la ciencia enfermera para dar significado a las características de la situación, hacer juicios sobre qué puede y debe hacerse y diseñar e implementar sistemas de cuidados enfermeros.**(Modelos y teorías de enfermería séptima edición, medlibros, pág., 280-290).**

Elementos fundamentales del modelo utilizado

Dorothea E. Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería. Los elementos básicos que constituyen un sistema de enfermería son:

1. La enfermera.
2. El paciente o grupo de personas.
3. Los acontecimientos ocurridos incluyendo, entre ellos, las interacciones con familiares y amigos.

Los sistemas de enfermería tienen varias cosas en común, en particular estas.

1. Las relaciones para tener una relación de enfermería deben estar de forma clara bien establecidas.
2. Los papeles generales y específicos de la enfermera, el paciente y las personas significativas deben ser determinados. Es preciso determinar el alcance de la responsabilidad de enfermería.
3. Debe formularse la acción específica que se va a adoptar a fin de satisfacer necesidades específicas de cuidados de la salud.
4. Debe determinar la acción requerida para regular la capacidad de autocuidado para la satisfacción de las demandas de autocuidado en el futuro.

El autocuidado: Es el concepto básico de la teoría, conjunto de acciones que realiza la persona para controlar los factores internos y externos que pueden comprometer su vida y su desarrollo posterior. Es una conducta que realiza o debería realizar la persona por sí misma. Según Orem, el autocuidado no es innato, sino se aprende esta conducta a lo largo de la vida, a través de las relaciones interpersonales y la comunicación en la familia, la escuela y amigos.

Agente de autocuidado

Persona que lleva a cabo las acciones de autocuidado. Cuando las acciones van desde la persona que las realiza hacia personas sin capacidad de autocuidado (niños, ancianos con discapacidad, enfermos en coma, etcétera), la conceptualiza como agente de cuidado dependiente y cuando se habla en términos de cuidados especializados, nos referimos a la agencia de enfermería.

Requisitos de autocuidado

Los objetivos que los individuos deberían tener cuando se ocupan de su autocuidado, son de tres tipos:

Requisitos universales: Satisfacción de las necesidades básicas de todo ser humano.

Requisitos de desarrollo: Satisfacción de necesidades según el período del ciclo vital.

Requisitos de desviación de la salud: Satisfacción de necesidades en cada proceso de alteración de la salud.

Cuando existe un déficit de autocuidado, la forma como la persona y el profesional de enfermería se relacionan para compensar el desequilibrio existente en el autocuidado. **(Valoración ética del modelo de Dorothea Orem, instituto superior de ciencias médicas de la habana, pág., 6, 7, 9, 10,11).**

Etapas del proceso cuidado enfermero

Valoración

Consiste en la recolección, organización y validación de los datos relacionados con el estado de salud de la persona. Se realiza a través de la entrevista, observación y exploración física.

Consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

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. **(Lineamiento general para la elaboración de planes de cuidados de enfermería, primera edición, enero 2011, pág., 15,16).**

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

(Revista mexicana de enfermería cardiológica, operacionalización del proceso cuidado enfermero, 2002, pág., 3).

Diagnóstico

Es un juicio clínico sobre las respuestas de la persona, familia o comunidad ante procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales que son la base para la selección de intervenciones, y el logro de los objetivos que la enfermera responsable de la persona desea alcanzar. **(Lineamiento general para la elaboración de planes de cuidados de enfermería, primera edición, enero 2011, pág., 15,16).**

Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería.

Los diagnósticos se clasifican de acuerdo a sus características. Según Carpenito un diagnóstico puede ser de bienestar, real, o de riesgo. El bienestar es un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hasta un nivel más alto de bienestar. El diagnóstico real, describe un juicio clínico que el profesional ha confirmado por la presencia de características que lo definen y signos o síntomas principales. El de riesgo describe un juicio clínico sobre que un individuo o grupo es más vulnerable de desarrollar el problema que a otros en una situación igual o similar. Por otra parte, el enunciado del diagnóstico de enfermería debe constar de una, dos o tres partes, lo cual depende del tipo de diagnóstico: los de bienestar se escriben como enunciados de una sola parte; los de riesgo constan de dos partes, los problemas y los

factores de riesgo relacionados con el mismo y el diagnóstico real consta de tres partes (problema, factores concurrentes, signos y síntomas).

1. Diagnóstico de bienestar: potencial para favorecer la paternidad.
2. Diagnóstico de riesgo: alto riesgo de alteraciones del mantenimiento de la salud relacionado con conocimientos insuficientes sobre el problema, actividades, dieta y medicamentos.
3. Diagnóstico real: alteración de la nutrición por defecto relacionado con anorexia, náuseas/vómitos persistentes y aumento del índice metabólico.

Para la realización se deberá considerar lo siguiente:

1. Identificar, priorizar y registrar los problemas dependientes y los diagnósticos enfermeros que se derivan del análisis de los datos de la valoración.
2. Revisar y actualizar los problemas interdependientes y los diagnósticos enfermeros en función de los cambios en el estado de salud del paciente, detectados a partir de la valoración continua y el análisis de los datos.
3. Los problemas interdependientes y los diagnósticos enfermeros se reformulan con base en la evolución del paciente. Esto puede ser efectuado según las normas de la institución hospitalaria, pero se sugiere que por lo menos sea realizado al finalizar el turno. **(Revista mexicana de enfermería cardiológica, operacionalización del proceso cuidado enfermero, 2002, pág., 4).**

Niveles de prioridad para los diagnósticos de enfermería (ver anexo 5)

Primer nivel de prioridad. Prioridad inmediata, son problemas que amenazan la vida.

- Problemas con las vías aéreas
- Problemas respiratorios
- Problemas cardiacos/ circulatorios
- Problemas con los signos vitales

Segundo nivel de prioridad. Inmediatos, después de iniciar el tratamiento de los problemas de primer nivel de prioridad.

- Cambios en el estado mental
- Dolor agudo
- Problemas agudos de eliminación urinaria

- Problemas médicos no tratados que requieren atención inmediata (por ejemplo una persona diabética que no se ha administrado insulina).
- Valores de laboratorio alterados
- Riesgo de infección, problemas de seguridad o protección (para el sujeto de atención o para los demás).

Tercer nivel de prioridad. Prioridades tardías, necesidades de desarrollo normales o que requieren un mínimo apoyo de enfermería.

- Problemas de salud que no encajan en las categorías anteriores (por ejemplo, problemas de falta de conocimientos, actividad, familia, reposo, afrontamiento).

Planeación

Etapa en la que se establecen las estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas detectados en el diagnóstico o para promocionar la salud. En esta etapa se determinan los resultados esperados e intervenciones independientes e interdependientes, entendiendo las primeras como, aquellas que realiza el profesional de enfermería sin que exista de por medio una indicación médica y las segundas son realizadas en coordinación con otros miembros del equipo de salud. **(Lineamiento general para la elaboración de planes de cuidados de enfermería, primera edición, enero 2011, pág., 17).**

Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud.

La planeación incluye las siguientes etapas:

1 Establecimiento de prioridades entre los diagnósticos de enfermería cuando un paciente tiene varios problemas.

2 Determinación de objetivos o metas esperadas. Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el paciente. Las metas se derivan de la primera parte del diagnóstico de enfermería o problema. Los resultados o metas, deben estar centrados en el comportamiento del paciente atendido, ser claros, concisos, observables y medibles. Abarcan múltiples aspectos de la respuesta humana (como el

aspecto físico y funcional del cuerpo), síntomas, conocimientos, habilidades psicomotrices y los estados emocionales.

3 Planeación de las intervenciones de enfermería. Están destinadas a ayudar al paciente a lograr las metas del cuidado. Se enfocan a la parte etiológica del problema o segunda parte del diagnóstico de enfermería. Por tanto, van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema. Las intervenciones de enfermería reciben nombres diversos, acciones, estrategias, planes de tratamiento y ordenes de enfermería.

Para la realización se deberá considerar lo siguiente:

1. Adaptar o diseñar un plan de cuidados basados en conocimientos actualizados de las ciencias enfermeras, biológicas, sociales, físicas y comporta mentales.
2. Por cada diagnóstico enfermero identificado establecer objetivos pactados con el paciente definido de forma realista y mensurable, congruente con el resto de los tratamientos planificados que especifiquen el tiempo de consecución y dirigida a maximizar la autonomía del paciente.
3. Prescribir y priorizar las intervenciones dirigidas a conseguir los objetivos pactados o establecidos y a favorecer la participación del paciente.
4. Prescribir y priorizar estas intervenciones con base en la aplicación de los resultados de la valoración y de los conocimientos científicos vigentes.
5. Prescribir las intervenciones con base en el servicio enfermero que se requiera.
6. Revisar y actualizar el plan de cuidados para adaptarlo a la evolución del estado de salud del paciente.
7. Determinar las áreas de colaboración con otros profesionales.

(Revista mexicana de enfermería cardiológica, operacionalización del proceso cuidado enfermero, 2002, pág., 5).

Implementación (ejecución)

Etapa en la que se pone en práctica el PCE para lograr los resultados específicos y consta de tres fases: preparación, ejecución y documentación. **(Lineamiento general para la elaboración de planes de cuidados de enfermería, primera edición, enero 2011, pág., 18).**

Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

Durante el desarrollo de esta fase se requiere:

1) Validar: es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas expertos, otros miembros del equipo de salud y el paciente. Por lo tanto, las intervenciones deben estar orientadas a la solución del problema del paciente, apoyado en conocimientos científicos y cumplir con la priorización de los diagnósticos.

2) Documentar el plan de atención: para comunicarlo con el personal de los diferentes turnos, deberá estar por escrito y al alcance.

3) Continuar con la recolección de datos: a lo largo de la ejecución enfermería continúa la recolección de información, ésta puede utilizarse como prueba para la evaluación del objetivo alcanzado y para establecer cambios en la atención.

La enfermera participa ampliamente en la ejecución del plan de cuidados y plan terapéutico, requiere un razonamiento enfermero previo. Su aplicación puede englobar medidas preventivas, terapéuticas, de vigilancia y control o de promoción del bienestar; favorece el establecimiento de una relación terapéutica y facilita el proceso de aprendizaje del paciente, todo ello para contribuir al mantenimiento/restablecimiento de la salud del paciente o a una muerte serena.

Para la realización se deberá considerar lo siguiente:

1. Mantener al día sus conocimientos y habilidades para llevar a cabo las intervenciones prescritas en el plan de intervenciones con seguridad y efectividad.

2. Realizar las intervenciones respetando la dignidad y prioridades del paciente, facilitando su participación en el plan de cuidados.

3. Llevar a cabo las intervenciones prescritas en el plan, manteniendo una actitud terapéutica. **(Revista mexicana de enfermería cardiológica, operacionalización del proceso cuidado enfermero, 2002, pág., 6).**

Evaluación

Es la última etapa del proceso y 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 indicadores. **(Lineamiento general para la elaboración de planes de cuidados de enfermería, primera edición, enero 2011, pág., 19).**

Donde se evalúan las respuestas de los individuos, la familia y la comunidad, de acuerdo a las expectativas u objetivos trazados.

La evaluación consta de tres partes:

1. La evaluación del logro de objetivos. Es un juicio sobre la capacidad del paciente para desarrollar el comportamiento especificado en el objetivo. Su propósito es decir si el objetivo se logró, lo cual puede ocurrir de forma total, parcial o nula.
2. Revaloración del plan. Es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones con base en los datos que proporciona el paciente.
3. La satisfacción del paciente atendido. Es importante conocer su apreciación y discutir con el paciente acerca de sus cuidados. **(Revista mexicana de enfermería cardiológica, operacionalización del proceso cuidado enfermero, 2002, pág., 7).**

DESCRIPCIÓN DE LA PATOLOGÍA

Anatomía y fisiología del sistema respiratorio

Definición del sistema respiratorio:

El sistema respiratorio está formado por las estructuras que realizan el intercambio de gases entre la atmósfera y la sangre. El oxígeno (O₂) es introducido dentro del cuerpo para su posterior distribución a los tejidos y el dióxido de carbono (CO₂) producido por el metabolismo celular, es eliminado al exterior. Además, interviene en la regulación del pH corporal, en la protección contra los agentes patógenos y las sustancias irritantes que son inhalados y en la vocalización, ya que, al moverse el aire a través de las cuerdas vocales, produce vibraciones que son utilizadas para hablar, cantar, gritar. El proceso de intercambio de O₂ y CO₂ entre la sangre y la atmósfera, recibe el nombre de respiración externa. El proceso de intercambio de gases entre la sangre de los capilares y las células de los tejidos en donde se localizan esos capilares se llama respiración interna.

El sistema respiratorio está compuesto por la nariz, la faringe, laringe, tráquea, los bronquios y los pulmones.

Sus partes se pueden clasificar de acuerdo con su estructura o su función. Según su estructura, el aparato respiratorio consta de dos porciones: 1) el aparato respiratorio superior, que incluye la nariz, la faringe y las estructuras asociadas y 2) el aparato respiratorio inferior, que incluye la laringe, la tráquea, los bronquios y los pulmones.

Nariz

La nariz es un órgano especializado localizado en la entrada del aparato respiratorio, que puede dividirse en una porción externa y una interna denominada cavidad nasal.

La porción externa es la parte de la nariz visible en la cara y consiste en un armazón de soporte óseo y de cartílago hialino cubierto por músculo y piel, revestido por una mucosa.

La estructura cartilaginosa está conformada por el cartílago nasal septal que forma la porción anterior del tabique nasal, los cartílagos nasales laterales, debajo de los huesos nasales, y los cartílagos alares, que constituyen parte de las paredes de las fosas nasales. En la parte inferior de la nariz hay dos aberturas llamadas narinas u orificios nasales.

Las estructuras internas de la porción externa de la nariz cumplen tres funciones: 1) calentamiento, humidificación y filtración del aire inhalado 2) detección del estímulo

olfatorio y 3) modificación de las vibraciones vocales a medida que pasan a través de las cámaras de resonancia, que son huecas y poseen gran tamaño.

La porción interna de la nariz o cavidad nasal es un gran espacio en la región anterior del cráneo, ubicado en posición inferior con respecto al hueso nasal y superior en relación con la cavidad bucal; está revestida por músculo y mucosa. En su parte anterior, la cavidad nasal se continúa con la porción externa de la nariz y en su parte posterior se comunica con la faringe, a través de dos aberturas llamadas narinas internas o coanas

Los conductos de los senos paranasales, que drenan moco, y los conductos nasolagrimales, que transportan las lágrimas, también desembocan en la cavidad nasal.

Los huesos del cráneo que contienen senos paranasales son el frontal, el esfenoides, el etmoides y el maxilar. Además de producir moco, los senos paranasales sirven como cámaras de resonancia para el sonido durante el habla y el canto. Las paredes laterales de la cavidad nasal están formadas por el etmoides, el maxilar, el lagrimal, el palatino y los cornetes nasales inferiores. Los huesos palatinos y las apófisis palatinas del maxilar superior, que juntos conforman el paladar duro, representan el techo de la cavidad nasal.

Faringe

La faringe, o garganta, es un conducto en forma de embudo de alrededor de 13 cm de longitud que comienza en las narinas internas y se extiende hasta el nivel del cartílago cricoides, que es el más inferior de la laringe. La faringe se localiza detrás de las cavidades nasal y oral, por encima de la laringe y delante de la columna vertebral cervical. Su pared está compuesta por músculos esqueléticos y está revestida por una mucosa. Los músculos esqueléticos relajados ayudan a mantener la permeabilidad de la faringe. La contracción de los músculos esqueléticos asiste en la deglución. La faringe funciona como vía para el pasaje del aire y los alimentos, actúa como caja de resonancia para emitir los sonidos del habla y alberga las amígdalas, que participan en las reacciones inmunológicas contra los agentes extraños.

La faringe puede dividirse en tres regiones anatómicas: 1) la nasofaringe, 2) la bucofaringe y 3) la laringofaringe.

Nasofaringe. Se la considera la parte nasal de la faringe ya que es una extensión hacia atrás de las fosas nasales, está recubierta de una mucosa similar a la mucosa nasal y tiene una función respiratoria. Hay varias colecciones de tejido linfóide llamadas amígdalas, así, en su techo y pared posterior la amígdala faríngea (llamada popularmente vegetaciones o adenoides). En su pared externa, desemboca la trompa de Eustaquio que es la comunicación entre el oído medio y la nasofaringe y por detrás de cada uno de los orificios de desembocadura se encuentran las dos amígdalas tubáricas.

Bucofaringe. Es la parte oral de la faringe y tiene una función digestiva ya que es continuación de la boca a través del istmo de las fauces y está tapizada por una mucosa similar a la mucosa oral.

La orofaringe está limitada por arriba por el paladar blando, por abajo por la base de la lengua, en donde se encuentra una colección de tejido linfóide llamada amígdala lingual, y por los lados por los pilares del paladar anteriores y posteriores, entre los cuales, en cada lado, se encuentra otra colección de tejido linfóide que constituye las amígdalas palatinas (que cuando se infectan son llamadas popularmente anginas).

Laringofaringe Es la parte laríngea de la faringe ya que se encuentra por detrás de la laringe. Está tapizada por una membrana mucosa con epitelio plano estratificado no queratinizado y se continúa con el esófago. Por su parte posterior se relaciona con los cuerpos de las vértebras cervicales 4ª a 6ª.

Laringe

La laringe o caja de resonancia es un conducto corto que conecta la laringofaringe con la tráquea. Se encuentra en la línea media del cuello, por delante del esófago y en el segmento comprendido entre la cuarta y la sexta vértebra cervical. La pared de la laringe está compuesta por nueve piezas cartilagosas y tres impares (cartílago tiroides, epiglotis y cartílago cricoides) y tres pares (cartílagos aritenoides, cuneiformes y corniculados).

Los cartílagos tiroides y cricoides forman el apoyo cilíndrico de la laringe, en tanto que la epiglotis cubre la entrada (abertura) laríngea.

La luz de la laringe se reconoce por dos pares de pliegues similares a entrepaños; los superiores son los pliegues vestibulares y los inferiores las cuerdas vocales. Los pliegues

vestibulares su lámina propia está compuesta de tejido conectivo laxo, contiene glándulas seromucosas, células adiposas y elementos linfoides.

El pliegue vocal está reforzado por tejido conectivo elástico, denso irregular, el ligamento vocal. Este pliegue da la fonación.

La laringe tiene un recubrimiento de epitelio cilíndrico ciliado pseudoestratificado, excepto en la región superior de la epiglotis y las cuerdas vocales, que está recubierta por epitelio escamoso estratificado.

La epiglotis es un fragmento grande de cartílago elástico en forma de hoja, cubierto de epitelio. El “tallo” epiglótico es un adelgazamiento de la porción inferior, que se conecta con el borde anterior del cartílago tiroides y con el hueso hioides.

El cartílago cricoides es un anillo compuesto por cartílago hialino que forma la pared inferior de la laringe. Está unido al primer anillo cartilaginoso de la tráquea por medio del ligamento cricotraqueal. El cartílago tiroides está unido al cartílago cricoides por el ligamento cricotiroideo. El cartílago cricoides es el reparo anatómico para crear una vía aérea de emergencia llamada traqueotomía.

Tráquea

La tráquea es un conducto aéreo tubular, que mide aproximadamente 12 cm (5 pulgadas) de longitud y 2,5 cm (1 pulgada) de diámetro. Se localiza por delante del esófago, y se extiende desde la laringe hasta el borde superior de la quinta vértebra torácica (T5), donde se divide en los bronquios principales derecho e izquierdo.

La pared de la tráquea está compuesta por las siguientes capas, desde la más profunda hasta la más superficial: 1) mucosa, 2) submucosa, 3) cartílago hialino y 4) adventicia (tejido conectivo areolar).

Mucosa: Se compone de epitelio cilíndrico ciliado pseudoestratificado (respiratorio), un tejido conectivo subepitelial (lámina propia) y un haz de fibras elásticas relativamente gruesas que separa la mucosa de la submucosa.

Submucosa: Se integra con un tejido conectivo denso irregular, que contiene múltiples glándulas mucosas y seromucosas. Esta región tiene un riego sanguíneo y linfático abundante y sus ramas más pequeñas llegan a la lámina propia.

Adventicia: Se conforma de tejido conectivo fibroelástico y anillos de cartílago hialino.

La porción abierta de cada anillo cartilaginoso está orientada en dirección posterior hacia al esófago, y el cartílago permanece abierto por la presencia de una membrana fibromuscular. Dentro de esta membrana hay fibras musculares lisas transversales que constituyen el músculo traqueal, y tejido conectivo elástico que permite que el diámetro de la tráquea se modifique levemente durante la inspiración y la espiración, con el fin de mantener un flujo de aire eficiente.

Bronquios

Los bronquios son conductos que ayudan a transportar el aire y forman parte del sistema respiratorio. Existen dos bronquios principales: derecho e izquierdo; cada uno de ellos se desprenden de la tráquea que y se conectan con el pulmón (cada bronquio se conecta con uno de los pulmones) se va ramificando en conductos de diferentes tamaños.

En el borde superior de la quinta vértebra torácica, la tráquea se bifurca en un bronquio principal derecho, que se dirige hacia el pulmón derecho, y un bronquio principal izquierdo, que va hacia el pulmón izquierdo. El bronquio principal derecho es más vertical, más corto y más ancho que el izquierdo. Como resultado, un objeto aspirado tiene más probabilidades de aspirarse y alojarse en el bronquio principal derecho que en el izquierdo. Al igual que la tráquea, los bronquios principales tienen anillos cartilaginosos incompletos y están cubiertos por epitelio cilíndrico pseudoestratificado ciliado. En el punto donde la tráquea se divide en los bronquios principales derecho e izquierdo, se identifica una cresta interna llamada carina.

Al ingresar en los pulmones, los bronquios principales se dividen para formar bronquios más pequeños, los bronquios lobares (secundarios), uno para cada lóbulo del pulmón. (El pulmón derecho tiene tres lóbulos, y el pulmón izquierdo, dos.) Los bronquios lobares siguen ramificándose y originan bronquios aún más pequeños, los bronquios segmentarios (terciarios), que se dividen en bronquiolos. Los bronquiolos se ramifican varias veces y los más pequeños se dividen en conductos aún más pequeños, denominados bronquiolos terminales.

Los bronquiolos terminales representan el final de la zona de conducción del aparato respiratorio. Esta ramificación extensa a partir de la tráquea, a través de los bronquiolos respiratorios, se asemeja a un árbol invertido y suele denominarse árbol bronquial.

Durante el ejercicio, se incrementa la actividad de la división simpática del sistema nervioso autónomo (SNA), y la médula suprarrenal libera las hormonas adrenalina y noradrenalina; ambas acciones inducen la relajación del músculo liso de los bronquiolos, lo que a su vez dilata las vías aéreas.

Pulmones

Los pulmones son dos sacos de tejido blando y elástico, son de color rosado y en forma de cono; Dos capas de serosa, que constituyen la membrana pleural encierran y protegen a cada pulmón. La capa superficial, denominada pleura parietal, tapiza la pared de la cavidad torácica; la capa profunda o pleura visceral reviste a los pulmones están apoyados en el diafragma. Están formados por bronquios y alvéolos pulmonares. Entre la pleura visceral y la parietal hay un pequeño espacio, la cavidad pleural, que contiene un escaso volumen de líquido lubricante secretado por las membranas. El líquido pleural reduce el rozamiento entre las membranas y permite que se deslicen con suavidad una contra la otra, durante la respiración.

Tiene varias caras: Cara diafragmática: Es la parte de los pulmones que se apoya en el diafragma. Cara costal: Es la parte de los pulmones que hace contacto con las costillas. Estas caras son lisas. Cara mediastínica: Es la parte de los pulmones que está en contacto con el mediastino (es el espacio que queda entre los dos pulmones en donde se encuentra el corazón). Dichas caras de los pulmones están una frente a la otra.

Una o dos fisuras dividen cada pulmón en lóbulos. Ambos pulmones tienen una fisura oblicua, que se extiende en dirección antero inferior; el pulmón derecho también tiene una fisura horizontal. La fisura oblicua del pulmón izquierdo separa el lóbulo superior del lóbulo inferior. En el derecho, la parte superior de la fisura oblicua separa el lóbulo superior del inferior, mientras que la parte inferior de la fisura oblicua separa el lóbulo inferior del lóbulo medio, que está delimitado en la región superior por la fisura horizontal.

Cada lóbulo recibe su propio bronquio lobar (secundario). En consecuencia, el bronquio principal derecho origina tres bronquios lobares llamados superior, medio e inferior y el

bronquio principal izquierdo da origen a los bronquios lobares superior e inferior. Dentro del pulmón, los bronquios lobares forman los bronquios segmentarios (terciarios), que tienen un origen y una distribución constantes: hay 10 bronquios segmentarios en cada pulmón.

Alvéolos

Alrededor de los conductos alveolares hay numerosos alvéolos y sacos alveolares. Un alvéolo es una evaginación con forma de divertículo revestida por epitelio pavimentoso simple y sostenida por una membrana basal elástica delgada.

Las más numerosas son las células alveolares tipo I, células epiteliales pavimentosas simples que forman un revestimiento casi continuo en la pared alveolar. Las células alveolares tipo II, también llamadas células septales, son más escasas y se disponen entre las células alveolares tipo I. Las delgadas células alveolares tipo I constituyen el sitio principal de intercambio gaseoso.

El intercambio de O₂ y CO₂ entre los espacios aéreos en los pulmones y la sangre tiene lugar por difusión, a través de las paredes alveolares y capilares, que juntas forman la membrana respiratoria. Desde el espacio aéreo alveolar hacia el plasma, la membrana respiratoria consta de cuatro capas:

1. Una capa de células alveolares tipos I y II y macrófagos alveolares asociados, que constituyen la pared alveolar.
2. La membrana basal epitelial por debajo de la pared alveolar.
3. Una membrana basal capilar que a menudo está fusionada con la membrana basal epitelial.
4. El endotelio capilar.

Se estima que los pulmones contienen 300 millones de alvéolos, que proporcionan una inmensa superficie de 70 m² (750 pies²) –el tamaño aproximado de una cancha de tenis– para el intercambio gaseoso.

Problemática de salud de la persona

Neumonía

La neumonía es un proceso infeccioso e inflamatorio del parénquima pulmonar causado por microorganismos, el cual afecta la porción distal de las vías respiratorias y, en ocasiones, involucra el intersticio alveolar. Dicho proceso genera un infiltrado celular inflamatorio del espacio alveolar denominado consolidación, que altera el intercambio gaseoso.

Epidemiología

La NAC es una enfermedad infecciosa respiratoria que tiene una incidencia promedio a nivel mundial que oscila entre tres y ocho casos por 1.000 habitantes por año. Esta incidencia aumenta con la edad a partir de los 60 años y las co-morbilidades propias de este grupo etario. El 40 % de los pacientes ancianos con NAC requieren ingreso hospitalario y alrededor del 10 % necesitan ser admitidos en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

La mortalidad global está alrededor del 10 % por consensos. La mortalidad en los pacientes atendidos en Atención Primaria es baja, por debajo del 1 %. Pero en el ámbito hospitalario los datos son muy variables, alcanzan hasta el 48 %, en dependencia de las series, del nivel donde se atiende el episodio (entre el 5,7 y el 14 % en los hospitalizados y del 34 al 50 % en los ingresados en la UCI).

El porcentaje de casos cuyo agente causal es desconocido es muy elevado, cercano al 50 % en las muy diversas series publicadas. En cualquiera de los niveles de gravedad el patógeno más habitual es *S. pneumoniae*.

En México, en el año 2010 se reportaron 156,636 casos de neumonía, con una tasa de 144.50 por cada 100,000 habitantes, es una de las 20 primeras causas de morbilidad nacional, ocupando el lugar 16.

En México, se diagnosticaron 117 mil 731 casos nuevos de neumonía en 2018. En 2017, 21 mil 563 personas fallecieron por neumonía e influenza, de los cuales el 65% eran adultos mayores de 65 años.

La categoría diagnóstica de neumonía concentra el 50% de las muertes por enfermedades respiratorias en el adulto.

La NAC se presenta con mayor frecuencia en personas mayores de 65 años, constituyendo un factor de riesgo independiente que participa simultáneamente tanto en la incidencia como en la gravedad de la enfermedad.

Fisiopatología

El mecanismo fisiopatológico de la NAC comienza cuando el sistema de defensa pulmonar es sobrepasado por microorganismos patógenos, los cuales se depositan en la superficie alveolar.

NAC bacteriana se caracteriza por presentar fiebre elevada de comienzo súbito con escalofríos, afectación del estado general y ocasionalmente aparición de herpes labial. Se puede acompañar de dolor torácico de características pleuríticas y expectoración purulenta.

El mecanismo fisiopatológico de la neumonía se inicia en el momento en que las barreras de defensa normales de la vía respiratoria son privadas de ejercer su efecto defensivo. Para ello se recuerda que las células que tapizan las vías respiratorias son células cilíndricas, ciliadas y pseudoestratificadas. Las células ciliadas forman olas de movimiento coordinado en dirección de la orofaringe, con el fin de remover los residuos mucosos u objetos extraños que se introduzcan a la vía respiratoria. La tráquea y los bronquios que tienen células ciliadas intercaladas por células secretoras de moco, son las encargadas de generar el fluido mucoso que se observa en una expectoración.

En la neumonía de la comunidad el ingreso de los gérmenes causales, produce invasión y proliferación bacteriana en el alveolo, impidiendo de este modo el intercambio gaseoso, lo cual condiciona en una primera etapa, disnea de carácter variable en función del área comprometida. El proceso inflamatorio se inicia por migración de polimorfo nucleares y células fagocíticas, produciendo de este modo secreción mucopurulenta, la cual activa el mecanismo de la tos.

Manifestaciones (signos y síntomas)

Los signos y síntomas de la neumonía pueden incluir lo siguiente:

- Dolor en el pecho al respirar o toser
- Desorientación o cambios de percepción mental (en adultos de 65 años o más)
- Tos que puede producir flema
- Fatiga
- Fiebre, transpiración y escalofríos con temblor
- Temperatura corporal más baja de lo normal (en adultos mayores de 65 años y personas con un sistema inmunitario débil)
- Náuseas, vómitos o diarrea
- Dificultad para respirar
- Estertores bronquiales
- Signos de condensación pulmonar

Diagnostico

El número de procedimientos diagnósticos va a depender fundamentalmente de la gravedad del episodio y la respuesta al tratamiento inicial.

Así, los pacientes que por su buena situación clínica y de co-morbilidad no precisan ingreso no van a requerir métodos diagnósticos microbiológicos. En los pacientes que requieren ingreso deben realizarse al menos dos hemocultivos y detección de antígenos de *S. pneumoniae* y *L. pneumophila* en orina. Si el paciente presenta derrame pleural de 1 cm o más en el decúbito lateral debe realizarse toracocentesis para analítica, pH, tinción de gram y cultivos.

La radiografía de tórax se mantiene como el «Gold standard» en el diagnóstico de la neumonía y es recomendable su realización ante la sospecha clínica ya que permite confirmar el diagnóstico, detectar otras enfermedades o complicaciones y ayudar en el pronóstico.

Tratamiento

En un paciente diagnosticado de neumonía debe iniciarse el tratamiento antibiótico empírico tan pronto como sea posible, ya que esta buena práctica clínica se relaciona con un mejor pronóstico.

Antes de iniciar el antibiótico debe confirmarse radiológicamente el diagnóstico clínico lo antes posible (preferentemente en las primeras 4 h). El paciente ingresado debe recibir la primera dosis de antibiótico durante su estancia en Urgencias (o primera área de atención) y en el paciente ambulatorio se recomienda administrar la primera dosis vía oral o intramuscular en la consulta.

Respecto al tratamiento empírico a instaurar existen evidencias a favor de la utilización sistemática de las guías de práctica clínica, cubriendo la mayor parte de etiologías posibles tras considerar la gravedad del proceso y las enfermedades subyacentes del paciente.

Otros autores defienden el tratamiento empírico dirigido en base a un diagnóstico etiológico tentativo con los datos clínicos, epidemiológicos, radiológicos y, si es posible, el gram de esputo. En los pacientes que han recibido antibióticos en los 3-6 meses previos debe intentarse utilizar un antibiótico de una clase diferente al previo. Las recomendaciones de las guías de práctica clínica de la Sociedad española de geriatría y gerontología elaboradas conjuntamente con la Sociedad española de pneumología y cirugía torácica (SEPAR).

Circunstancia clínica Pautas antibióticas recomendadas

Tratamiento ambulatorio:

- Moxifloxacino o levofloxacino V.O
- Amoxicilina o amoxicilina/clavulánico, (azitromicina o claritromicina) V.O

Hospitalización:

- Cefalosporinas de tercera generación I.V
(Cefotaxima o ceftriaxona) o amoxicilina-clavulánico I.V + macrólido IV (azitromicina o claritromicina)

- Levofloxacino I.V/V.O en monoterapia

Ingreso en UCI:

- Cefalosporina no antipseudomónica a dosis altas (ceftriaxona 2 g/24 h, cefotaxima 2 g/6-8 h) I.V + macrólido (azitromicina 500 mg/día o claritromicina 500 mg/12 h) I.V
- Levofloxacino I.V a dosis altas (500 mg/12 h)

Sospecha de broncoaspiración:

- Amoxicilina-clavulánico (con dosis de amoxicilina 2 g/8 h) I.V
- Cefalosporina de tercera generación + clindamicina I.V

En los pacientes ingresados está bien aceptado el paso precoz a vía oral si se cumplen las condiciones de estabilidad clínica y los datos microbiológicos no lo desaconsejan. Se ha demostrado que es seguro y reduce la estancia hospitalaria.

Por tanto, es especialmente importante entre los ancianos individualizar la duración del tratamiento en función de los resultados microbiológicos, la orientación etiológica presuntiva, el antibiótico utilizado (la azitromicina y las fluoroquinolonas respiratorias tienen mayor vida media) y la evolución de marcadores como la PCR. Las guías americanas recomiendan un mínimo de 5 días de tratamiento. Las guías británicas recomiendan 7 días para el paciente con neumonía leve y 10 días para la mayoría de los pacientes que requieren ingreso. Se recomiendan tratamientos de al menos 14 días si el tratamiento inicial no es activo contra el patógeno identificado, existe.

VI. RESUMEN DEL CASO CLINICO (APLICACIÓN DEL PCE)

Datos personales

1. Nombre: V.A.S.
2. Edad: 70 Años.
3. Servicio: medicina interna
4. Fecha de Ingreso: 06/08/2021 Hora: 15:40 Horas
5. Lugar de Nacimiento: San Luis Potosí
6. Sexo: masculino
7. Estado Civil: casado
8. Religión: católico
9. Grado de Estudios: preparatoria completa
10. Ocupación: Pensionado
11. Tiempo de Enfermedad: 15 días
12. Forma de Inicio: progresivo

Antecedentes no patológicos

Fumador desde los 20 años

Mala alimentación

No cumple con el tratamiento para sus enfermedades crónico degenerativa

No tiene inmunizaciones completas

Estuvo sometido a estrés por trabajo

Estuvo expuesto a gases en su trabajo (minera)

Antecedentes Patológicos

HTA: Si, hace aproximadamente 10 años, Tratamiento con: losartan

DM: Si, hace 8 años tratamiento con: metformina, glibenclamida

Gastritis: No Presenta

Asma: No presenta, tampoco familiares cercanos

Cirugías: Fractura de radio miembro superior izquierdo por caída

Inmunizaciones: Incompletas.

Alergias Y Reacciones

Fármacos: Ninguna

Alimentos: Nuez

Otros: Ninguno

Caso clínico

Paciente masculino, de 70 años de edad, despierto, comunicativo, orientado en tiempo espacio y persona, se encuentra hospitalizado en el servicio de medicina interna por presentar dificultad para respirar en forma espontánea, tos exigente, mucosa oral seca, cianosis peri bucal y distal, escalofríos, rubor facial, sudoración, cefalea, agitación, utiliza músculos accesorios del tórax para ventilar.

Familiares refieren que desde hace aproximadamente 15 días el paciente empezó a presentar fiebre con dificultad para respirar.

Se pasa paciente al área de primer contacto, lo cual se decide su internamiento, se canaliza vía periférica, yelco # 18, con 1000ml solución fisiológica para 12 hrs, se indica colocar sonda Foley # 16 por distensión vesical. Indican tomar TAC simple para descartar covid, además de muestra para antígeno donde el resultado es negativo.

Diagnostico médico: • NAC

Signos Vitales: (ver anexo 3)

T/A = 140/90

T° = 39.2°C

FR = 22X´

FC = 110X´

SPO2 = 82-84%

Peso: 72 KG

Talla: 1.68 cm

IMC: 25.5

EVA: 6

DXTX: 155mg/dl

Examen Físico

Piel: Elasticidad disminuida, con leve cianosis distal, temperatura aumentada, turgencia disminuida.

- Cabeza: Normo céfalo, no lesiones, con implantación de cabello disminuida y presencia de canas.
- Cara: Simétrica, no presencia de lesiones y facies álgidas y de preocupación
- Ojos: Simétricos pupilas foto reactivas a la luz.
- Nariz: fosas nasales permeables, no presencia de desviaciones.
- Oídos: Pabellones auriculares de buena implantación conducto auditivo externo permeable, capacidad sensorial bilateral disminuida y en regular estado de higiene.
- Cavidad Oral: Mucosas oral seca, con presencia de sólo 18 piezas dental, utiliza prótesis dental en maxilar inferior, leve halitosis
- Lengua: De características normales, deshidratada.
- Garganta: Sin presencia de placas, bacterianas, eritemas ni pus.
- Cuello: Sin alteración, no ganglios palpables, simétrico, cilíndrico
- Tórax: Simétrico, móvil, murmullo vesicular, uso de músculos accesorios para respirar, sonoridad conservada.
- Pulmones: Murmullo vesicular disminuido en ambas bases pulmonares, estertores crepitantes y roncus acentuados en base pulmonar derecha.
- Corazón: Ruidos cardiacos rítmicos, normo fonéticos.
- Abdomen: Blando, depresible, indoloro, no se palpan masas, ruidos intestinales normales. En las regiones inguinales no se encuentran hernias.
- Extremidades Superiores: tono y trefismo conservados, reflejos osteotendinosos normales no edemas.
- Miembros Inferiores: Miembro inferior izquierdo con presencia de lesión visible de característica enrojecida, dolor, vesículas, edemas ++, sensible y caliente
- Genitales: Forma y tamaño de acuerdo a su edad, sin presencia de edema, no presenta inflamación, no presencia de masas, no dolor.

Tratamiento

- Amoxicilina-clavulánico (2.000/200 mg C/8 h I.V)
- Cefalosporinas de tercera generación I.V (cefotaxima 2g c/8 hrs o ceftriaxona 1-2 g c/ 12 hrs)
- Paracetamol 1 gr c/ 6 hrs V.O
- Ketorolaco 1gr I.V en caso de dolor

- Oxígeno por puntas nasales 3 L x min
- Posición semi-fowler
- Hidratación
- Ejercicios de respiración

Valoración por (patrones funcionales de M. Gordon) (ver anexo 4)

1.- Patrón percepción- manejo de la salud

Manifiesta que desde los 40 años su estado de salud, se ha mantenido en un estado regular, ya que padece diabetes e hipertensión arterial, hace 8 y 10 años, fuma desde que tenía 20 años con 1 o 2 cajetillas diarias. El tratamiento de DM y HTA no lo cumple como se le indica, comenta que en ocasiones se le olvida, o que lo deja pasar, cuando se siente mal es cuando se toma su medicamento, y no como se lo indico el médico familiar, bebidas embriagantes las consumía desde los 18 años, hoy en día solo es en ocasiones es cuando consume alcohol, si es alérgico a un alimento (nuez). Hace aproximadamente 7 años tuvo un accidente donde se fracturo el radio del miembro superior izquierdo por lo cual estuvo hospitalizado. Refiere dolor en la parte baja del abdomen tipo cólico en la zona del hipogastrio, así como cefalea intensa pulsátil en ambos lados de la sien, acompañada de mareos y sensación de vomitar, (**ver anexo 1**), presenta una temperatura de 39.2°C rango por encima de lo normal se atiende la fiebre por medio de medios físicos y medicamento. Menciona que su esquema de vacunación no lo tiene completo no cuenta con vacuna de influenza, vacuna de COVID 19, solo tiene una dosis del día 17-03-2021 marca Pfizer y de las demás vacunas no las tiene, ya que en la unidad en ocasiones no tenían la vacuna o se le pasaba la fecha y ya no asistía a la unidad para recibirla.

2.- Patrón nutricional- metabólico

Paciente con 2 comidas al día sin incluir colaciones, toma suplemento alimenticio ensure solo por el sabor no se lo receto ningún nutriólogo, los alimentos que le desagradan son las espinacas, coliflor, papa y lentejas, de ahí en fuera todos los demás alimentos son de su agrado. Es alérgico a la nuez si la llegase a consumir le da edema de miembros superiores y de cara, casi no toma agua y cuando lo hace solo es mínima 1 vaso al día solamente o en ocasiones solo cuando de la sed , lo que más toma es refresco tipo light,

destrostix 155 mg/dl preprandial, su apetito va en disminución en ocasiones solo come 1 vez al día, al comer no presenta ninguna molestia de náusea o vómito, en peso y talla esta normal su índice de masa corporal es normal, no presenta dificultad en la deglución solo menciona que cuando empezó con la enfermedad si presentaba alguna molestia, pero después se le calmo. Presenta deshidratación, sequedad en mucosas, sequedad en la piel y cianosis en área peri bucal. No refiere dolor abdominal ni ninguna otra molestia.

3.- Patrón eliminación

Las veces con las que frecuente defecar son 3 veces al día sus características son color entre marrón y amarilla consistencia más o menos dura, no utiliza ningún apoyo para poder defecar no utilización de algún medicamento para hacerlo, en ocasiones presenta estreñimiento y el tratamiento que usa es comer ciruela pasa y con eso le ayuda para poder volver a defecar. Las veces que micciona al día son entre 3 o 4 veces, si toma agua o algún líquido lo hace en más ocasiones, sus características son de color amarilla, al miccionar no presenta ninguna molestia para poder hacerlo, cuando va a dormir si utiliza pañal ya que presenta incontinencia nocturna, al ingresar se le colocó sonda Foley por presentar distensión vesical. Al momento no ha presentado ninguna complicación o molestia alguna.

4.- Patrón actividad- ejercicio

La actividad física que el realiza solo es caminata en el parque que esta por su domicilio de 15 a 20 min, cuando empezó con el padecimiento actual a la hora de caminar sentía que le faltaba la respiración al llegar a casa al subir las escaleras también se agitaba mucho, lo cual antes no presentaba ningún tipo de esto, empezó a sentirse más incómodo y con preocupación cuando al mínimo movimiento sentía la falta de respiración, al ingresar al hospital su oximetría estaba en 82% sin oxígeno se le pusieron puntas nasales a 3 litros x min subiendo a 95% (**ver anexo 2**), sentía dolores de cabeza lo cual decidió ir al médico, al tratamiento indicado no presenta ninguna mejoría, presenta antecedente de fractura en miembro superior izquierdo refiere dolor solo cuando realiza algún esfuerzo con ese brazo o cuando hace frío, no presenta dificultad para moverse las actividades que realiza son

caminata y ver televisión. El paciente presenta independencia de realizar sus actividades diarias sin presentar alguna complicación.

5.- Patrón sueño- descanso

Número de horas que duerme son 8 horas, la hora en que acostumbra ir a dormir es a las 23:00 y despierta a las 07:00 durante el día tiene alguna siesta de 1 hora, no es siempre solo es en ocasiones, y es cuando se siente cansado o porque no durmió bien durante la noche, no necesita de algún tipo de medicamento para poder dormir, en ocasiones si presenta dificultad para conciliar el sueño y lo que él hace para poder dormir es tomar algún tipo de té que lo relaje, al día siguiente dice que está listo para sus actividades que realiza, se despierta relajado y con energía.

6.- Patrón cognitivo- perceptual

Presenta dificultad para poder oír en el oído izquierdo lo cual utiliza aparato auditivo tiene 2 años que lo utiliza, presenta dificultad para poder ver, pero aun no utiliza lentes, lo cual ya está en citas con el oftalmólogo para poder utilizar los lentes, no presenta problemas para poder distinguir olores, aun no presenta problema para poder identificar olores, menciona que aún no presenta ningún cambio en su memoria en ocasiones si olvida donde pone la cosas pero es porque a veces se encuentra distraído, tiene una leve complicación para poder concentrarse ya que al mínimo ruido tiende a distraerse, no presenta ningún cambio en su orientación recuerda calles números entre otras cosas, tiene una buena fluidez para expresarse, por el momento que se encuentra internado esta sensible al frio, su manera de poder aprender alguna cosa es leyendo y escuchando.

7.- Patrón autopercepción – autoconcepto

El paciente se describe a sí mismo como una persona alegre, optimista, en ocasiones responsable, su imagen corporal la describe normal no se siente ni delgado ni con sobre peso, no ha presentado desinterés por las cosas que realiza, en ocasiones se le dificulta tomar decisiones ya que no quiere perjudicar a sus familiares o sentirse presionado para tomar malas decisiones lo cual necesita pensar bien en lo correcto para no afectar a las demás personas, renuncio a algo que le interesaba porque venía su hijo en camino lo cual

tuvo que trabajar para poder sacar a su hijo adelante, por el momento presenta una leve desmotivación por lo mismo de su enfermedad, lo cual sus hijos esposa le brindan el apoyo suficiente para salir adelante, nunca ha intentado ni pasado por su cabeza la idea de un intento de autolisis, lo que lo motiva seguir adelante y luchar para recuperarse es su familia y nietos.

8.- Patrón rol- relaciones

Casado por lo civil e iglesia lleva 42 años de casado, su escolaridad hasta preparatoria completa, es pensionado por parte de su trabajo vive con su esposa y una hija menor, tiene 4 hijos 3 hombre y 1 mujer, los cuales cada uno de los hijos tienen 2 descendencias, suman 6 nietos 4 mujeres 2 hombres. La relación con su familia es agradable buena y están unidos en cualquier circunstancia o problemas que tenga algún miembro de la familia, sus hijos le provén de vez en cuando la despensa, por voluntad propia ya que él es pensionado y cada periodo le dan su dinero y con eso pagan todos los gastos de su casa, en la cual solo viven 3 personas, menciona que sus vecinos son tranquilos y no ha tenido problemas con nadie de ellos viven tranquilamente en la privada donde está su hogar.

9.- Patrón sexualidad- reproducción

Actualmente tiene a su esposa, inicio de vida sexual activa a los 15 años, está satisfecho con el número de hijos procreados con su esposa, el último examen testicular que se hizo fue hace 3 años y en la actualidad no lo ha hecho la andropausia comenzó a los 55 años, su número de parejas sexuales fueron 2 no presenta ningún tipo de molestia en área genital masculina. Por el momento posee una sonda vesical por presentar una distensión en vejiga, no presenta signos de infección o irritación a la sonda instalada se le retira en el momento que lo indique el médico.

10.- Patrón afrontamiento- tolerancia al estrés

Por el momento su preocupación es su estado de salud que es una enfermedad complicada, pero por el momento dice sentirse bien con los medicamentos que le están proporcionando, además de la ayuda con el oxígeno por puntas nasales, su forma de expresar el estrés es en ocasiones con enojo lo cual casi no es de las personas que se

estresa tan fácilmente y cuando lo hace lo que lo ayuda a relajarse es yendo a caminar, leer o tomar un vaso de vino es lo que lo ayuda a poder relajarse. Presenta un estado de ansiedad por la situación que está presentando, esta irritable, sensible y tiende a enojarse con facilidad presenta temor a lo desconocido más que nada al área en donde se encuentra, además se sentir desesperación por estar encerrado sin poder hacer nada. Se les recomiendan ejercicios de meditación a los familiares para que esto pueda ayudar a mantenerlo un poco más tranquilo.

11.- Patrón valores y creencias

Él es católico en ocasiones los domingos asiste a misa acompañado de su esposa, menciona que la religión lo ayuda a mantenerse en paz consigo mismo, no tiene ninguna restricción su religión con alguna indicación médica. El estar orando y acercarse a dios lo ayuda a él y su familia a mantenerse unidos y a tener las fuerzas que necesitan día con día para salir adelante, menciona que aún no es su tiempo de fallecer que ha orado para que dios lo pueda dejar un poco más de tiempo, lo más valioso para su vida es su familia estar en paz consigo mismo con las demás personas y estar siempre con la ayuda de dios.



CRUZ ROJA
MEXICANA

FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es): Actividad-Ejercicio</p> <p>Datos Objetivos: FC: 110x´ FR: 22x´ SATO2: 84%</p> <p>Datos Subjetivos: Agitación, Irritabilidad</p>	<p>Dominio:(3) Eliminación e intercambio</p> <p>Clase:(4) Función respiratoria</p> <p>Etiqueta diagnóstica:(000309) Deterioro del intercambio de gases</p> <p>Factor relacionado: Cambio de la membrana alveolo capilar</p> <p>Características definitorias: Disnea, cefalea, irritabilidad, agitación, taquicardia.</p>	CRITERIOS DE RESULTADO(NOC)			
		Dominio: (II) Salud fisiológica	Clase: (E) Cardiopulmonar		
		Criterio de resultado: (0415) Estado respiratorio			
		Movimiento del aire hacia dentro y fuera de los pulmones e intercambio alveolar de dióxido de carbono y oxígeno.			
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*	
		(041501) Frecuencia respiratoria	Moderado 3	Mantener 3 Aumentar 4	
(041502) Ritmo respiratorio	Leve 4	Mantener 4 Aumentar 5			
(041508) Saturación de oxígeno	Sustancial 2	Mantener 2 Aumentar 4			
(041510) Uso de músculos accesorios	Sustancial 2	Mantener 2 Aumentar 3			
(041515) Disnea de pequeños esfuerzos	Leve 4	Mantener 4 Aumentar 5			



INTERVENCIONES (NIC) / GPC** CAMPO: (2) Fisiológico: complejo CLASE: (K) Control respiratorio		EVALUACION	
INTERVENCIONES: (3350) Monitorización respiratoria		CRITERIO DE RESULTADO: (0415) Estado respiratorio Movimiento del aire hacia dentro y fuera de los pulmones e intercambio alveolar de dióxido de carbono y oxígeno.	
ACTIVIDADES:	FUNDAMENTO:	INDICADOR (ES):	PUNTUACION FINAL:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. ✓ Evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares. ✓ Monitorizar si aumenta la inquietud, ansiedad o disnea. ✓ Auscultar los sonidos respiratorios, observando 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se debe sospechar neumonía en todo paciente que presente fiebre, taquicardia, disminución de sonidos respiratorios, sensación de falta de aire y crepitaciones a la auscultación. ✓ La exploración física general debe practicarse en cualquier paciente, no centrándonos exclusivamente en el aparato respiratorio. Es 	<ul style="list-style-type: none"> (041501) Frecuencia respiratoria (041502) Ritmo respiratorio (041508) Saturación de oxígeno (041510) Uso de músculos accesorios (041515) Disnea de pequeños esfuerzos 	<ul style="list-style-type: none"> Moderado 3 Leve 4 Moderado 3 Moderado 3 Moderado 3

<p>las áreas de disminución/ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Auscultar los sonidos pulmonares después de los tratamientos para apreciar los resultados. ✓ Administración de oxígeno ✓ Cambios posturales 	<p>obligada la búsqueda de signos extra torácicos que aparecen tanto en patologías broncopulmonares.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Según el Dr. Steven Wahls, las causas más comunes de disnea son el asma, la insuficiencia cardíaca, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la enfermedad pulmonar intersticial, la neumonía y los problemas psicógenos que suelen estar relacionados con la ansiedad. ✓ La auscultación pulmonar es un método exploratorio imprescindible en la evaluación clínica del paciente. En muchas situaciones la información que proporciona es 		
---	--	--	--

	<p>diagnóstica.</p> <p>✓ En la elección del tratamiento siempre debemos realizar una revaloración en campos pulmonares para determinar la eficacia del tratamiento o si existen reacciones a este.</p>		
--	--	--	--



FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es):(1) Percepción manejo de la salud</p> <p>Datos Objetivos: EVA 6, cefalea intensa</p> <p>Datos Subjetivos: expresa dolor</p>	<p>Dominio:(12) Confort</p> <p>Clase:(1) Confort físico</p> <p>Etiqueta diagnóstica:(00132)</p> <p>Dolor agudo</p> <p>Definición: experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular, real o potencial, o descrita en términos de dicho daño, de inicio repentino o lento, de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o predecible, y con una duración menor de 3 meses.</p> <p>Factor relacionado: Lesiones por agente físicos</p> <p>Características definitorias: Conducta expresiva, expresión facial del dolor, autoinforme de intensidad con escalas estandarizadas del dolor.</p>	CRITERIOS DE RESULTADO(NOC)			
		Dominio: (IV)	Clase: (S) Conocimiento sobre salud		
		Conocimiento y conducta de salud			
		Criterio de resultado: (1843) Conocimiento manejo del dolor			Grado de conocimiento transmitido sobre las causas, los síntomas y el tratamiento del dolor.
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana	
(184303) Estrategias para controlar el dolor	Conocimiento moderado 3	Mantener 3 Aumentar 4			
(184305) Régimen de la medicación prescrita	Conocimiento moderado 3	Mantener 3 Aumentar 4			
(184306) Uso correcto de la medicación prescrita	Conocimiento sustancial 4	Mantener 4 Aumentar 5			
(184311) Efectos secundarios de la medicación	Conocimiento moderado 3	Mantener 3 Aumentar 4			
(184318) Importancia de seguir el régimen de la medicación.	Conocimiento moderado 3	Mantener 3 Aumentar 4			



INTERVENCIONES (NIC) / GPC** CAMPO: (1) Fisiológico: básico CLASE: (E) Fomento de la comodidad física		EVALUACION	
INTERVENCIONES: (1400) Manejo del dolor		CRITERIO DE RESULTADO: (1843) Conocimiento manejo del dolor. Grado de conocimiento transmitido sobre las causas, los síntomas y el tratamiento del dolor.	
ACTIVIDADES:	FUNDAMENTO:	INDICADOR (ES):	PUNTUACION FINAL:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. ✓ Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos). ✓ Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos. ✓ Verificar el nivel de molestias con el paciente, anotar los cambios en la historia clínica e informar a otros profesionales sanitarios que 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El control del dolor se realiza mayormente con la ayuda de medicamentos. Los medicamentos para el dolor (analgésicos) funcionan mejor si se usan regularmente a un horario preestablecido. No debe esperarse hasta que el dolor se vuelva intenso para tomarlos. ✓ Los profesionales sanitarios tienen un papel fundamental en el manejo del dolor a través del conocimiento actual sobre las medidas para mitigar el dolor y adoptando unas buenas prácticas en la valoración y 	<ul style="list-style-type: none"> (184303) Estrategias para controlar el dolor (184305) Régimen de la medicación prescrita (184306) Uso correcto de la medicación prescrita (184311) Efectos secundarios de la medicación (184318) Importancia de seguir el régimen de la medicación 	<ul style="list-style-type: none"> Conocimiento moderado 3 Conocimiento moderado 3 Conocimiento sustancia 4 Conocimiento moderado 3 Conocimiento sustancial 4

<p>trabajen con el paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fomentar períodos de descanso/sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor. 	<p>manejo del dolor. Además, tienen la obligación legal y ética de velar por que se utilicen los medios más efectivos con el fin de lograr el bienestar y el alivio del dolor en los pacientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La elección de analgésicos se adapta a cada persona, teniendo en cuenta el tipo de dolor (agudo o crónico), la intensidad del dolor, los factores que influyen en la toxicidad del analgésico (la edad, enfermedad...), el estado general de salud, los problemas concomitantes de salud, la respuesta a la medicación previa o actual. ✓ Asegurarse que los pacientes entienden la importancia de la comunicación inmediata de la falta de alivio o los cambios producidos en el dolor, las nuevas fuentes o tipos de dolor y los efectos 		
---	---	--	--

	<p>secundarios de los analgésicos.</p> <ul style="list-style-type: none">✓ El personal de salud, es una pieza clave para la recuperación de un paciente, así mismo e brindar información clara y precisa a las dudas que surjan, además de brindar alguna terapia de relajación para aliviar un poco algún tipo de dolor, no siempre los medicamentos son esenciales, si no con descanso y un sueño reparador se puede mitigar un poco el dolor.		
--	--	--	--



FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es): Percepción manejo de la salud</p> <p>Datos Objetivos: T/A 140/90, DxTx: 155 MG/DL</p> <p>Datos Subjetivos: No cumple el tratamiento indicado de DM Y HTA.</p>	<p>Dominio:(1) Promoción de la salud</p> <p>Clase(2) Gestión de la salud</p> <p>Etiqueta diagnóstica:(00276) Autogestión ineficaz de la salud.</p> <p>Definición: manejo insatisfactorio de síntomas, régimen de tratamiento, consecuencias físicas, psicosociales y espirituales y cambios de estilo de vida inherentes a vivir con una enfermedad crónica.</p> <p>Factor(s) relacionado(s): Déficit del conocimiento del régimen terapéutico.</p> <p>Características definitorias: No incluye el régimen de tratamiento en la vida diaria, descuido de los signos de enfermedad.</p>	CRITERIOS DE RESULTADO(NOC)			
		<p>Dominio: (IV) Conocimiento y conducta de salud</p>		<p>Clase:(Q) Conducta de salud</p>	
		<p>Criterio de resultado: (1623) Conducta de cumplimiento: medicación prescrita</p> <p>Acciones personales para administrar medicación de manera segura para conseguir los efectos terapéuticos para una enfermedad específica según lo recomendado por un profesional sanitario.</p>			
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*	
(162302) Obtiene la medicación necesaria	Raramente demostrado 2	Mantener 2 Aumentar 4			
(162304) Toma toda la medicación a los intervalos prescritos.	Raramente demostrado 2	Mantener 2 Aumentar 4			
(162305) Toma la dosis correcta.	A veces demostrado 3	Mantener 3 Aumentar 4			
(162309) Evita alimentos y líquidos que están contraindicados.	Raramente demostrado 2	Mantener 2 Aumentar 4			



INTERVENCIONES (NIC) / GPC** CAMPO: (3) Conductual CLASE: (R) Ayuda para el afrontamiento		EVALUACION	
INTERVENCIONES: (5240) Asesoramiento		CRITERIO DE RESULTADO: (1623) Conducta de cumplimiento: medicación prescrita. Acciones personales para administrar medicación de manera segura para conseguir los efectos terapéuticos para una enfermedad específica según lo recomendado por un profesional sanitario.	
ACTIVIDADES:	FUNDAMENTO:	INDICADOR (ES):	PUNTUACION FINAL:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. ✓ Demostrar empatía, calidez y sinceridad. ✓ Ayudar al paciente a que enumere y priorice todas las alternativas posibles al problema. ✓ Ayudar al paciente a que identifique sus puntos fuertes y reforzarlos. ✓ Fomentar la sustitución de hábitos indeseables 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La alianza terapéutica entre enfermera y el paciente es una relación de dos personas extrañas entre las que se forma un "apego" especial, que lleva a una "transferencia" inconsciente, que hace que las palabras de la enfermera sean de gran importancia para el paciente. ✓ Autoconocimiento, empatía, respeto, observación, escucha 	<p>(162302) Obtiene la medicación necesaria</p> <p>(162304) Toma toda la medicación a los intervalos prescritos.</p> <p>(162305) Toma la dosis correcta.</p> <p>(162309) Evita alimentos y líquidos que están contraindicados.</p>	<p>A veces demostrado 3</p> <p>A veces demostrado 3</p> <p>A veces demostrado 3</p> <p>A veces demostrado 3</p>

<p>por hábitos deseables.</p>	<p>activa y conciencia de las propias habilidades, son los requisitos para poder formar a un profesional para poder realizar una correcta relación terapéutica.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La base fundamental de la relación terapéutica es el trabajo en equipo o "<i>concordance</i>" entre paciente y enfermera, y la identificación de objetivos entre ambos. Si la relación entre profesional sanitario y paciente no es efectiva, hay más problemas y menos resultados. ✓ Es muy importante que el paciente se sienta escuchado, sea escuchado y se escuche a sí mismo con la ayuda del profesional, para que así puedan juntos reforzar sus objetivos. ✓ La relación terapéutica y 		
-------------------------------	---	--	--

	<p>eficaz que el profesional de enfermería establece con el paciente a través de la comunicación es la base para después, priorizar objetivos y poder llevar a la recuperación del paciente. Ayudarle a adquirir nuevos hábitos que ayuden con el mejoramiento de su salud.</p>		
--	---	--	--



FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN				
<p>Patrón (es): Percepción manejo de la salud</p> <p>Datos Objetivos: T° 39.2°C, deshidratación.</p> <p>Datos Subjetivos: debilidad, dolor en el vientre.</p>	<p>Dominio: (11) Seguridad/protección</p> <p>Clase: (1) Infección</p> <p>Etiqueta diagnóstica: (00004) Riesgo de infección</p> <p>Definición: susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud.</p> <p>Factor relacionado: Inmunización incompleta, enfermedad crónica.</p>	CRITERIOS DE RESULTADO(NOC)				
		<p>Dominio: (IV) Conocimiento y conducta de salud</p>		<p>Clase: (T) Control del riesgo y seguridad</p>		
		<p>Criterio de resultado: (1924) Control del riesgo: proceso infeccioso. Acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir la amenaza de adquirir una infección.</p>				
		Indicador (es)		Puntuación inicial *	Puntuación Diana*	
		<p>(192426) Identifica los factores de riesgo de infección.</p> <p>(192401) Reconoce los factores de riesgo personales de infección.</p> <p>(192403) Reconoce conductas asociadas al riesgo de infección.</p> <p>(192422) Efectúa las vacunaciones recomendadas.</p>		<p>Raramente demostrado 2</p> <p>Raramente demostrado 2</p> <p>Raramente demostrado 2</p> <p>Raramente demostrado 2</p>	<p>Mantener 2 Aumentar 4</p> <p>Mantener 2 Aumentar 4</p> <p>Mantener 2 Aumentar 4</p> <p>Mantener 2 Aumentar 4</p>	



INTERVENCIONES (NIC) / GPC** CAMPO: (4) Seguridad CLASE: (V) Control de riesgos		EVALUACION	
INTERVENCIONES: (6540) Control de infecciones		CRITERIO DE RESULTADO: (1924) Control del riesgo: proceso infeccioso. Acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir la amenaza de adquirir una infección.	
ACTIVIDADES:	FUNDAMENTO:	INDICADOR (ES):	PUNTUACION FINAL:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro. ✓ Limitar el número de las visitas, según corresponda. ✓ Mantener técnicas de aislamiento apropiadas. ✓ Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes. ✓ Poner en práctica precauciones 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La higiene de las manos de los profesionales de la salud y la limpieza y desinfección de superficies son fundamentales para la prevención y reducción de las infecciones relacionadas a la asistencia en salud. ✓ La restricción de visitas es de suma importancia tanto para el paciente como para los familiares ya que al 	<p>(192426) Identifica los factores de riesgo de infección.</p> <p>(192401) Reconoce los factores de riesgo personales de infección.</p> <p>(192403) Reconoce conductas asociadas al riesgo de infección.</p> <p>(192422) Efectúa las vacunaciones recomendadas.</p>	<p>A veces demostrado 3</p> <p>A veces demostrado 3</p> <p>A veces demostrado 3</p> <p>A veces demostrado 3</p>

<p>universales.</p>	<p>limitar esta se reduce el número de bacterias que puedan afectar al paciente, así poder evitar una alteración más grave para su salud y su recuperación.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Las precauciones de aislamiento crean barreras que ayudan a prevenir la propagación de microbios en el hospital. Son necesarias para protegerlo a usted y al paciente que está visitando. Las precauciones también se necesitan para proteger a otros pacientes en el hospital. ✓ Lavarse las manos es la más eficaz de las acciones sencillas que pueden realizarse para reducir la propagación de 		
---------------------	--	--	--

	<p>enfermedades infecciosas. Los retos son enormes pero también son muchos los beneficios: salvar vidas, mejorar la seguridad del paciente y lograr una atención más limpia para millones de seres humanos y sus familias.</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Precauciones Universales constituyen la estrategia fundamental para la Prevención del riesgo laboral. Destinados a proteger al personal que conforma el equipo de salud de la posible infección con ciertos agentes, durante el trabajo con sus fluidos o tejidos corporales.		
--	--	--	--



CRUZ ROJA
MEXICANA

FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es): Percepción- manejo de la salud</p> <p>Datos Objetivos: T° 39.2 °C, Rubor en la cara, sudoración.</p> <p>Datos Subjetivos: Refiere tener mucho frio, se siente desesperado.</p>	<p>Dominio: (11) Seguridad protección</p> <p>Clase: (6) Termorregulación</p> <p>Etiqueta diagnóstica: (00007) Hipertermia</p> <p>Definición: temperatura corporal por encima del rango diurno normal debido a la insuficiencia de la termorregulación.</p> <p>Factor relacionado: Enfermedad</p> <p>Características definitorias: Irritabilidad, rubor, taquicardia, piel caliente al tacto.</p>	CRITERIOS DE RESULTADO(NOC)			
		Dominio: (IV) Conocimiento y conducta de salud	Clase: (T) Control del riesgo y seguridad		
		Criterio de resultado: (1922) Control del riesgo: hipertermia. Acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir la amenaza de una temperatura corporal alta.			
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*	
		(192202) Identifica signos y síntomas de la hipertermia	A veces demostrado 3	Mantener 3 Aumentar 4	
(192223) Controla los cambios en el estado general de salud.	A veces demostrado 3	Mantener 3 Aumentar 4			
(192208) Modifica la ingesta de líquido si procede	Raramente demostrado 2	Mantener 2 Aumentar 4			
(192214) Identifica los efectos de la medicación prescrita en la temperatura corporal	A veces demostrado 3	Mantener 3 Aumentar 4			



INTERVENCIONES (NIC) / GPC** CAMPO: (2) Fisiológico: complejo CLASE: (M) Termorregulación		EVALUACION	
INTERVENCIONES: (3740) Tratamiento de la fiebre		CRITERIO DE RESULTADO: (1922) Control del riesgo: hipertermia. Acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir la amenaza de una temperatura corporal alta.	
ACTIVIDADES:	FUNDAMENTO:	INDICADOR (ES):	PUNTUACION FINAL:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Controlar la temperatura y otros signos vitales ✓ Administrar medicamentos o líquidos I.V (p. ej. Antipiréticos o antibióticos ✓ Aplicar un baño tibio con esponja con cuidado ✓ Aplicar compresas de agua a temperatura ambiente, para poder bajar la fiebre. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Las temperaturas excesivamente altas o excesivamente bajas pueden modificar las tasas metabólicas, alterar la función de los órganos y provocar daños en los tejidos. ✓ Los medicamentos actúan inhibiendo la síntesis de prostaglandinas, normalizando así la función del centro de control de la temperatura hipotalámico. ✓ Los baños pueden ser recomendables durante 10-20 min a temperatura 	<p>(192202) Identifica signos y síntomas de la hipertermia</p> <p>(192223) Controla los cambios en el estado general de salud.</p> <p>(192208) Modifica la ingesta de líquido si procede</p> <p>(192214) Identifica los efectos de la medicación prescrita en la temperatura corporal</p>	<p>A veces demostrado 3</p> <p>Frecuentemente demostrado 4</p> <p>Frecuentemente demostrado 4</p> <p>A veces demostrado 3</p>

	<p>templada, varios grados por debajo de la temperatura corporal (32 °C). Así se consigue bajar rápidamente la temperatura, pero de forma transitoria.</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Cuando se aplican medios físicos se debe realizar un seguimiento continuo de los signos vitales, en particular los parámetros cardiorespiratorio y de la velocidad de enfriamiento. Esta debe ser lenta, pues, si se ejecuta demasiado rápida puede causar temblores que aumentaran la tasa metabólica y posteriormente la temperatura corporal central.		
--	---	--	--

PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA

NOMBRE DEL (A) PACIENTE: V.A. S

EDAD: 70 AÑOS SEXO: MASCULINO

DIAGNÓSTICO(S) MÉDICO: NAC

FECHA DE ELABORACIÓN: 17/08/2021

ASPECTO A DESARROLLAR	RECOMENDACIONES
COMUNICACIÓN (Nombre de la Institución o persona a quien acudir o llamar en caso de urgencia)	Tener numero de emergencia 911, así como el de su esposa (444xxxxxxx), y su cuidadora (444xxxxxxx), contar también con el numero de su unidad médica que le corresponde (813xxxx)
URGENTE (Identificación de signos de alarma o recaída)	Si presenta cianosis, disnea, dolor en tórax, desaturación por debajo de 90%, tos con secreciones purulentas, fiebre. Además de identificar signos y síntomas de alarma en las enfermedades crónico degenerativas que tiene mareos, debilidad, glucosa mayor a 125 mg/dl, visión borrosa, etc.
INFORMACIÓN (Conocimiento de su enfermedad y medidas de control)	Los ejercicios que puede realizar son caminata leve, ejercicios de respiración, y que evite actividades que le impliquen mucho esfuerzo por ejemplo correr, trotar, subir escaleras, y si requiere la administración de oxígeno en casa puede adquirir un oxígeno con concentrador en alguna sucursal que se dedique a la venta de oxígenos además de evitar las visitas de amigos y familiares en este momento por la presencia del COVID y la vulnerabilidad que presenta en estos momentos, tiene que vacunarse una vez que mejore su estado de salud. La importancia de la movilidad y de la ingesta a adecuada de líquidos. Además de brindarle información y asesoramiento acerca de las enfermedades crónico degenerativas, como las posibles consecuencia de no llevar un control estricto de DM y HTA. Brindarle asesoramiento acerca de la medicación que debe de tomar a la hora indicada y no dejar pasar esta ningún día, además de poder llevar un registro en un diario acerca de su medicación.
DIETA (Información relativa a la nutrición)	Llevar un plan de alimentación adecuado para su estilo de vida, verduras, frutas, cereales que le aporten los nutrientes necesarios al paciente para su pronta recuperación, además de tomar abundantes líquidos. Brindarle un plan de alimentación balanceada o referirlo con un nutriólogo para ayudarlo con su alimentación, ya que al no alimentarse adecuadamente esto puede repercutir en su estado de salud, así como provocar alteraciones en las enfermedades crónico degenerativas que tiene.
AMBIENTE (Recomendaciones de mejora del entorno familiar, laboral y social)	Mantener buena higiene en el hogar, así como en su persona, evitar preocupaciones o estrés que alteren el estado de salud del paciente, mantener armonía en la familia del paciente. No recibir visitas, recurrir a medios tecnológicos.

RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE (Prácticas recreativas saludables)	Leer libros, meditar, realizar ejercicios de respiración, ver televisión con programas de su agrado, escuchar música clásica que puedan relajarlo, tomas siestas.
MEDICAMENTO Y TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO	Administrar el medicamento prescrito por el médico en los horarios correctos, así como la dosis indicada, no auto medicarse con medicamentos no indicados, elaborar un diario donde anote los horarios de administración de medicamentos. Además de ejercicios de respiración adecuados, dieta saludable, agua y ejercicios de recreación. Sugerirle al paciente o familiares que lleven un registro sobre los medicamentos que toma anotarlos en algún diario o libreta para que no olvide tomarlos, así como la hora y dosis en que corresponde cada medicamento.
ESPIRITUALIDAD (Orientarlo hacia personas, grupos o instituciones que le puedan ser de ayuda en este aspecto)	Se orienta a familiares y paciente que pueden acudir a grupos de apoyo, incluso reuniones familiares que apoyen al paciente a salir adelante, además de ser una persona católica seguir con su práctica religiosa. Ver algunas actividades por televisión.

Conclusiones

La realización del trabajo ayuda a comprender que aún faltan cosas por aprender, se reviso artículos, revistas, libros en relación a neumonía que ayudan a darnos cuenta del grave problema de salud que tienen las personas que padecen esta patología, más que nada niños y personas de la tercera edad que son los más susceptibles a tener este padecimiento. Estadísticas que son realmente importantes para el sistema de salud por lo cual ponen mucho hincapié de proteger a las personas más vulnerables a padecer esta enfermedad, además que son gastos económicos sumamente importantes tanto para el sector salud como para la población, además del desgaste que tiene los pacientes tanto físico como emocional al tener neumonía, también a los familiares de los pacientes los cuales ellos presentan un cansancio del cuidador, es por ello que se deben proteger a las personas más vulnerables a esta enfermedad.

La realización de este trabajo, así como el PCE, ayuda a comprender y a tomar las precauciones necesarias con los pacientes con NAC, además de brindar actividades mediante las taxonomías NANDA, NOC Y NIC, que permiten brindar a los pacientes un cuidado de calidad, además de hacerlo sentir seguro en su estancia hospitalaria, brinda satisfacción la recuperación de un paciente.

El personal de salud es la clave para la recuperación de un paciente siempre y cuando se le brinden los cuidados y el tratamiento eficaz y necesario para que así logre el paciente recuperarse de alguna patología que este presentando.

El proceso cuidado enfermero constituye una herramienta poderosa y eficiente para diagnosticar, abordar y aplicar los cuidados de enfermería, incluyendo la propia labor profesional.

Los datos necesarios para la elaboración del PCE son recogidos mediante un registro de valoración inicial al ingreso del paciente, que está basado en los patrones funcionales de Marjory Gordon y que configuran una serie de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano y que se dan de manera secuencial a lo largo del tiempo. Además se realizo un plan de alta para que permita al paciente y familiares identificar las alteraciones o signos de alarma que pueda presentar, brindándole así mismo los cuidados, la alimentación y centros recreativos para el paciente, y así poder mejora su calidad de vida.

Referencias bibliográficas

- 1.- Báez Saldaña Renata, Gómez Zamora Carlos, López Elizondo Carlos, Molina Corona Héctor, Santillán Martínez Araceli, Sánchez Hernández Julia, Castillo Pedroza Jonathan, Martínez Rendón María Elena, Aguilar Medina Salomón, Gonzales López Verónica. (2013). Neumonía adquirida en la comunidad: revisión y actualización con una perspectiva orientada a la calidad de la atención médica. *Neumología*, 7-43.
- 2.- Blanca, C. (2008). Modelo Teorico - Metodologico para generar conocimiento desde la extensión universitaria . *Laurus vol 14, Revista de educación* , 56-88.
- 3.- Burgos Moreno Mónica, ParavicKlijn Tatiana. (2009). Enfermería como profesión. *Revista cubana de enfermería*, 1-8.
- 4.- Carolina, R. G. (2010). El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. *Redalyc*, 18-23.
- 5.- Dr. Ingianna Acuña Mario, Dr. Suarez Mejido Alvaro . (2001). Ruidos pulmonares o respiratorios . *Acta medica costarricense* , 112-117.
- 6.- Fiz Fernández J.A. (2003). Sonidos Respiratorios. *Bronconeumologia*, 142-143.
- 7.- Gleadle, J. (2007). Historia clínica y exploración física en una mirada. *Mc Graw Hill*, 1-212.
- 8.- Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne M. Dochterman, Cheryl M. Wagner . (2014). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) . *Elsevier* , 1-666.
- 9.- H. Torres Olga, Gil Eva, Pacho Cristina, Ruiz Domingo. (2013). Actualización de la neumonía en el anciano. *Revista española de geriatría y gerontología*, 72-78.

- 10.- IMSS. (2017). Prevención, diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. *GPC*, 09-234.
- 11.- Jesús, P. h. (2002). Operacionalización de proceso de atención de enfermería. *Revista mexicana de enfermería cardiológica*, 62-66.
- 12.- Juárez Rodríguez Paula Alina, García Campos María de Lourdes. (2009). La importancia del cuidado de enfermería. *Rev. Enfermería instmex seguro soc*, 109-111.
- 13.- José Luis Álvarez Suarez, Fernanda del Castillo Arévalo, Delia Fernández Fidalgo, Montserrat Muñoz Meléndez . (Junio 2010). Manual de Valoración de Patrones Funcionales . *Manual de Valoración de Patrones Funcionales* , 7-34.
- 14.- Martínez Vernaza, S., Soto Chávez, M. J., Mckinley, E., & Gualtero Trujillo, S. (2018). Neumonía adquirida en la comunidad: una revisión narrativa. *Universitas Médica*, 59(4), 1–10.
- 15.- Martha, L. G. (2000). Teorías aplicables al proceso de atención de enfermería. *Rev. Cubana de enfermería*, 6-10.
- 16.- Recomendaciones para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la neumonía adquirida en la comunidad en adultos inmunocompetentes. (2013). *Infectio: revista de la Asociación colombiana de Infectología*, 17, 1–38.
- 17.- Sutton Hammul Alicia, Hummel Nellen Haiko, Fernandez Ortega Miguel Angel, Cherem Halabe Jose . (2007). La Neumonía Y Sus Representaciones Sociales . *Revista Medica* , 347 .
- 18.- Serra Valdez Miguel Angel, Alega Hernandez Yordanka Yamilex, Cordero Lopez Girelda, Viera Garcia Marlen, Aboy Capote Lino, Serra Ruiz Melissa. (2016). adulto mayor: propuesta de abordaje de la neumonia adquirida en la comunidad . *articulo especial*, 104-111.

- 19.- Social, M. d. (2013). Etapas del proceso cuidado enfermero. *Salud pública*, 41-48.
- 20.- Sue Moorhead, Marion Johnson, Meridean L. Maas, Elizabeth Swanson . (2014).
Clasificación de resultados de enfermería (NOC) . *Elsevier* , 760.
- 21.-T. Heather, Herdman, PHD, RN, FNI, Shigemi Kamitsuru. (2018-2020). *Diagnosticos Enfermeros NANDA International, Inc* . Barcelona, España : Elsevier .
- 22.- Varios, A. (2006). Neumonía Adquirida En La Comunidad del Adulto Que Precisa Ingreso Hospitalario. *Ars Médica*.
- 23.- Villar Álvarez Felipe, Jareño Esteban Javier, Álvarez-Sala Walther Rodolfo. (2007).
Patología respiratoria. Manual de procedimiento de diagnóstico y control, 327.

Glosario de términos

Actividad Física: Movimiento corporal producida por músculos esqueléticos que requieren gasto de energía y produce ventajas progresivas para la salud.

Acupuntura: Forma de curación en la que el terapeuta aplica agujas para estimular puntos específicos del cuerpo.

Adaptación: Proceso de modificación para reunir condiciones nuevas, cambiantes o diferentes.

Amplitud de movimiento: Grado máximo de movimiento posible para cada articulación.

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

Antígeno: Sustancia capaz de inducir la formación de anticuerpos.

Apnea: Ausencia completa de respiración

Aspiración: Extracción de líquidos acumulados anómalamente (p. ej., líquido cefalorraquídeo, cavidad abdominal) o para obtener una muestra (p. ej., líquido cefalorraquídeo).

Alveolo: Concavidad semiesférica situada al final de los bronquios, en la que se realiza el intercambio de oxígeno con la sangre.

Células fagocíticas: Los fagocitos son células presentes en la sangre y otros tejidos animales capaces de capturar patógenos y restos celulares e introducirlos en su interior con el fin de eliminarlos (fagocitosis).

Cricotraqueal: La resección cricotraqueales un procedimiento eficaz para el tratamiento de la estenosis.

Cricotiroideo: El músculo cricotiroideo (Cricothyroideus) es un músculo de la laringe; par triangular de vértice superior.

Co2: Dióxido de carbono

Cianosis: La cianosis es una coloración azul de los labios y los dedos de las manos y de los pies. Se produce en algunas personas con defectos cardíacos congénitos que hacen que la sangre circule en forma anormal.

Dm: Diabetes mellitus

Dolor: El dolor es una percepción sensorial, localizada y subjetiva con intensidad variable que puede resultar molesta y desagradable en una parte del cuerpo. El dolor es el resultado de una estimulación por parte de las terminaciones nerviosas sensitivas de la zona.

Edema: Hinchazón causada por la acumulación de líquido en los tejidos del cuerpo.

Epiglotico: Recubrimiento total o parcial de la epiglotis por el pliegue ariepiglótico y por la mucosa subepiglótica, y produce dificultad mecánica al paso del aire.

Fármaco: Compuesto químico tomado para prevención, diagnóstico, cura o alivio de una enfermedad o que afecta a la estructura o la función del cuerpo.

Fármaco antiinflamatorios no esteroides (AINE): Fármaco que, como la aspirina o el ibuprofeno, tiene efectos antiinflamatorios, analgésicos y antipiréticos.

Fe: Modo de relación activa con los demás en la que se demuestran compromiso, creencia, amor y esperanza.

Febril: Relativo a la fiebre; que produce fiebre.

Fiebre: Temperatura corporal elevada.

Halitosis: Olor desagradable procedente del aliento de una persona, es un problema social asociado frecuentemente a una mala higiene bucal o a enfermedades de la cavidad oral.

Hernia: Es un saco formado por el revestimiento de la cavidad abdominal (peritoneo).

Lóbulo: Parte redondeada y saliente apreciable por separado en ciertos órganos, como los pulmones, el cerebro o el hígado.

NAC: Neumonía adquirida en la comunidad

O₂: oxígeno

Pseudoestratificado: Tipo de epitelio simple en que todas las células hacen contacto con la lámina basal, con varios tipos de células dispuestas en una sola capa cuyos núcleos se localizan a diferentes niveles, dando el aspecto falso de tener múltiples capas.

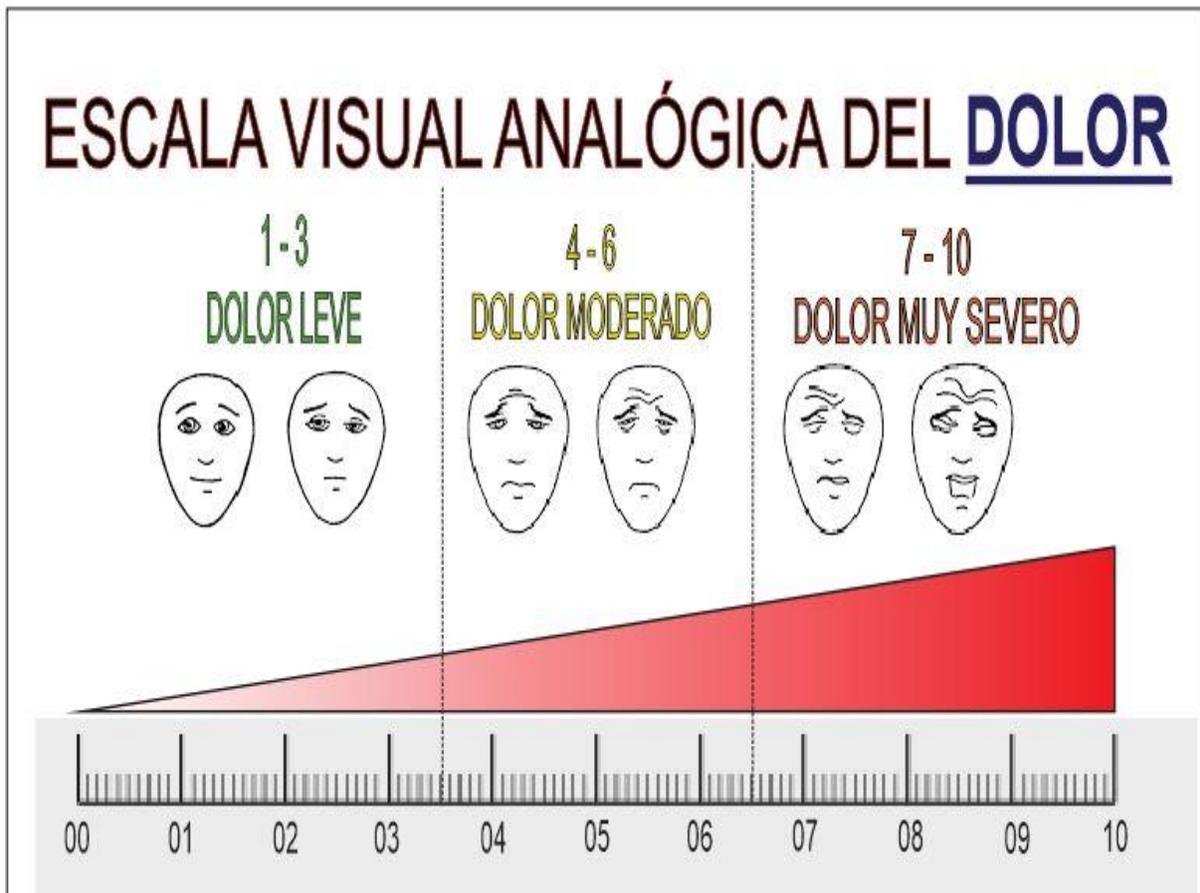
Subepitelial: Se denomina lesión subepitelial a una masa o protrusión en la luz de un órgano la cual está recubierta de epitelio normal.

Toracocentesis: Es un procedimiento de invasión mínima usado para diagnosticar y tratar las efusiones pleurales, una condición en la que existe fluido excesivo en el espacio pleural, también llamado la cavidad pleural.

UCI: Unidad de cuidados intensivos.

Anexo1

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)



La Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad.

Anexo 2

ESTADO DE SATURACION DE OXIGENO SEGÚN LA ALTURA SOBRE EL NIVEL DEL MAR (m.s.n.m.)						
ESTADO DE SATURACION	0 m.s.n.m.	1000 m.s.n.m.	3000 m.s.n.m.	3400 m.s.n.m.	3600 m.s.n.m.	3900 m.s.n.m.
NORMAL	93-100%	92-99%	88-96%	87-95%	84-93%	83-92%
HIPOXIA LEVE	89-92%	88-91%	84-87%	83-86%	80-83%	79-82%
HIPOXIA MODERADA	85-88%	84-87%	80-83	79-82	76-79%	75-78
HIPOXIA SEVERA	< 85%	< 83%	< 79%	< 78%	< 75%	< 74%

La saturación del oxígeno mide el porcentaje del oxyhemoglobin (hemoglobina del oxígeno-salto) en la sangre, y se representa como la saturación arterial del oxígeno (sao₂) y saturación venosa del oxígeno (SvO₂). La saturación del oxígeno es un parámetro vital para definir el contenido en oxígeno de la sangre y el lanzamiento del oxígeno.

Anexo 3

TABLA SIGNOS VITALES NORMALES

TENSION ARTERIAL				
Grupo	Edad	Rango		
		Sistólica	/	Diastólica
RN	Nacimiento – 6 semanas	70-100	/	50-68
Infante	7 semanas - 1 año	84-106	/	56-70
Lactante mayor	1 – 2 años	98-106	/	58-70
Pre-escolar	2 – 6 años	99-112	/	64-70
Escolar	6 – 13 años	104-124	/	64-86
Adolescente	13 – 16 años	118-132	/	70-82
Adulto	16 años y más	110-140	/	70-90

FRECUENCIA RESPIRATORIA		
Grupo	Edad	Ventilaciones por minuto
RN	Nacimiento – 6 semanas	40-45
Infante	7 semanas - 1 año	20-30
Lactante mayor	1 – 2 años	20-30
Pre-escolar	2 – 6 años	20-30
Escolar	6 – 13 años	12-20
Adolescente	13 – 16 años	12-20
Adulto	16 años y más	12-20

FRECUENCIA CARDIACA		
Grupo	Edad	Latidos por minuto
RN	Nacimiento – 6 semanas	120-140
Infante	7 semanas - 1 año	100-130
Lactante mayor	1 – 2 años	100-120
Pre-escolar	2 – 6 años	80-120
Escolar	6 – 13 años	80-100
Adolescente	13 – 16 años	70-80
Adulto	16 años y más	60-80

TEMPERATURA		
Grupo	Edad	Grados Centígrados
RN	Nacimiento – 6 semanas	38
Infante	7 semanas - 1 año	37.5 a 37.8
Lactante mayor	1 – 2 años	37.5 a 37.8
Pre-escolar	2 – 6 años	37.5 a 37.8
Escolar	6 – 13 años	37 a 37.5
Adolescente	13 – 16 años	37
Adulto	16 años y más	36.2 a 37.2

Los signos vitales (SV) son valores que permiten estimar la efectividad de la circulación, de la respiración y de las funciones neurológicas basales y su réplica a diferentes estímulos fisiológicos y patológicos. Son la cuantificación de acciones fisiológicas, como la frecuencia (FC), la frecuencia respiratoria (FR), la temperatura corporal (TC), la presión arterial (TA) y la oximetría (OXM), que indican que un individuo está vivo y la calidad del funcionamiento orgánico.

Anexo 4

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORI GORDON

Instrucciones: colocar en las líneas una X de acuerdo a los datos que se encuentren presentes en la valoración. Ampliar o describir en aquellos que requieren especificar.

Patrones de Salud:

1. Patrón de Mantenimiento y Percepción de la Salud

- Historia de su salud: Sano ___ regular ___ enfermizo ___
(especifique): _____ Cómo la percibe en éste momento: bien ___ regular ___ mal ___
especificar _____
- Hábitos de cuidado bucodental: 3 veces al día ___ 2 o menos ___ nunca ___
- Hábitos de higiene general: baño diario ___ cada tercer día ___ otros ___
(especifique) _____
- Cambio de ropa al bañarse ___ cambio de ropa sin baño ___ Lavado de manos: Sí ___ No ___ a veces ___ (Cuándo?) _____
- Ha consumido tabaco alguna vez en su vida: No ___ Sí ___ Fuma actualmente: : No ___ Sí ___
Tiempo de consumo: ___ Cantidad (número de cigarrillos) al día: ___ a la semana ___ al mes ___ Lo dejo (fecha) _____
- Ha consumido bebidas con contenido alcohólico alguna vez en su vida: No ___ Sí ___ Consume alcohol actualmente: : No ___ Sí ___ Tiempo de consumo: ___ tipo ___ cantidad al día, ___ a la semana ___ al mes ___ Lo dejo (fecha) _____
- Ha utilizado drogas alguna vez en la vida: No ___ Sí ___ Consume drogas actualmente: : No ___ Sí ___ Tiempo de consumo: ___ tipo ___ cantidad al día ___ a la semana ___ al mes ___ Lo dejo (fecha) _____
- Presencia de alergias: : No ___ Sí ___ especifique la causa: _____ tipo de reacción: _____
- Asistencia a revisión médica (aunque no se sienta enfermo): Si ___ periodicidad _____
No ___ especifique motivos: _____
- Revisión dental: Si ___ periodicidad ___ No ___ especifique motivos: _____
- Realización de ejercicio: : No ___ Sí ___ (especifique tipo y horas a la semana) _____
- Tratamientos que ha utilizado: médicos ___ remedios caseros ___ Otro (especifique): _____ Actualmente utiliza alguno de estos (especifique): _____
- Conoce la causa de su hospitalización: No ___ Sí ___ (especifique cuál) _____
- Concluye con el tratamiento y/o recomendaciones médicas o de enfermería prescritas: Sí ___ No ___
Motivos: _____

Condiciones de la Vivienda

- Material de construcción: concreto ___ lámina ___ otros ___ (especifique): _____
Usos (especifique) _____
- Ventilación natural ___ artificial ___ No. de habitaciones ___
- Iluminación: natural ___ artificial ___ otros (especifique) _____
- Mobiliario acorde a las necesidades básicas. Sí ___ No ___ (especifique) _____
- Disposición de excretas en vivienda. Sanitario a drenaje ___ fosa séptica ___ letrina ___ pozo negro ___ otros _____
- Ubicación del sanitario: afuera de vivienda No ___ Sí ___ distancia de la toma de agua o de la vivienda ___ mts.
- Aseo diario de la vivienda: : No ___ Sí ___ (especifique frecuencia) _____
- Presencia de vectores (moscas, cucarachas, roedores, etc.): No ___ Sí ___ (especifique) _____
- Medidas de control de vectores: No ___ Sí ___ (especifique método y frecuencia) _____
- Convivencia con animales domésticos dentro de la vivienda: No ___ Sí ___ (especifique) _____

2. Patrón Nutricional Metabólico.

- Uso de complementos o suplementos alimenticios (especifique) _____, número de comidas al día _____, menú día típico: (especifique tipo y cantidad): _____

Desayuno hora:	Comida hora:	Cena hora:	Entre Horas

- Alimentos que desagradan: _____
- Ingesta de líquidos al día (especificar tipo y cantidad) _____
- Apetito: normal ___ aumentado ___ disminuido ___ especifique _____
- Presencia de: náuseas ___ vómitos ___ otros _____
- Variaciones de peso en los últimos 6 meses: ninguno ___ aumentó ___ disminuyó ___ especifique ___ kg. (A qué lo atribuye?) _____
- Dificultades para la deglución: ninguna ___ a sólidos ___ a líquidos ___ especifique _____
- Problemas en la piel y/o en la cicatrización: ninguno ___ anormal ___ (exantemas, sequedad, exceso de transpiración, etc.) especifique _____
- Cuero cabelludo y cabello, cambios: No ___ Sí ___ especifique _____
- En uñas cambios: No ___ Sí ___ especifique _____
- Referencia de dolor abdominal: No ___ Sí ___ presencia de agruras ___ distensión ___ otras (especifique) _____

3. Patrón de Eliminación

- Hábitos de evacuación intestinal: frecuencia al día ___ fecha de última defecación ___ Describa características _____ utiliza algún apoyo (especificar) _____
- Presencia de estreñimiento ___ diarrea ___ hemorroides ___ sangrado ___ Incontinencia ___ flatulencia ___ ostomías: No ___ Sí ___ tipo ___ Motivo: _____
- Hábitos de evacuación urinaria: Frecuencia aproximada al día: ___ Describa características ___ catéter urinario: No ___ Sí ___ Fecha de instalación: ___ Refiere presencia de distensión vesical ___ dolor ___ ardor ___ prurito ___ retención ___ incontinencia ___ incontinencia al esfuerzo ___ urgencia diurna ___ urgencia nocturna ___ fuerza y/o cambios en la continuidad de la emisión: : No ___ Sí ___ especifique: _____ ostomías: No ___ Sí ___ tipo ___ Motivo: _____
- Referencia de sudoración habitual y/o cambios en ella: Si ___ No ___ especifique _____

4. Patrón de Actividad y Ejercicio

- Referencia de cambios en función cardíaca al realizar actividades cotidianas: No ___ Sí ___ especifique (palpitaciones, lipotimias, necesidad de detener la acción que realiza): _____
- Presencia de marcapaso: No ___ Sí ___ Fecha de instalación: _____
- Ha sentido cambios en patrón respiratorio: No ___ Sí ___ especifique (fatiga, disnea al caminar, al comer, al subir escalera, al estar acostado, y a qué distancia) _____

- Referencia de cambios en estado vascular periférico: No ___ Si ___ especifique (distensión venosa yugular, equimosis, hematomas, varicosidades, red venosa alterada, parestesias, edema de miembros inferiores, etc.) _____
- Referencia de cambios neuromusculares: No ___ Si ___ especifique (calambres, disminución de la sensibilidad, dolor, limitación del movimiento, antecedentes de fracturas, etc.) _____
- Dificultad para movilizarse: No ___ Si ___ especifique _____
- Que actividades realiza en los tiempos libres: recreativas ___ domésticas ___ especifique (salida, paseo, ver televisión, etc.) _____
- ESCALA PARA VALORAR LA CAPACIDAD FUNCIONAL: Valorar capacidad funcional para la realización de actividades de autocuidado con los siguientes valores que al ser detectados marcará con una X en la casilla que corresponda:

0 = Independiente 1 = Con aparato auxiliar 2 = Ayuda de otros
 3 = Ayuda de otros y equipo 4 = Dependiente/incapacitado

	0	1	2	3	4
Baño/Higiene					
Comer/beber					
Vestirse/arreglarse					
Evacuación	Intestinal				
	Vesical				
Caminar					
Limpieza/Arreglo del hogar					
Ir de compras					
Cocinar					
Subir escaleras					
Movilizarse en cama					
Trabajar					

5. Patrón de Sueño y Descanso

- Hábito: Número de horas de sueño nocturno ___ horario de sueño ___ Siesta: No ___ Si ___ Motivo: ___ especifique tiempo ___ Apoyo y/o rutina para dormir (medicamentos, música, luz, etc.) especifique _____
- Calidad del sueño: dificultad para conciliar el sueño No ___ Si ___ especifique ___ sueño interrumpido No ___ Si ___ especifique ___ Se siente descansado al iniciar el día: si ___ no ___ especifique _____
- Referencia de cambios de humor(en relación al sueño) ___ bostezos ___ ojeras ___ especifique _____

6. Patrón Cognitivo-Perceptivo

- Dificultad para oír: no ___ si ___ especifique ___ presencia de zumbidos no ___ si ___ Vértigo: no ___ si ___ dolor No ___ Si ___ ¿a que se lo atribuye? ___ auxiliares auditivos ___ (especifique oído derecho o izquierdo Y tiempo de uso) _____
- Dificultad para ver no ___ si ___ ceguera no ___ si ___ especifique ___ prótesis no ___ si ___ especifique ___ Auxiliares externos no ___ si ___ especifique ___ (especifique tipo y derecho - izquierdo) ___ última revisión ___ tiempo de uso _____
- Problemas para distinguir olores no ___ si ___ especifique _____

- Tiene dificultad al identificar los sabores (salado, agrio, amargo y dulce) no ___ si ___ especifique _____
- Algún cambio en su memoria: no ___ si ___ especifique _____
- Algún cambio en su concentración: no ___ si ___ especifique _____
- Algún cambio en la orientación: no ___ si ___ especifique _____
- Lenguaje hablado: cambios en el tono de la voz no ___ si ___ especifique ___ cambios en la fluidez en el discurso: no ___ si ___ especifique _____
- Cambios en la sensibilidad (al tacto, frío, calor y/o dolor) Si ___ No ___ especifique _____
- Manera de aprender (leyendo, escuchando, con dibujos, etc.) especifique _____

Nota: Si se observa desorientado reporte y considere "riesgos de lesiones o accidentes"

7. Patrón Autopercepción y Concepto de sí Mismo

- Descripción como persona: alegre ___ sería ___ temerosa ___ optimista ___ irritable ___ Otros (especifique) _____
- Como percibe su imagen corporal: positiva ___ negativa ___ en ambos casos especifique _____
- Conformidad con lo que es: No ___ Si ___ especifique _____
- Pérdida de interés por las cosas: No ___ Si ___ especifique _____
- Dificultad para tomar decisiones: No ___ Si ___ especifique _____
- Temor a pérdidas o renuncia a algo que le guste No ___ Si ___ especifique _____
- Pérdidas y/o cambios importantes en el último año: Si ___ No ___ especifique _____
- Ha experimentado periodos de: desmotivación ___ apatía ___ depresión ___ adinamia ___ Ninguno de los anteriores ___ especifique tiempo y describa la situación: _____
- Ideas de acabar con su vida en alguna ocasión: No ___ Si ___ (especifique) _____
- Qué le ayudaría a sentirse mejor en este momento (especifique) _____

8. Patrón de Rol-relaciones

- Estado civil: ___ Escolaridad: ___ Profesión y/u ocupación ___ situación actual: estudiante ___ empleado ___ desempleado ___ incapacidad ___ pensionado ___ jubilado ___ empleos temporales ___
 - Sistema de apoyo: cónyuge ___ familia ___ vive solo ___ vecinos ___ amigos ___
 - Conformación de Familia que vive en el hogar: No. de miembros ___
- Describir de mayor a menor, incluyendo al usuario

Nombre (iniciales)	Parentesco	Edad	Sexo	Ocupación

- Como considera la relación familiar: especifique _____
- Existe vínculo estrecho con algún miembro de su familia o persona externa a esta: (especifique) _____
- Papel que desempeña en la familia: dependiente ___ proveedor ___ cuidador principal ___
- Algún problema por el papel que desempeña No ___ Si ___ (especifique) ___ ingreso económico mensual aproximado _____

- Idioma/dialecto (especifique) _____ Dificultad para comunicarse: No ___ Si ___ (especifique con quién, y a qué lo atribuye) _____
- Pertenece algún grupo, asociación, club, etc. No ___ Si ___ especifique _____
- Referencia de amistad con vecinos: No ___ Si ___ especifique _____

9. Patrón de Sexualidad-Reproducción

- Tiene pareja sexual actualmente: No ___ Si ___ especifique _____ IVSA (edad): _____
- Expresa algún cambio en las respuestas sexuales: No ___ Si ___ especifique _____
- Menarquia (edad) _____ ciclo menstrual: regular ___ irregular _____ Duración y periodicidad _____
- Gesta ___ Partos ___ Abortos ___ Cesáreas ___ Embarazada actualmente No ___ Sí ___ especificar tiempo de embarazo y fecha probable de parto _____
- Satisfecho con el número de hijos procreados: Sí ___ No ___ especifique _____ No aplica _____
- Prácticas de autoexamen mamario mensual: Sí ___ No ___ Motivo: _____
- Mamografías: Sí ___ No ___ Motivo: _____ fecha de la última _____ Resultados _____ No aplica _____
- Examen cervico-vaginal/prostático anual: Sí ___ No ___ Motivo: _____ fecha del último _____ Resultados _____
- Examen Testicular mensual: Sí ___ No ___ Motivo: _____ fecha del último y resultados _____ No aplica _____
- Presencia de flujos: No ___ Sí ___ características (color, olor, cantidad, etc.) _____
- Menopausia ___ Andropausia _____
- Prácticas de sexo seguro: Sí ___ No ___ (especifique uso de condón, una sola pareja, abstinencia total) _____ Uso de algún método de planificación familiar: Sí ___ No ___ especificar _____

10. Patrón de Afrontamiento-Tolerancia al Estrés

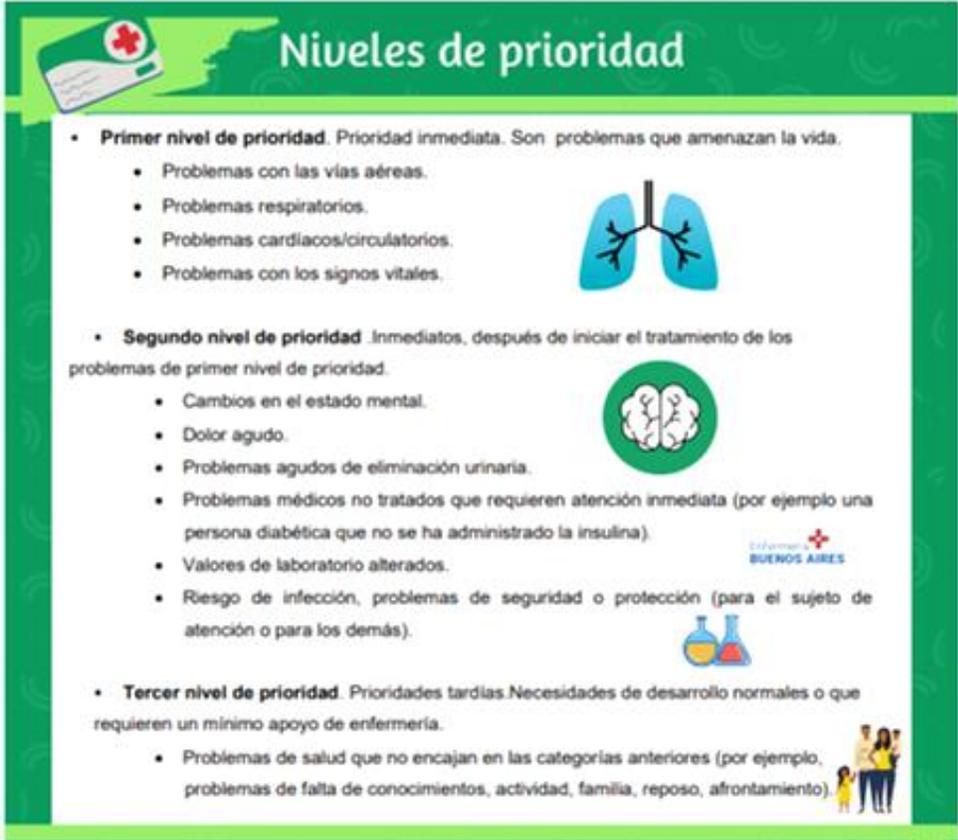
- Preocupaciones fundamentales en relación a: hospitalización y/o enfermedad ___ económicas ___ de autocuidado ___ de empleo ___ imagen corporal ___ especificar _____
- Formas en las que expresa el estrés: llanto ___ ira ___ molestias físicas ___ especificar _____
- Acciones que realiza para controlar el estrés o la ira: beber alcohol ___ fumar ___ comer ___ beber café ___ leer ___ medicamentos ___ especifique _____
- Frecuencia con la que presenta estas respuestas al estrés: 1-2 veces al mes ___ 1-2 veces a la semana ___ diariamente ___ Especifique a que lo atribuye: _____

11. Patrón de Valores y Creencias

- Prácticas de alguna religión: Sí ___ No ___ (especificar cuál) _____
- Existen restricciones por parte de su religión para seguir indicaciones médicas y/o de enfermería: Sí ___ No ___ cuáles _____
- ¿Tiene algún sistema de creencias que le proporcionen consuelo y fuerza? Sí ___ No ___ (especificar cuál) _____
- ¿Qué es lo que le da sentido a su vida? Especificar _____ Esto ha cambiado desde que está enfermo _____
- Siente preocupación acerca de morir Sí ___ No ___ especifique _____
- Solicitud de ayuda para cumplir con su religión dentro del hospital/domicilio: Sí ___ No ___ (especificar cuál) _____
- Valores morales más importantes (describa lo que considera más valioso en su vida) _____

Los patrones funcionales de salud de Gordon, son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo. Los patrones funcionales de salud describen una serie de 11 áreas relativas a la salud. Tienen un enfoque funcional, de desarrollo y cultural que permite su aplicación a todos los ámbitos, especialidades y grupos de edad.

Anexo 5



Niveles de prioridad

- **Primer nivel de prioridad.** Prioridad inmediata. Son problemas que amenazan la vida.
 - Problemas con las vías aéreas.
 - Problemas respiratorios.
 - Problemas cardíacos/circulatorios.
 - Problemas con los signos vitales.
- **Segundo nivel de prioridad.** Inmediatos, después de iniciar el tratamiento de los problemas de primer nivel de prioridad.
 - Cambios en el estado mental.
 - Dolor agudo.
 - Problemas agudos de eliminación urinaria.
 - Problemas médicos no tratados que requieren atención inmediata (por ejemplo una persona diabética que no se ha administrado la insulina).
 - Valores de laboratorio alterados.
 - Riesgo de infección, problemas de seguridad o protección (para el sujeto de atención o para los demás).
- **Tercer nivel de prioridad.** Prioridades tardías. Necesidades de desarrollo normales o que requieren un mínimo apoyo de enfermería.
 - Problemas de salud que no encajan en las categorías anteriores (por ejemplo, problemas de falta de conocimientos, actividad, familia, reposo, afrontamiento).

El establecimiento de prioridades, sirve para ordenar la distribución en la atención de enfermería, de tal manera que los problemas más importantes se consideran antes que los menores.