



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

“ Aplicado a una paciente con: Alteración del intercambio gaseoso relacionado con acumulación de secreciones manifestado por presencia de estertores en ambos hemitórax y tos productiva ”.

291669

Para obtener el Título de:  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:  
ROCIO LICÓN PACHECO  
No. De cuenta: 089512005

Director del trabajo:  
Lic. María Magdalena Mata Cortés

MÉXICO, D. F.

ABRIL DEL 2001





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.

## **AGRADECIMIENTOS.**

### **Deseo dar las gracias.**

A mis padres: Celedonio Licón y Emma Pacheco.

Hermanas: Susana y Leticia.

A mis amigos: María Teresa, Rosalio, Pilar, Beatriz, Osvaldo, Norma y José Guadalupe.

Al resto de la familia.

Por ser las personas que me apoyaron y ayudaron a la realización de esta investigación, porque su cariño, regaños y compañía fueron suficientes para seguir adelante.

A la Lic. María Magdalena Mata Cortés.

Por su asesoría e interés, y por su contribución a mi desarrollo personal.

## ÍNDICE

	Pag.
1-Introducción .....	1
2-Justificación .....	3
3-Objetivos. ....	4
 <b>I MARCO TEÓRICO.</b>	
1.1 Concepto de Enfermería.....	5
1.2 Proceso Atención de Enfermería.(PAE)	
1.3 Objetivos del PAE .....	6
1.4 Etapas del Proceso Atención de Enfermería.	
1.4.1 Valoración.	
1.4.2 Diagnostico de Enfermería.....	13
1.4.3 Planeación.....	15
1.4.4 Ejecución.....	17
1.4.5 Evaluación.....	18
1.5 Modelo de Virginia Henderson.....	19
1.6 Varicela y Herpes Zoster	
-Definición.....	24
-Etiología.....	25
-Signos y síntomas.....	27
-Complicaciones.....	28
-Diagnostico.	
-Tratamiento.....	29
-Neumonía.....	30
-Etiología.....	31
-Signos y síntomas.	
-Complicaciones.....	32
-Diagnostico.	
-Tratamiento	

**II METODOLOGÍA.**

2.1 Valoración .....	33
2.2 Diagnostico de Enfermería.....	40
2.3 Planeación.	
2.4 Ejecución.	
2.5 Evaluación	

**III APLICACION DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.**

3.1 Caso Clínico.....	41
3.2 Aplicación de la valoración.....	42
3.3 Diagnósticos de enfermería.....	50
3.4 Planeación (Jerarquización de necesidades y objetivos).....	53
3.5 Ejecución y Evaluación.....	55

**IV CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS. ....**

-Glosario.....	88
-Bibliografía.....	90

## 1-INTRODUCCIÓN.

El desarrollo del personal sanitario constituye la piedra angular de cualquier sistema de salud, los enfermeros / as constituyen una amplia mayoría de grupos del personal sanitario y somos los profesionales que están en un contacto mas continuo y directo con la población.

La calidad del servicio sanitario depende muy directamente de las competencias y actuaciones de los enfermeros / as.

La aplicación del Proceso Atención de Enfermería ( PAE ) introduce a los /as en la aplicación de la metodología científica (asignatura elemental de la formación profesional).

Este es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, y configuran un número de pasos sucesivos que se relacionan entre si, aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado.

Por lo que el presente trabajo están integrados por cuatro capítulos para mostrar como se puede llevar a la práctica , aplicado, al caso clínico de Varicela, y Herpes Zoster complicado con Neumonía.

**Capitulo 1.** Se desarrolla el Marco Teórico donde se describe el PAE, su objetivo y las partes que lo conforman (Valoración, el Diagnostico de Enfermería, Planeación, Ejecución y Evaluación) así mismo una síntesis del modelo de Virginia Henderson y la Patología.

**Capitulo 2.** Se revisa la Metodología que se usara para la recolección de datos del paciente a través de un formato de Valoración que incluye ( entrevista, exploración física, e historia clínica.),tipo de Diagnostico que se usara para cada necesidad, la Planeación, el Formato de la Ejecución, y como se Evaluaran las acciones de Enfermería.

**Capítulo 3.** Este incluye la Aplicación del Proceso, presentando: Caso Clínico , el formato de la Valoración ya aplicado para la detección de las necesidades del paciente jerarquizándolas y el establecimiento de los Objetivos y el Plan de Cuidados.

**Capítulo 4.** Se presenta las conclusiones de los resultados obtenidos durante el Plan de Atención, el Glosario de términos y la Bibliografía.

## 2-JUSTIFICACIÓN.

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería ( PAE ) repercute en la profesión, el paciente y sobre la enfermera, este método permite que las enfermeras prestemos cuidados de forma, racional lógica y sistemática, donde el cliente será el beneficiado ya que con este proceso se garantizara, la calidad de los cuidados de enfermería.

Con la aplicación de este se sistematizaran las necesidades y cuidados que requiere el paciente, para su mas rápida recuperación e incorporación a la vida productiva.

Así mismo el Proceso es una opción para que los alumnos de la Licenciatura podamos titularnos.



### 3-OBJETIVOS

#### **OBJETIVO GENERAL.**

Elaborar un Proceso Atención de Enfermería que cubra las necesidades individuales del paciente con Varicela y Herpes Zoster ,mas Neumonía , sistematizando los cuidados de Enfermería.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS .**

Cubrir las necesidades básicas detectadas en el paciente a través de los cuidados de Enfermería

Prevenir complicaciones y secuelas.

Integrar a la paciente a su núcleo familiar lo mas pronto posible.

## I MARCO TEÓRICO.

### 1.1 CONCEPTO DE ENFERMERÍA.

#### **VIRGINIA HENDERSON.**

La función propia de la enfermería consisten en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (de una muerte serena), actividades que realizara por si mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma mas rápida posible.

#### **FUNCIONES ENFERMERÍA.**

Asistencia.

Educación.

Investigación.

Administración.<sup>1</sup>

#### **ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA.**

Son aquellas intervenciones especificas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados.<sup>2</sup>

### 1.2 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. (PAE).

Es un método simétrico y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de objetivos.

---

<sup>1</sup> SUA – ENEO "Fundamentos de enfermería " Antología. Tomo 1  
1997 pp. 335 pp. 129.

<sup>2</sup> INTERNET " Teorías y Modelos mas utilizados, PAE "  
personal . redestb. es /a \_sanguesa modelos.

Consta de 5 pasos secuenciales e interrelacionados: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

### 1.3 OBJETIVOS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

Promover, mantener o restaurar la salud, o en el caso de enfermedades terminales lograr una muerte tranquila.

Permitir a las personas manejar sus propios cuidados de salud.

Proporcionar cuidados de calidad y a un costo efectivo.

Buscar formas de mejorar la satisfacción mediante los cuidados de salud.<sup>3</sup>

### 1.4 ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA.

#### 1.4.1 VALORACION.

Es la primera fase del PAE y la recogida de datos es el método utilizado, en una actividad continua tanto formal como informal, la valoración es algo constante en el desarrollo del proceso debido a que el paciente cambia constantemente.

#### TIPOS DE DATOS:

**Datos.** Son aquella información que se obtiene de una persona, familia o comunidad.

**Datos objetivos:** se obtienen por un observador o medición ( el color de la piel, la tensión arterial y el llanto)

**Datos subjetivos:** son evidentes, o lo que la persona siente o percibe ( el dolor, la preocupación etc. . . )<sup>4</sup>

<sup>3</sup> ALFARO, Leferve Rosalinda "Aplicaciones del Proceso de Enfermería"  
3ra Edición Editorial Mosby Malvern Pensilvania  
1991 pp. 301 pp.3

<sup>4</sup> KOSIER, Bárbara "Enfermería Fundamental Proceso y Práctica"  
Editorial Interamericana  
pp.117

## ÁREAS DE VALORACIÓN.

El enfoque de la valoración varían considerablemente, algunas enfermeras actúan en Estados Unidos en áreas específicas de esta fase, entre las que se tienen:

Los datos personales.

La percepción del enfermo acerca de su enfermedad o de su situación, incluyendo los síntomas clínicos, y las causas.

Los factores estresantes que afectan al paciente.

Su estilo de vida, abarcando las actividades de cada día.

Factores socioculturales, como creencias religiosas y la actitud ética.

La definición personal de salud.

El nivel de desarrollo y exigencia.

Las necesidades básicas.

Los recursos como, fuerza habilidades personas allegadas.

Las deficiencias, incluyendo las limitaciones físicas, psicosociales, y el problema financiero.

Estudiar capacidades intelectuales.

Las expectativas del paciente respecto al personal de enfermería.

La experiencia anterior dentro del sistema sanitario.

## FUENTES DE INFORMACIÓN.

**Primarias-** son el paciente y los allegados.

**Secundarias-** los médicos, historias medicas, la persona que los rodea, equipo de salud. <sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Op. cit - Kosier pp.118

## **INSTRUMENTOS PARA RECOGER DATOS.**

**Observación-** Observar es recoger información por medio de los cinco sentidos , aunque se utiliza preferentemente la vista, todos los demás están implicados.

La observación es una técnica conciente y deliberada que se desarrolla solamente a través de un enfoque organizado.

Las observaciones se deben organizar de forma que no pierda nada importante. Por ejemplo:

- 1 Los signos clínicos como: la palidez, el enrojecimiento, la respiración dificultosa, atenciones emocionales.
- 2 El estado de salud como: el pulso, la presión arterial ( T / A ) , la respiración etc.
- 3 El fundamento de material: el equipo de perfusión intravenosa y el oxígeno.
- 4 Las amenazas a la seguridad del paciente, reales o potenciales, por ejemplo: una barandilla demasiado baja.
- 5 El medio ambiente incluyendo personas que hay en el.
- 6 La comunidad.<sup>6</sup>

**Entrevista-** Es una conversación que tiene un propósito determinado, algunos de sus fines son. Obtención de datos, evaluación de los cambios, enseñanza, identificación de problemas, ayuda y asesoramiento en el tratamiento.

---

<sup>6</sup> Ibidem pp.123

## \* TIPOS DE ENTREVISTA.

**1 La informal-** Es mas breve que la formal. La enfermera orienta sus preguntas hacia la situación inmediata. ( Es una conversación entre la enfermera y el paciente. ) También se aplica en las urgencias, donde hay que actuar con rapidez.

**2 La formal-** Se estructura según los objetivos y los datos que hay que obtener generalmente. Puede ser de dos tipos:

**a) La dirigida:** Es muy estructurada y produce información específica , el entrevistador controla la situación dirigiendo las preguntas hacia las respuestas que quiere. ( Preguntas cerradas.)

**b) No dirigida:** El entrevistado es quien enfoca la entrevista, la otra persona solo clarifica favorece la comunicación. ( preguntas abiertas. )<sup>7</sup>

### Ventajas

Preguntas abiertas	Preguntas cerradas
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Aportan mas información.</li> <li>◆ Dan a las personas la posibilidad de expresarse y las implica en el dialogo.</li> <li>◆ Son menos amenazadoras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Ayudan a clasificar las respuestas a las preguntas abiertas.</li> <li>◆ Ahorran tiempo en situaciones de emergencia.</li> </ul>

<sup>7</sup> Ibidem pp. 124.

Preguntas abiertas	Preguntas cerradas
<p>◆ Con frecuencia se interpreta que demuestran un verdadero interés.</p>	<p>◆ Pueden ser útiles para centrar la entrevista en datos específicos.</p> <p>◆ Puede ser útiles para las personas confusas que tienen dolor o dificultad respiratoria.<sup>8</sup></p>

## HISTORIA CLÍNICA.

La historia clínica de enfermería es un riesgo escrito de la información acerca del paciente. Facilita los datos sobre los que se valoran los problemas actuales potenciales del paciente y es la base para planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería.

Los mejores informes son los concisos y organizados.

La historia debe incluir:

La ficha de identificación

Hábitos higiénicos( higiene personal.)

Hábitos de eliminación.

Hábitos alimenticios.

Ejercicio.

Hábitos de descanso, relajación y sueño.

<sup>8</sup> Opt. cit. Alfaro pp. 50.

### **Estado físico.**

- ◆ Nivel de conciencia.
- ◆ Sentidos.
- ◆ Dientes .
- ◆ Piel.

### **Estado psicológico.**

Antecedentes, sociales, culturales y económicos ( ocupación, seguro, vida, nivel educativo, Religión, cuidados médicos previos y reacción hacia ellos, recursos económicos).

### **FUENTES DE INFORMACIÓN RESPECTO AL PACIENTE:**

El paciente y su familia son la fuente primordial de información, la enfermera puede conocer lo que el paciente sabe de su enfermedad, pensamientos, sentimientos, su actividad diaria habitual y su relación con la familia. La familia puede revelar lo que conoce del paciente.

**Registros médicos-** Incluyen la historia clínica, el informe de exploración física, el diagnóstico y pronóstico médicos. También incluyen los informes de estudios, diagnósticos, de inter consulta, del tratamiento y de los informes quirúrgicos.

**Registros sociales-** Suelen incluir información tal como el número de miembros de la familia, ocupaciones e ingresos de los miembros de la familia, seguros de vida y afiliación religiosa.



**Registros del desarrollo-** Pueden efectuarse en algunos pacientes; estos principian con los antecedentes acerca del embarazo de la madre del sujeto, el trabajo del parto y el nacimiento.<sup>9</sup>

### **Examen físico.**

Es el examen de un paciente incluye aspectos físicos y psicosociales. La enfermera lo lleva acabo para recoger datos sobre el estado de salud . Puede centrarse en un problema específico como en la incapacidad para orinar, o ser general considerando al individuo como un todo.

Debe ser sistemático, un enfoque habitual es el examen cefalocaudal.

El objetivo es identificar las capacidades individuales fisiológicas y psicosociales.

Por el contrario, si lo enfoca el medico lo orienta hacia la detención de la enfermedad <sup>10</sup>

### **La enfermera utiliza 4 técnicas específicas.**

**1 Inspección-** Es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos( tamaño, forma, posición, situación, anatomía, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

**2 Palpación-** Utiliza el tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel ( tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, humedad, pulso ).

---

<sup>9</sup> Ann Mariner "Proceso Atención de Enfermería un enfoque científico"  
Editorial Manual Moderno  
1983 pp. 36 37

<sup>10</sup> Ibidem Kossler pp. 126

**3 Percusión-** Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal. Tipos de sonidos:

Sordos- Aparecen cuando se percuten músculos o huesos.

Mates- Aparecen sobre el hígado y brazo.

Hipersonoros- Aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire.

Timpanicos- Se encuentran al percutir el estomago lleno de aire.

**4 Auscultación-** Explora por medio del oído los ruidos producidos en el interior del cuerpo.<sup>11</sup>

#### **1.4.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.**

El diagnostico de enfermería describe el estado del paciente ( sus respuestas) ante su salud o la enfermedad ), y la enfermera es capaz y tiene responsabilidad legal de suministrarle tratamiento. (NANDA ).

Durante la fase de diagnostico, la enfermera organiza, interpreta y valida los datos que se obtienen del paciente y de fuentes secundarias.<sup>12</sup>

#### **COMPONENTES DE LOS DIAGNÓSTICOS ( NANDA ).**

Cada categoría consta de los siguientes elementos:

##### **1. Etiqueta diagnostica o nombre.**

Constituye en un apalabra o frase concisa que identifica el problema.

---

<sup>11</sup> Op. cit. Internet \*

<sup>12</sup> IYER, W. Patricia "Diagnostico de Enfermería y Plantación de Cuidados"  
2da. Edición Editorial Interamericana USA.  
1992 pp. 258 pp. 10

## 2. Características definitorias.

Son manifestaciones o respuesta de la persona o familia que nos puede indicar la presencia o ausencia de un determinado diagnóstico, se clasifican en:

**Mayores-** Son indicadores críticos que determinan la existencia de la categoría diagnóstica, encontrándose presente entre 80 y 100% casos.

**Menores-** Presentes entre el 50 y 79% de los casos, son elementos que ayudan a la identificación de la presencia del diagnóstico.

## 3. Factor relacionado.

Son situaciones o condiciones causantes de la aparición del diagnóstico.

Tales factores pueden ser descritos como:

- ◆ Antecedentes de.
- ◆ Asociado con.
- ◆ Relacionado con.
- ◆ Contribuyente a.
- ◆ Provocado.<sup>13</sup>

El diagnóstico de enfermería describe:

**Problemas reales** (desviaciones de la salud).

**Problemas potenciales** (factores de riesgo que predisponen a las personas y a las familias a estos problemas).

**Problemas posibles** (factores que pueden causar o contribuir en problemas<sup>14</sup>).

<sup>13</sup> FERNANDEZ, Ferrn Carmen. "El Proceso Atención de Enfermería"  
Ediciones Científicas y Técnicas, SA Barcelona.  
1993 pp. 115 pp. 43, 44.

<sup>14</sup> Ibidem Kosier p.p. 132

## **BASES PARA LA FORMULACIÓN DE DIAGNOSTICO.**

**DIAGNOSTICO REAL.** Se enunciara escribiendo primero el **nombre o etiqueta diagnóstica, relacionado con la etiología o factor relacionado contribuyente y manifestando por las características definitorias mayores y /o en menores.**

**DIAGNOSTICO POTENCIAL.** La forma de enunciarlo seria citando primero el **nombre o etiqueta diagnostica precedido de la palabra "potencial" y relacionado con la etiología o factor relacionado contribuyente.**

**DIAGNOSTICO POSIBLE.** Nombre o etiqueta diagnóstica precedida de la palabra "posible" y relacionado con la etiología o factor relacionado contribuyente<sup>15</sup>

### **1.4.3 PLANEACIÓN.**

Contribuye la tercera fase del PAE. Se basa con una valoración profunda y un diagnostico de enfermería bien desarrollado.

#### **La planeación implica.**

**1. La jerarquización-** A cada problema identificado en el diagnostico se le asigna un grado: prioridad mayor, media o baja. Esto es enjuiciar pero también tiene que incluir el punto de vista del enfermo sobre la vigencia<sup>16</sup>.

**2. Establecimiento de objetivos,** Después de la jerarquización el siguiente paso es el establecimiento de objetivos claros y realistas.

---

<sup>15</sup> Opt. cit. Fernández, p.p. 45, 46

<sup>16</sup> Ibidem, Kosier, p.p. 140

## **Objetivos a corto y largo plazo.**

Un fin se define según el diccionario como “el final al que se dirigen las tendencias a que una persona desea alcanzar o cumplir” mientras un objetivo “es el final de una maniobra u operación” .

Hay dos tipos : los referentes al enfermo y los referentes a las enfermeras.

1. **Los referentes al enfermo-** Lo que se espera del paciente.
2. **Los referentes a la enfermera-** Que se espera que logre la enfermera.

**Objetivos a largo plazo-** Son aquellos que van a lograrse en un plazo de tiempo largo para alcanzar un objetivo.

**Objetivos a corto plazo-** Son los que se pueden conseguir en forma bastante rápida, en menos de una semana<sup>17</sup>.

Se realiza ya sea enfermera-paciente, enfermera-enfermera o enfermera-familia.

**El plan de acción-** El siguiente paso es establecer el plan de acción los fines indican lo que se hará , las actividades facilitan la metodología para lograrlo, implica una decisión sobre cada problema.

**El plan de cuidados-** organiza la información sobre el paciente convirtiéndola en un todo significativo. El plan de cuidado comienza tan pronto como la persona ingresa y la enfermera se hace cargo de ella.<sup>18</sup>

---

<sup>17</sup> Ibidem, Alfaro pp. 138

<sup>18</sup> Ibidem, Koiser pp. 142, 145.

#### **1. 4.4 EJECUCIÓN.**

Es el momento mas importante para el contacto con el cliente, es el momento para establecer una relación con el , constituye le momento de la realización de acción. La enfermera anima, informa, enseña, manifiesta su empatia y procede a todo tipo de cuidados destinados al cliente<sup>19</sup>.

La etapa de ejecución de los cuidados es el momento para que la enfermera ponga en practica sus capacidades de relación.

##### **Comunicación funcional.**

La persona que cuida debe comunicarse con el cliente en múltiples circunstancias, debe hacerlo cuando llega al hospital, cuando realiza la entrevista y el proceso de ejecución , explicándolo las rutinas, tratamientos exploraciones e intervenciones a que ha de someterse y finalmente cuando el enfermo se marcha.

##### **Relación de ayuda.**

Consiste en establecer un clima de confianza de aceptación, de respeto y comprensión. No consiste en aconsejar al cliente, sino apoyarle en sus dificultades.

##### **Comunicación pedagógica.**

La comunicación pedagógica o enseñanza. La enseñanza puede hacerse de una manera informal durante los cuidados de higiene o en el momento de realizar los tratamientos o puede llevarse acabo en forma mas estructurada en forma de un verdadero curso<sup>20</sup> .

---

<sup>19</sup> HERNÁNDEZ, Ramírez Luz María "Proceso de Enfermería Antología"  
ENEO Impresión 2000 pp. 185, 160.

<sup>20</sup> Op. cit. Hernández pp. 161, 166.

### 1.4.5 EVALUACIÓN.

Se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados.

Evaluar es emitir un juicio sobre un objeto, acción trabajo situación o persona<sup>21</sup>.

La evaluación de los resultados es el proceso de determinar hasta que punto se han logrado los objetivos.

#### ¿Cuándo evaluar?

Debe hacerse regularmente, generalmente es el objetivo el que indica el ritmo con que debe hacerse la evaluación, ejemplo: si el objetivo contiene la expresión "de aquí a mañana" mañana es cuando debe evaluarse.

#### ¿Qué evaluar?

Los resultados obtenidos o los cambios observados y la satisfacción del propio cliente.

**1 Resultados obtenidos-** La enfermera formula objetivos de intervención, está proyectando una intención expresa un resultado que se ha de obtener, cuyo final desconoce.

**2 Satisfacción del cliente-** es de suma importancia conocer la apreciación del cliente sobre su trato y discutirlo con el.

#### ¿Cómo evaluar?.

La evaluación se lleva acabo por medio de una reflexión y un encuestamiento sobre la respuesta del cliente a los cuidados de enfermería<sup>22</sup>.

---

<sup>21</sup> ibidem Internet \*

<sup>22</sup> ibidem Hernández pp. 174 a la 177.

## **1.5 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.**

### **Conceptos Básicos del Modelo de Virginia Henderson.**

Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de enfermería.

Lo que a ella le llevo a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le acusaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de enfermería.

El modelo medicalizado de las enseñanzas de enfermería de aquella época le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia. Se dio cuenta que los libros que pretendían ser básicos para la formación de enfermeras no definían de forma clara cuales eran sus funciones y que sin este elemento primordial – para ella – no se podían establecer los principios y la practica de la profesión

#### **Define la función de la enfermera de la siguiente forma:**

La única función de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación. (una muerte serena), actividades que realizara por si mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma mas rápida posible.

A partir de esta definición , se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos del Modelo de Virginia Henderson.

#### **La Persona y las 14 Necesidades.**

Cada persona se configura como un ser único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que tiene catorce necesidades básicas o requisitos que deben satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento.



## **Necesidades**

1. Oxigenación.
2. Nutrición e hidratación.
3. Eliminación.
4. Moverse y mantener una buena postura.
5. Descanso y sueño.
6. Usar prendas de vestir adecuadas.
7. Termorregulación.
8. Higiene y protección de la piel.
9. Evitar peligros.
10. Comunicarse
11. Vivir según sus creencias y valores.
12. Trabajar y realizarse.
13. Jugar/ participar en actividades recreativas.
14. Aprendizaje.

Estas necesidades son comunes a todos los individuos, si bien cada persona en su unicidad tiene la capacidad, habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida. Las diferencias personales en la satisfacción de necesidades básicas vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales inherentes a cada persona.

### **La Salud. Independencia / Dependencia y causa de la dificultad.**

Virginia Henderson desde una filosofía humanista considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos tanto reales como

potenciales, buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades en forma continuada.

Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Hender son a tres causas, que identifica como: "falta de fuerza" "falta de conocimiento" o "falta de voluntad".

**INDEPENDENCIA.**-Es la capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, es decir, llevar acabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades desacuerdo a su edad, etapa de desarrollo y situación.

El modo de satisfacer las propias necesidades es totalmente individual, por ello los niveles de independencia en la satisfacción de las necesidades también son específicos y únicos para cada individuo.

**DEPENDENCIA.**- Puede ser considerada como una doble vertiente. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas acabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes.

Los criterios de independencia deben considerarse al igual que los de independencia adecuado con los componentes específicos de la persona.

**LA CAUSA DE LA DIFICULTAD.**- Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades.

Los agrupa en tres posibilidades:

**1 Falta de fuerza.**- interpreta por **FUERZA**, no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuos para llevar a termino las acciones pertinentes a la situación.

**2 Falta de conocimiento.-** Es lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de la enfermedad, la propia persona (auto conocimiento) y sobre los resultados propias y ajenos.

**3 Falta de voluntad.-** Incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución de las acciones para satisfacer las necesidades.

La presencia de estas tres causas o de algunas de ellas puede dar lugar a una **dependencia total o parcial** así como **temporal o permanente**.

## **ROL PROFESIONAL. CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA Y EQUIPO DE SALUD.**

**Los Cuidados Básicos -** Son acciones que lleva acabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona.

Los Cuidados Básicos están íntimamente relacionados con el concepto de **Necesidades Básicas**.

Henderson analiza también la contribución de las enfermeras al trabajo con el **equipo multidisciplinar**, considerando que colabora con los demás miembros del equipo, así como estas colaboran con ella en la planificación y ejecución de un programa global para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitar sufrimientos en la hora de la muerte.

En relación al **paciente**, Henderson afirma que todos los miembros del grupo deben considerar a la persona que atienden como figura central y comprender que su misión consiste en asistir a esta persona.

## **Entorno.**

Diversas autoridades han criticado a Henderson el hecho de no incluir el concepto de entorno de una manera específica dentro de su modelo. Sin embargo si se analiza el contenido de modelo Henderson la autora menciona de forma implícita y otras explícitamente la importancia del entorno físico (familia, cultura, aprendizaje, factores ambientales).

## **APLICACIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.**

El modelo de Henderson, como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del Proceso de Atención:

- 1 En las etapas de **VALORACIÓN Y DIAGNOSTICO**, sirve de guía en la recogida de datos en el análisis y síntesis de los mismos.
- 2 Etapa de **PLANIFICACION Y EJECUCIÓN**, sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad detectada.
- 3 Etapa de **EVALUACIÓN**, ayudan a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia mantenidos y /o alcanzados a partir del plan de cuidados<sup>23</sup>.

## **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**

Se enfocan a las actividades necesarias para favorecer, mantener o restaurar la salud del paciente y se clasifican:

---

<sup>23</sup> Op. cit Fernández 1 a 10

- 1 Intervenciones dependientes.-** Se encuentran relacionadas con la planeación de la orden medica. Indica de que manera se llevara acabo la orden medica.
- 2 Intervenciones interdependientes.-** Describe las actividades que la enfermera lleva acabo en cooperación con otras profesionales de la salud, estas intervenciones pueden incluir a el trabajador social, dentistas, técnicos y médicos.
- 3 Intervenciones independientes.-** Son actividades que pueden ser llevadas acabo por la enfermera sin orden directa del medico.<sup>24</sup>

## 1.6 VARICELA Y HERPES ZOSTER

### DEFINICION.

El virus de la Varicela – Zoster (VVZ) produce dos entidades clínicas distintas: la Varicela y el Herpes Zoster o Zona

**Varicela.-** Es una infección universal y sumamente contagiosa, suele ser una enfermedad benigna en la infancia,<sup>25</sup> puede ser grave en adultos y pacientes inmunodeprimidos.<sup>26</sup>

**Herpes Zoster.-** Es una enfermedad esporádica debido a la reactivación del virus de la varicela latente situado en los ganglios de las raíces dorsales en pacientes previamente infectados por varicela.<sup>27</sup>

<sup>24</sup> Ibidem Iyer. 34-35.

<sup>25</sup> HARRISON "Principios de Medicina Interna" Volumen 1  
14ª Edición Editorial Interamericana, Barcelona  
1998 pp. 1602 pp. 1243.

<sup>26</sup> CHARLES D. Forbes "Atlas de Medicina Interna"  
2da. Edición Editorial Harcoort Brace España  
1998 pp. 533 pp. 28.

<sup>27</sup> Op. cit Charles pp. 29.

## ETIOLOGÍA.

Desde hace 100 años se conoce la asociación clínica entre la Varicela y el Herpes Zoster. Al comienzo del siglo XX se demostraron semejanzas en las características de las lecciones cutáneas producidas por estos dos procesos. Se demostró que los virus aislados de enfermos con Varicela y Herpes Zoster provocaban alteraciones similares en los cultivos de tejidos, concretamente la aparición de inclusiones intranucleares eosinófilas y de células gigantes multinucleadas; estos resultados indican que ambos virus eran biológicamente similares.

### **Infección primaria.**

La infección se produce con mayor probabilidad por vía respiratoria.

La replicación que sobreviene a continuación en un lugar no precisado (probablemente la nasofaringe).

Produce diseminación (gotitas de flush) y finalmente viremia.

Las vesículas afectan a la dermis y la epidermis.

A medida que evoluciona la enfermedad el líquido de las vesículas se vuelve turbio debido al reclutamiento de leucocitos y la presencia de células degeneradas y fibrina.

Finalmente las vesículas se rompen y liberan su contenido líquido.

### **Infección recidivante.**

Se desconoce el mecanismo de reactivación del VVZ que da lugar al Herpes Zoster.

Se supone que los virus infectan los ganglios de las raíces dorsales durante la varicela y allí permanecen latentes hasta su reactivación.<sup>28</sup>

El VVZ pertenece a la familia de los virus herpéticos.

---

<sup>28</sup> Op. cit Harrison pp. 1244.

## EPIDEMIOLOGÍA

### Varicela.

Sujetos inmunodeprimidos

Humano es el único reservorio conocido del VV

Es muy contagiosa.

Afecta ambos sexos y todas las razas.

El virus es endémico.

El periodo de incubación de la Varicela oscila entre 10 y 21 días.

Los enfermos son contagiosos unas 48 hrs. antes del comienzo del exantema.

El periodo de formación de vesículas suele durar de 4 a 5 días.

### Herpes Zoster.

Ocurre en todas las edades

Su incidencia es máxima 5 o 10 casos por 1000 habitantes.

Se ha sugerido que aproximadamente el 20% de los pacientes con Herpes-Zoster presentara un segundo episodio de infección.

Se desconocen los factores de reactivación del VVZ

En los niños la reactivación suele ser benigna.

En adultos puede ser debilitante.

El herpes zoster en el huésped inmunodeprimido es mas grave que en el sujeto normal.

La duración de la enfermedad suele ser de 7 a 10 día<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> Ibidem. Harrison pp. 1244

## **SIGNOS Y SÍNTOMAS.**

### **Varicela.**

Comienza con pródromos de 1 a 2 días antes del comienzo del exantema.

Fiebre de 37.8 a 39.4° C de 3 a 5 días, cefalea, malestar general.

Lesiones cutáneas, constan de maculopapulas, vesículas y costras en diversas fases evolutivas.

Prurito.

Las lesiones aparecen en el tronco y la cara rápidamente alcanzan otras zonas del cuerpo.

La mayoría son pequeñas tienen una base eritematosa.

Puede haber lesiones en la mucosa y vaginal.<sup>30</sup>

### **Herpes Zoster.**

Se caracteriza por una erupción vesiculosa circunscrita a un dermatoma asociado a dolor intenso.

El comienzo del dolor en el dermatoma precede a las lesiones en 48 a 72 hrs.

Va seguido de un exantema maculopapuloso eritematoso que se transforma rápidamente en vesículas.

El dolor suele ser intenso.

Dolor ocasiona reducción forzada de la movilidad respiratoria.

Las lesiones se apiñan en la cara, cuero cabelludo, tórax y abdomen, tórax respetan la región palmoplantar.

Aparecen vesículas en el paladar duro, pilares amigdalinos y la laringe.<sup>31</sup>

La formación de lesiones continua durante mas de 1 semana.

Las costras no aparecen hasta las 3 semanas de enfermedad.<sup>32</sup>

---

<sup>30</sup> Ibidem. Harrison pp. 1244

<sup>31</sup> ALFRED P. Fishman. "tratado de Neumodología" Tomo 1 2da Edición Editorial Doima. 1991 pp. 815 pp. 348

<sup>32</sup> Ibidem Harrison pp. 1245.



## COMPLICACIONES.

### Varicela

- ◆ Miocaritis.
- ◆ Nefritis.
- ◆ Artritis.
- ◆ Glomerulonefritis aguda.
- ◆ La complicación infecciosa mas frecuente es la sobré infección bacteriana secundaria de la piel por excoriación de lesiones tras el rascado.

### Herpes Zoster.

- ◆ Dolor acompañado a: neuritis aguda.
- ◆ Neuralgia poshértetica .
- ◆ Afectar el SNC:
- ◆ Meningoencefalitis
- ◆ Parálisis motora.
- ◆ Si se afecta el Trigémino puede afectarse lesiones en cara, boca, ojos.
- ◆ Parálisis facial.<sup>33</sup>

La complicación pulmonar mas frecuente de la infección activa por el virus de la Varicela-Zoster es la Neumonía.<sup>34</sup>

### DIAGNOSTICO.

El diagnostico suele basarse en el cuadro clínico pero los casos difíciles pueden obligarse a efectuar cultivo vírico y a análisis serológico.<sup>35</sup>

- ◆ También puede utilizarse la tinción inmunofluorescente directa de la base de las lesiones.<sup>36</sup>

<sup>33</sup> Ibidem Harrison 1245

<sup>34</sup> Op. Cit Alfred 348

<sup>35</sup> Ibidem Charles 28

<sup>36</sup> Ibidem Harrison 1245

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Otras infecciones virales que pueden imitar a la varicela son: Infección diseminada de la Herpes Simple, Sarampión.

No obstante estas lesiones son morbiliformes y de componente hemorrágico con mas frecuencia que versiculosas.

### Herpes Zoster.

Infección de Herpes Simple como las causadas por virus caxackie pueden producir lesiones vesiculosas en un dermatoma.<sup>37</sup>

## TRATAMIENTO

Tratamiento medico de la **Varicela** en un huésped normal

- 1 Buena higiene debe incluir: baño diario, humectación de la piel y uñas cortas.
- 2 Prurito puede reducirse con: baños de agua templada y compresas húmedas son mejores que el uso de lociones.
- 3 Aciclovir 800mg vía oral (VO) c / 4 hrs durante 5 o7 días en adolescentes y adultos.
- 4 Aciclovir en niños <12 años puede ser beneficioso a un a dosis de 20 Mg. / Kg. c/ 6 hrs.

### Tratamiento **Herpes Zoster.**

- 1 Baños de acetato de aluminio sin calmantes además de higiénicos.
- 2 Aciclovir vo 800mg / día 7-10 días.
- 3 Famciclovir, en preformaco de Penciclovir estos nuevos fármacos son quizá mejor que el aciclovir acelera la curación y resolución del dolor., dosis 1gr. VO cada 8 hrs. por 7 a 10 días.

---

<sup>37</sup> ibidem. Hartson pp. 1245

4 Dolor : uso de analgésicos: Dolac 30mg cada 8 horas.

### **La Varicela y Herpes Zoster en huésped inmunodeprimido se trata:**

Aciclovir intravenoso (IV)

Dosis 10-12.5mg / Kg. c / 8 hrs. durante 7 días.

Glucocorticoides acelera la mejoría .

Dosis de prednisona vo de 60mg / día en los días 1 a 7.

30mg / día en los días 8 a 14 .

Pacientes con dolor moderado o intenso.<sup>38</sup>

### **NEUMONÍA.**

Es un proceso inflamatorio del parenquima pulmonar, casi siempre causado por infección y puede deberse a gran variedad de agentes.

#### **Patógenia.**

El sistema bronco pulmonar en condiciones normales es estéril el desarrollo de una Neumonía de la manifestación de un desequilibrio importante de las defensas del organismo infectado.

La patógenia de la neumonía depende de varias circunstancias:

Estado de las defensas del huésped, adquisición de agentes infecciosas, forma de diseminación de la enfermedad y características de organismos infecciosos.

Las neumonías se presentan por lo general en personas que tienen otras anomalías que alteran su resistencia, como modificaciones en los macrófagos alveolares y el sistema de eliminación mucociliar, así como la disminución de las defensas orgánicas.<sup>39</sup>

<sup>38</sup> Ibidem Harrison pp. 1246.

<sup>39</sup> Cosío Villegas Ismael "Aparato Respiratorio"  
11 Edición. Editorial Méndez Oteo.  
1996 pp. 263.

## ETIOLOGÍA.

Personas inmunodeprimidas por:

- ◊ Alcohólicos.
- ◊ Fumadores.

Agentes causales son variables.

- 1 Microplasma – *M. pneumoniae*.
- 2 Virus tracto respiratorio - Influenza, Adenovirus, Para Influenza
- 3 Otros agentes víricos - Varicela Zoster, Sarampión, Rickettsias, Virus Epstein – Barr , Chlamydia
- 4 Bacterias - Legionella, *F. tularensis*.
- 5 Hongos - Histoplasma, Blastomyces, coccidioides.<sup>40</sup>

## SIGNOS Y SÍNTOMAS.

La neumonía por varicela suele aparecer a los 3 o 5 días de la enfermedad se acompaña:

- ◊ Taquipnea.
- ◊ Tos.
- ◊ Disnea.
- ◊ Fiebre.
- ◊ Cianosis.
- ◊ Dolor torácico.
- ◊ Hemoptisis.<sup>41</sup>

<sup>40</sup> Ibidem Alfred. Volumen II pp. 1288

<sup>41</sup> Ibidem Harrison pp. 1244

## COMPLICACIONES

- ◆ Derramen pleural.
- ◆ Empiema.
- ◆ Absceso pulmonar.

## DIAGNOSTICO.

### Exámenes de laboratorio.

Exámenes de esputo para examen macro y microscópico para tinción de Gram.

Cultivos de esputo .

Recuentos Leucocitarios – Leucocitos bajos.<sup>42</sup>

### Exámenes Gabinete

Rx. Tórax – muestran infiltrados nodulares .<sup>43</sup>

## TRATAMIENTO.

### Medidas terapéuticas.

- 1 Hidratación es esencial.
- 2 Mejorar la oxigenación por puntas nasales.
- 3 Cuando la hipoxia persiste se precisara la intubación y ventilación mecánica.
- 4 El dolor se puede disminuir con analgésicos o antiinflamatorios.
- 5 El tratamiento inicial de la neumonía suele ser empírico cuando se identifica al germen se modifica el tratamiento.<sup>44</sup>

<sup>42</sup> CLAIBORNE, Dunagon William "Manual de Terapeutica Medica"  
7a Edición Editorial Salvat.  
1990 pp. 690 pp. 313, 310.

<sup>43</sup> Ibidem Harrison pp.1244.

<sup>44</sup> Op. cit. Laiborne pp. 309 , 310.

## II METODOLOGÍA.

Para este caso clínico, se elaboro un Proceso Atención de Enfermería, tomando como base las Necesidades del Modelo de Virginia Henderson, en un paciente con Varicela Herpes- Zoster mas Neumonía.

Por lo que se sugirió para la valoración el presenté esquema.

### 2.1 VALORACION.

#### Ficha de identificación.

Fecha :		
Nombre :	Edad :	Sexo :
Estado civil :	Religión :	
Lugar de Residencia :	Ocupación :	
Escolaridad :	Servicio :	Cama :

#### 1. Signos Vitales.

T/ A :	Pulso :	Temperatura :	Respiración :
--------	---------	---------------	---------------

#### 2. Estado Físico.

Alta :	Baja :
Aseada	Desaseada :

### 3. Estado Emocional.

Angustia:	Llanto:	Dolor:	Tristeza :	Ansiosa:	Enojada :
-----------	---------	--------	------------	----------	-----------

### 4. Estado de Conciencia.

Conciente:	Inconsciente :	Alerta:	Somnoliento :
Desorientado :	Orientado espacio :	Tiempo :	
Espacio :	Otro :		
Habla claro :	Disfónica :		

### 5. Patología.

¿Cuántos días tiene de enferma?
¿Tomo algún medicamento? Si: No: Cual :
¿Cómo se contagio de Varicela?

#### 5.1 Respiratorio.

Tos :	Productiva :	Características :	
Seca :	Disnea :	Taquipnea :	
Ruidos respiratorios: Si: No:	Disminuidos :		
Cual: Sibilancias :	Estertores :	Especifique :	
Bronco espasmo :			
¿Le duele al respirar? Si: No:	Hemoptisis: Si: No:		
Cantidad :	¿ Uso de músculos accesorios?	Si:	No :

¿Si le quitan el oxígeno siente que le falta el aire?	Si :	No :
Con presencia de cianosis	Si :	No :

## 5.2 Estado de la Piel

Hidratada: Si: No :	Piel - Fría :	Caliente:	Diaforética:	Seca:
Lesiones en la piel:	Si:	No:		
Cara :	Maculas:	Vesículas:	Costras :	

## Tórax .

Anterior: Maculas :	Vesículas :	Costras :
Posterior: Maculas :	Vesículas :	Costras :
Miembros pélvicos superiores: Maculas :	Vesículas:	Costras :
Miembros pélvicos inferiores: Maculas :	Vesículas:	Costras :
¿Tiene prurito por las lesiones?	Si :	No :
¿Le molesta la ropa de la cama?	Si :	No :
Edema Si :	No :	Donde :

## 5.3 Tegumentos.

Color: Normal :	Palidez :	Cianosis :	Rubicundo
-----------------	-----------	------------	-----------

## 5.4 Motricidad

Mancha : Solo :	Con ayuda :	Otro :
¿Esta cansada de esa posición?	Si:	No :
Movimiento de miembros pélvicos		



## 6- Gastrointestinal y nutrición

¿Número de comidas al día?

**Come:**

Carne		cuantos días a la semana	
Pescado		cuantos días a la semana	
Verduras		cuantos días a la semana	
Huevo		cuantos días a la semana	
Queso		cuantos días a la semana	
Leche		cuantos días a la semana	
Leguminosas		cuantos días a la semana	
Fruta		cuantos días a la semana	
Tortilla		cuantos días a la semana	
Pan		cuantos días a la semana	
Pan dulce		cuantos días a la semana	

Membranas mucosas:    Hidratadas :            Secas:            Semihidratadas :

## 7-Eliminación.

Ruidos intestinales presentes:	Ausentes:		
Se estríe: Frecuentemente :	Ocasionalmente:	Nunca :	
¿Uso laxantes?	Si:	No :	Cual :
¿Le molesto la onda foley? :	Si :	No :	¿Que siente? :

## 8-Aspecto General

Regularmente ¿cuando se baña?			
¿Cuantas veces al día se lava los dientes? :	Caries :	Si:	No:
¿Se lava las manos antes y después de comer?		Si :	No:
¿Después de ir al baño?		Si:	No:

## 9-Rol.

¿Trabajaba antes de enfermar? Si: No: ¿Dónde? :
¿Cuantos hijos tiene?: ¿Que edad tienen? :
¿Asisten a la escuela? Si: No: ¿ Que año?
¿Su esposo trabaja? Si: No:
¿En que trabaja?
¿Le alcanza para cubrir sus necesidades básicas? : Si: No :
¿Esta preocupada por sus hijos?
¿Quien cuida a sus hijos?
¿Ya la visito su esposo?

## 10-Vivienda.

¿Su casa es propia? Si: No:
¿Paga renta? Si: No:
¿Cuantas habitaciones son?
¿Cuenta con todos los servicio?

Agua : Luz : Drenaje: Teléfono :

¿De que esta construida su vivienda? Tabique : Lamina :

### 11-Antecedentes Personales.

¿Fuma? Si: No: ¿Cuantos paquetes al día?

¿Desde cuando? ¿Hace cuanto lo dejo?

De niña padeció de: Varicela: Sarampión : Rubéola:

¿Se ha drogado alguna vez? Si : No: ¿con que?

¿Ha entrado a cuevas? Si : No :

¿Convive con algún animal? Si : No: ¿cuál?

¿Padece de otra enfermedad aparte de la actual?

Diabetes: Hipertensión : Asma :

Otra, Especificar Ninguna :

¿Se controla? Si : No:

¿Con que?

¿Algún familiar esta enfermo?

¿Acude Regularmente al médico? Si: No :

¿Cada cuando?

### 12-Descanso.

¿Le cuesta trabajo dormir? Si: No :

¿A que considera que se deba?

¿Se siente cansada? Si :      No:	¿Descansada? Si :      No:	
Ojeras :	Bostezos	
¿Pone atención?	Concentrada	Se distrae:
¿Tiene tiempo para alguna actividad recreativa? Si :      No :		
¿Cuál?		
¿Cómo la hemos tratado? Bien :      Mal:      Regular :		
¿ Como se siente ahora?		
¿ Como a sido la atención que le han dado? Buena :      Mala :		

## 2.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA .

Se utilizó el formato de la NANDA, se redactaron solo diagnósticos reales para cada necesidad detectada, en la valoración de la siguiente manera:

Etiqueta diagnostica-Características Definitorias-Factor Relacionado.

## 2.3 PLANEACIÓN.

Se Jerarquizó las necesidades y se establecieron los objetivos, esta se realizó enfermera - paciente.

## 2.4 EJECUCIÓN.

Se inicio El Plan de Cuidados que se llevo con el siguiente formato

<p><b>Necesidad.</b>  <b>Diagnostico de Enfermería.</b>  <b>Objetivo.</b></p>		
<p><b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.</b></p>	<p><b>JUSTIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN.</b></p>	<p><b>EVALUACIÓN.</b></p>

## 2.5 EVALUACION.

Se evaluó el cumplimiento del objetivo, por cada necesidad, durante el plan de cuidados.

### III APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

#### 3.1 Caso Clínico.

J. R. R. Femenina de 26 años, consciente , se encuentra en la Terapia Intensiva en la cama 10, originaria y residente del Distrito Federal casada, profesora de la Religión Evangelista con secundaria terminada. Con los siguientes antecedentes madre con Diabetes Mellitus, padre con probable Cáncer Pulmonar, hermano Asmático , proviene de nivel socioeconómico bajo con regulares hábitos higiénicos dietéticos tabaquismo desde los 18 años una cajetilla diaria. Padece Rubéola y Varicela, niega Diabetes Mellitus e hipertensión cirugías y otras de importancia.

Se detectaron las siguientes Necesidades:

Necesidad de Descanso y sueño manifestada por fatiga, ansiedad y prurito, Necesidad de Oxigenación debido a la presencia de estertores en ambos hemitorax, tos y esputo blanquecino, Necesidad de Higiene y protección de la piel manifestado por lesiones de la piel maculas, vesículas algunas costras e incapacidad para lavarse ella misma, Necesidad de usar prendas de Vestir adecuadas por ropa de cama arrugada , manchada, por no poder cambiarse ella misma. Termorregulación ya que presenta hipertermia mayor de 38.5° y escalofríos, Necesidad de Moverse y mantener una buena postura manifestado por dolor de extremidades inferiores, edema e incapacidad para moverse por si sola, Necesidades de Comunicación debido a dolor al deglutir, edema y disfonía, Necesidad de Eliminación por disminución del peristaltismo y no evacuación, Necesidad de Hidratación ocasionada por mucosa bucal semihidratada, edema de miembros pélvicos inferiores y control de líquidos positivo, y Necesidad de aprendizaje manifestado por infección signos y síntomas.

Con el siguiente diagnóstico médico Neumonía por Varicela – Herpes Zoster.

### 3.2 Aplicación de la valoración.

#### Ficha de identificación.

Fecha : 26 de julio del 2000		
Nombre : J. R. R.	Edad : 26 años	Sexo : Femenino.
Estado civil : Casada	Religión : Evangelista.	
Lugar de Residencia : México DF.	Ocupación :	
Escolaridad : Secundaria	Servicio : UCI	Cama : 10

#### 1-Signos Vitales.

T/A	130/ 90	Pulso : 98	Temperatura : 38. 8	Respiración : 24x'
-----	---------	------------	---------------------	--------------------

#### 2-Estado Físico.

Alta :	<input checked="" type="checkbox"/>	Baja :	<input type="checkbox"/>
Aseada :	<input checked="" type="checkbox"/>	Desaseada:	<input type="checkbox"/>

#### 3-Estado Emocional.

Angustia: <input checked="" type="checkbox"/>	Llanto: <input type="checkbox"/>	Dolor: <input type="checkbox"/>	Tristeza : <input type="checkbox"/>	Enojada : <input type="checkbox"/>	Ansiosa: <input checked="" type="checkbox"/>
---	----------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	--

#### 4-Estado de Conciencia.

Conciente : <input checked="" type="checkbox"/>	Inconsciente : <input type="checkbox"/>	Alerta : <input type="checkbox"/>	Somnoliento : <input type="checkbox"/>
---	---	-----------------------------------	--

Desorientado:            Orientado espacio: **X**      Tiempo: **X**

Otro : Durante la entrevista tiene un periodo incoherente .

Habla claro :            Disfónica : **X**

## 5-Patología.

¿Cuántos días tiene de enferma?: **Tres semanas**

¿Tomo algún medicamento?            Si: **X** No:      ¿Cuál? **Paracetamol**

¿Cómo se contagio de Varicela? : **Le dio a mi hijo y contagio a mi hija, esposo y a mi.**

### 5.1- Respiratorio.

Tos: **X**            Productiva: **X**            Características : **Espujo blanquecino**

Seca :            Disnea :            Taquipnea :

Ruidos respiratorios: Si: **X** No :      Disminuidos :

Cual: **Sibilancias**            Estertores: **X**      Especifique : **Ambos hemitorax**

Bronco espasmo: Si:            No: **X**

¿Le duele al respirar? Si :      No: **X**      Hemoptisis      Si :      No: **X**

Cantidad :            Uso de músculos accesorios :      Si :      No : **X**

¿Si le quitan el oxígeno siente que le falta el aire?      Si : **X**      No:

Con presencia de cianosis            Si :      No : **X**



## 5.2- Estado de la Piel

Hidratada: Si : <input checked="" type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> Piel : Fría: <input type="checkbox"/> Caliente: <input checked="" type="checkbox"/> Diaforética : <input type="checkbox"/> Seca :
Lesiones en la piel Si : <input checked="" type="checkbox"/> No : <input type="checkbox"/>
Cara : Maculas : <input type="checkbox"/> Vesículas: <input type="checkbox"/> Costra: <input checked="" type="checkbox"/>

## Tórax .

Anterior: Maculas : <input type="checkbox"/> Vesículas : <input type="checkbox"/> Costras : <input checked="" type="checkbox"/>
Posterior: Maculas : <input type="checkbox"/> Vesículas : <input checked="" type="checkbox"/> Costras : <input checked="" type="checkbox"/>
Miembros pélvicos superiores: Maculas: <input type="checkbox"/> Vesículas : <input type="checkbox"/> Costras : <input checked="" type="checkbox"/>
Miembros pélvicos inferiores: Maculas : <input type="checkbox"/> Vesículas : <input checked="" type="checkbox"/> Costras: <input checked="" type="checkbox"/>
¿Tiene prurito por las lesiones? Si: <input checked="" type="checkbox"/> No : <input type="checkbox"/>
¿Le molesta la ropa de la cama? Si : <input type="checkbox"/> No : <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> un poco
¿Edema? Si : <input checked="" type="checkbox"/> No : <input type="checkbox"/> Donde : <input type="checkbox"/> en los pies ++

## 5.3- Tegumentos.

Color : Normal: <input type="checkbox"/> Palidez: <input checked="" type="checkbox"/> Cianosis: <input type="checkbox"/> Rubicundo: <input type="checkbox"/>
--

## 5.4-Motricidad

¿Mancha? Solo : <input type="checkbox"/> Con ayuda : <input type="checkbox"/> Otro : <input type="checkbox"/> se encuentra en cama
--

¿Esta cansada de esa posición? Si : **X** No :

¿Movimiento de miembros pélvicos? **Presentes, aunque con ligero dolor al movimiento.**

## 6-Gastrointestinal y nutrición

Número de comidas al día: **3**

**Come:**

Carne	<b>x</b>	cuantos días a la semana	<b>1 vez</b>
Pescado		cuantos días a la semana	<b>Rara vez</b>
Verduras		cuantos días a la semana	
Huevo	<b>X</b>	cuantos días a la semana	<b>5 veces</b>
Queso		cuantos días a la semana	
Leche	<b>X</b>	cuantos días a la semana	<b>7 días</b>
Leguminosas	<b>X</b>	cuantos días a la semana	<b>Diario</b>
Fruta		cuantos días a la semana	
Tortilla	<b>X</b>	cuantos días a la semana	<b>Diario</b>
Pan	<b>X</b>	cuantos días a la semana	<b>Diario</b>
Pan dulce	<b>X</b>	cuantos días a la semana	<b>2 veces a la semana</b>

Membranas mucosas: Hidratadas : Secas: Semihidratadas : **X**

## 7-Eliminación.

Ruidos intestinales presentes:	Ausentes: X
Se estriñe: Frecuentemente :	Ocasionalmente: X      Nunca :
¿Uso laxantes?      Si:      No: X      ¿Cuál? :	
¿Le molesto la onda foley? : Si :      No : X      ¿Que siente? :	

## 8-Aspecto General.

Regularmente ¿cuando se baña?      Diario
¿Cuántas veces al día se lava los dientes? : 1 vez      Caries :      Si: X      No:
¿Se lava las manos antes y después de comer?      Si :      No: X
¿Después de ir al baño?      Si:      No: X

## 9-Rol.

¿Trabajaba antes de enfermar? Si: X      No:      ¿Dónde? : Como domestica, labores del campo
¿Cuántos hijos tiene?:      2      ¿Que edad tienen? : .4 y 5 años
¿Asisten a la escuela? Si:      No: X      ¿ Que año?
¿Su esposo trabaja?      Si: X      No:
¿En que trabaja? Obrero
¿Le alcanza para cubrir sus necesidades básicas? :      Si:      No : X
¿Esta preocupada por sus hijos? Si, quiero verlos
¿Quien cuida a sus hijos? Mi mamá

¿Ya la visito su esposo? **Si ya vino a verme**

### 10-Vivienda.

¿Su casa es propia? Si: No: **X**

¿Paga renta? Si: No: **X**

¿Cuántas habitaciones son? **2**

¿Cuenta con todos los servicios?

Agua : **X** Luz : **X** Drenaje: **X** Teléfono :

¿De qué está construida su vivienda? Tabique : **X** Lamina : **X**

### 11-Antecedentes Personales.

¿Fuma? Si: **X** No: ¿Cuántos paquetes al día? **1 cajetilla al día**

¿Desde cuándo? **18 años** ¿Hace cuánto lo dejó? **4 meses**

De niña padeció de: Varicela: **X** Sarampión : Rubéola: **X**

¿Se ha drogado alguna vez? Si: No: **X** ¿con qué?

¿Ha entrado a cuevas? Si: No: **X**

¿Convive con algún animal? Si: **X** No: ¿cuál? **Contacto indirecto con pericos australianos y un gato.**

¿Padece de otra enfermedad aparte de la actual?

Diabetes: Hipertensión : Asma :

Otra, Especificar Ninguna : **X**

¿Se controla? Si: No:

¿Con qué?

¿Algún familiar esta enfermo? **Si mi mamá padece enfisema pulmonar y Diabetes, mi papá padece Cáncer Pulmonar y un hermano asmático.**

¿Acude Regularmente al médico? Si: No: **X**

¿Cada cuando?

## 12-Descanso.

¿Le cuesta trabajo dormir? Si: **X** No:

¿A que considera que se deba? **Al ruido, la luz, tengo comezón**

¿Se siente cansada? Si : **X** No: ¿Descansada? Si : No:

Ojeras : Bostezos : **X**

¿Pone atención? **X** Concentrada Se distrae:

¿Tiene tiempo para alguna actividad recreativa? Si : No : **X**

¿Cuál?

¿Cómo la hemos tratado? Bien : **X** Mal: Regular :

¿ Como se siente ahora? **Mejor**

¿ Como a sido la atención que le han dado? Buena : **X** Mala :

## ANÁLISIS DE LAS DATOS:

De acuerdo al análisis de los datos, al aplicar la valoración se encontraron las siguientes necesidades:

- ◆ Oxigenación.
- ◆ Eliminación.
- ◆ Descanso y sueño.
- ◆ Comunicación.
- ◆ Moverse y mantener una buena postura.
- ◆ Termorregulación.
- ◆ Hidratación.
- ◆ Higiene y Protección de la Piel.
- ◆ Prendas de Vestir Adecuadas.
- ◆ Aprendizaje.

### 3.3 Diagnósticos de Enfermería.

<b>NECESIDAD.</b>	<b>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.</b>
Oxigenación	Alteración de intercambio gaseoso relacionados con acumulación de secreciones, manifestado por la presencia de estertores en ambos hemitorax y tos con esputo.
Eliminación	Estreñimiento relacionado con inmovilidad manifestado por disminución de la peristalsis y frecuencia de eliminación de heces.
Descanso y sueño.	Alteración del sueño relacionado con Varicela – Herpes Zoster mas Neumonía y rutinas hospitalarias manifestado por fatiga, ansiedad y prurito.
Comunicación.	Deterioro de la comunicación verbal relacionado con la extubacion orotraqueal manifestado por edema, dolor al deglutir y disfonía.

NECESIDAD	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
Moverse y mantener una buena postura.	Alteración de la movilidad de los miembros pélvicos inferiores relacionados con inmovilidad, manifestado por la incapacidad de moverse por si misma y dolor.
Termorregulación.	Alteración en el estado de salud relacionado con proceso infeccioso manifestado por temperatura mayor de 38.8° y escalofrió.
Hidratación.	Alteración del estado hídrico relacionado con oxigenoterapia por el uso de mascarilla y expectoración de secreciones , manifestadas por mucosas semihidratadas.  Exceso de volumen de líquidos relacionados con ingesta excesiva de líquidos e inmovilidad manifestado por edema de miembros pélvicos inferiores y control de líquidos positivo.



NESESIDAD	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
Higiene y Protección de la piel	<p>Déficit de auto cuidados: baño e higiene relacionados por disminución de la movilidad, fuerza y aparatos externos (catéter , oxígeno) manifestado por incapacidad para obtener agua, lavarse el cuerpo o partes de este.</p> <p>Afección de la integridad cutánea relacionada con infección manifestado por lesiones de la piel (maculas, vesículas, costras ) prurito.</p>
Prendas de vestir Adecuadas.	Deficiencia en el cuidado personal y cambio de ropa de cama relacionado con presencia de aparatos externos manifestado por ropa de cama arrugada y manchada.
Aprendizaje	Alteración en el mantenimiento de la salud relacionado por falta de conocimiento manifestado por infección, signos y síntomas.

### **3.4 Planeación.**

#### **Jerarquización de Necesidades y Planteamiento de Objetivos.**

##### **1 Oxigenación .**

Objetivo: Mantener las vías aéreas permeables, favorecer el desprendimiento y salida de secreciones.

##### **2 Comunicación.**

Objetivo: Proporcionar las condiciones para que la paciente pueda expresarse.

##### **3 Termorregulación.**

Objetivo: Mantener la temperatura corporal normal.

##### **4 Descanso y sueño.**

Objetivo: Favorecer un ambiente adecuado para aumentar el número de horas de sueño del paciente.

##### **5 Higiene y protección de la piel.**

Objetivos: Buscar la comodidad física del paciente.  
Evitar mayores lesiones en la piel.

##### **6 Moverse y Mantener buena postura.**

Objetivo: Conservar la movilidad y anatomía ósea.

##### **7 Prendas de vestir adecuadas.**

Objetivo: Brindar medidas de comodidad.

##### **8 Eliminación.**

Objetivo: Mantener la motilidad intestinal normal.

## **9 Hidratación.**

Objetivos: Proporcionar una humedad adecuada.

Controlar edema y equilibrio hidroelectrolítico.

## **10 Aprendizaje.**

Objetivo: Evitar recaídas del paciente.

### 3.5 Ejecución y Evaluación.

#### Plan de Cuidados.

##### Necesidad : Oxigenación.

Diagnostico de enfermería.

Alteración del intercambio gaseoso relacionado con acumulación de secreciones manifestado por presencia de estertores en ambos hemitorax y tos con esputo blanquecino.

**Objetivo:** mantener las vías aéreas permeables, favorecer el desprendimiento y salida de secreciones.

Intervención de Enfermería.	Justificación de la intervención.	Evaluación.
<p>1 Proporcionar fisioterapia pulmonar una vez por turno (percusión y vibración).</p>	<p>Evitar la retención de secreciones y atelectacia.</p>	<p>La paciente expectora con mayor facilidad las secreciones disminuyendo los estertores de ambos</p>
<p>2 Explicar a la paciente que expectore las secreciones en algún recipiente.</p>	<p>Esto mejora la ventilación abre las vías respiratorias y las limpia de esputo.<sup>45</sup></p>	<p>hemitorax.</p>

<sup>45</sup> E. M. King "Técnicas de Enfermería  
5ta Edición 1995 pp.492

Intervención de Enfermería.	Justificación de la intervención.	Evaluación.
3 Mantener a la paciente en posición semifowler.	Facilita la exposición pulmonar por que el diafragma desciende esto facilita la respiración.	
4 Que la paciente tenga el acuapack continuo al 40%.	El oxigeno corrige la hipoxia.	
5 Nebulizaciones c/6 hrs. con 1.5 ml. De salbutamol mas 3 ml. de salina.	Los tratamientos humedecen el árbol bronquial, el esputo disminuye su viscosidad por lo tanto facilita la evacuación de secreciones.	
6 Aspirar secreciones Vía Oral (VO) si es necesario.	La aspiración mecánica aclara las vías respiratorias al eliminar secreciones que el paciente no puede expectorar.	

Intervención de Enfermería.	Justificación de la intervención.	Evaluación.
<p>7 Auscultar el Tórax para advertir ruidos respiratorios 2 veces por turno.</p>	<p>Los estertores indican congestión pulmonar.<sup>46</sup></p>	
<p>8 Vigilar el estado respiratorio, buscar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Aumento de la frecuencia respiratoria.</li> <li>◆ Disnea.</li> <li>◆ Cianosis.</li> </ul>	<p>La inflamación traqueobronquial y el aumento de la producción de esputo alteran la función respiratoria y la capacidad de la sangre de transportar oxígeno.</p>	
<p>9 Dar cambios de posición de un lado a otro.</p>	<p>La inmovilidad contribuye a que se produzcan secreciones o atelectasia, ayuda a aumentar la expansión pulmonar y la capacidad de eliminar secreciones.<sup>47</sup></p>	

<sup>46</sup> Brunner L S. "Enfermería Médico Quirúrgica"  
Vol. 1, 6ta. Edición Editorial Interamericana.  
1999 pp. 493, 624, 738.

<sup>47</sup> Carpenito Linda Juall "Planes de Cuidados y Documentación de Enfermería"  
Editorial Nursing Consultan Mickleton.  
1981 pp. 110, 265.

**Necesidad : Comunicación.**

Diagnostico de Enfermería.

Deterioro de la comunicación verbal, relacionado con la extubacion orotraqueal manifestado por edema, dolor al deglutir y disfonía.

**Objetivo:** Proporcionar las condiciones para que la paciente pueda expresarse.

Intervención de Enfermería.	Justificación de la intervención.	Evaluación.
<p>1 Preparación y ministracion de antiinflamatorio acetsalicilico 325 mg. (VO) c/12 hrs. 2 dosis.</p>	<p>Posee efecto antiinflamatorio, aminora el edema es antipirético.<sup>48</sup></p>	<p>El paciente refiere que el dolor de faringe a disminuido, ya se expresa con mayor claridad.</p>
<p>2 Dar al paciente líquidos (VO) a tolerancia.</p>	<p>La disfonía transitoria es común después de la estubacion.</p>	

<sup>48</sup> C. Sherer Jeanne "Introducción a la Farmacología Clínica".  
2da. Edición, Editorial Harta México DF.  
1990 pp. 69.

Intervención de Enfermería.	Justificación de la intervención.	Evaluación.
<p>3 Preguntar al paciente como se siente.</p> <p>4 Inicio de comunicación empleando formas no verbales (lenguaje de señas con movimiento de cabeza) evitando forzar al la paciente a comunicarse.</p>	<p>Se obtienen datos de línea base para valorar los cambios y la eficiencia de las intervenciones.</p> <p>Las señas suelen facilitar la comunicación.<sup>49</sup></p>	

<sup>49</sup> Op. Cit. Brunner Vol. 1 740, 291.



**Necesidad :Termorregulación.**

Diagnostico de Enfermeria.

Alteración del estado de salud relacionado con proceso infeccioso manifestado por temperatura mayor de 38.8° C y escalofrió.

**Objetivo:** Mantener al temperatura corporal normal.

Intervención de Enfermería.	Justificación de la intervención.	Evaluación.
1 Control de temperatura por medios físicos (compresas frías).	Disminuye la fiebre por conducción y evaporación aumentando la comodidad del paciente. <sup>50</sup>	Se logra totalmente recuperar la temperatura corporal normal.
2 Dejar la menor cantidad posible de ropa en la cama.	Es necesario reducir la temperatura corporal para disminuir el metabolismo y el consumo de oxígeno. <sup>51</sup>	

<sup>50</sup> Brunner, L S "Enfermería Medico Quirúrgica" Vol. 2  
6ta Edición, Editorial Interamericana  
1990 pp. 895.

<sup>51</sup> Op. Cit. Carpenito pp.110.

Intervención de Enfermería.	Justificación de la intervención.	Evaluación.
3 Toma de temperatura axilar horaria hasta normalizar.	La curva térmica es un índice de la respuesta al tratamiento. <sup>52</sup>	
4 Preparación y ministración de paracetamol 1gr. Intravenoso (IV) o 500mg VO por razón necesaria (PRN) cada 6 horas.	Analgésico útil para combatir el dolor mínimo o moderado que posee actividad antiinflamatoria. <sup>53</sup>	
5 Preparación y ministración de antibiótico. Ceftriaxona 1gr. IV c/12 hrs.	Esta indicado en infecciones de las vías respiratorias de la piel, vías urinarias es un antibiótico de amplio espectro. <sup>54</sup>	

<sup>52</sup> Ibidem Brunner Vol. 1 pp. 447.

<sup>53</sup> Op. Cit Sherer pp. 66.

<sup>54</sup> Rosenstein Ster Emilio " Diccionario de Enfermedades Farmacóticas"  
44 Edición. Editorial PLM  
1998 pp. 552

**Necesidad : Descanso y Sueño.**

Diagnostico de Enfermería.

Alteración del sueño relacionado con Varicela-Herpes Zoster mas Neumonía y rutinas hospitalarias manifestado por fatiga, ansiedad y prurito.

**Objetivo:** Favorecer un ambiente adecuado para aumentar el número de horas de sueño del paciente.

Intervención de Enfermería.	Justificación de la intervención.	Evaluación.
<p>1 Disminuir los estímulos ambientales por la noche que le impide dormir en la medida pasible: como</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Cerrar la puerta del cubículo.</li> <li>◆ Colocarle un biombo en la ventana.</li> <li>◆ Apagar las luces.</li> </ul>	<p>La falta de estimulación ambiental disminuye la confusión y conducta hiperactiva.</p>	<p>La paciente refiere que a dormido un poco mas, pero que el ambiente es mas ruidoso.</p>

Intervención de Enfermería.	Justificación de la intervención.	Evaluación.
<p>2 Mantener al paciente lo mas cómodo posible teniéndole la ropa de cama estirada, limpia.</p>	<p>El entorno placentero y no restrictivo facilita que se duerma, minimiza la ansiedad y aumenta la sensación de bienestar general.<sup>55</sup></p>	
<p>3 Disminuir el prurito del paciente por medio de la colocación de apositos fríos, por la noche antes de que se duerma.</p>	<p>La evaporación gradual de agua de los apositos enfría la piel y alivia el prurito.</p>	
<p>4 Proporcionarle información acerca de su enfermedad.</p>	<p>El aporte de información correcta corrige los conceptos erróneos y alivia la ansiedad <sup>56</sup></p>	

<sup>55</sup> Ibidem. Brunner Vol. 1 pp. 164.

<sup>56</sup> Op Cit. Brunner Vol. 2 PP. 1224, 1284.

Intervención de Enfermería.	Justificación de la intervención.	Evaluación.
<p>5 Controlar la hipertermia por medios físicos y químicos.</p>	<p>La fiebre alta aumenta las necesidades metabólicas y el consumo de oxígeno.<sup>57</sup></p>	
<p>6 Alentar la expresión de preocupaciones y temores por parte del paciente.</p>	<p>La comunicación abierta optimiza la relación de confianza, con lo que también se reduce la ansiedad y el estrés.<sup>58</sup></p>	
<p>7 Permitir que su familia le traiga un radio, revistas o una televisión para su distracción durante el día.</p>	<p>Las emociones pueden controlarse o modificarse si se desvía la atención de los sucesos, causan reacciones emocionales.<sup>59</sup></p>	

<sup>57</sup> Ibidem. Carpenito pp. 190.

<sup>58</sup> Ibidem. Brunner Vol. 1 pp. 798.

<sup>59</sup> Op. Cit. M King pp. 470.

**Necesidad :Higiene.****Diagnostico de Enfermería.**

Déficit de auto cuidado baño e higiene relacionado por disminución de la movilidad fuerza y aparatos externos (catéter, oxígeno) manifestado por la incapacidad para obtener agua, lavarse el cuerpo o partes de este.

**Objetivo:** Buscar comodidad física del paciente.

<b>Intervención de Enfermería.</b>	<b>Justificación de la intervención.</b>	<b>Evaluación.</b>
<p>1 Baño diario con agua templada y uso mínimo de jabón neutro.</p>	<p>La limpieza evita la acumulación de microorganismos e irritación de la piel.</p>	<p>La paciente se siente mas a gusto y se evitan posibles complicaciones.</p>
<p>2 Secar la piel mediante palmaditas suaves con una toalla.</p>	<p>La fricción y maceración son factores de importancia en trastornos cutáneos.</p>	

Intervención de Enfermería.	Justificación de la intervención.	Evaluación.
3 Lubricación de la piel con crema después del baño.	Las cremas son suspensiones de aceite y agua de fácil aplicación, suele emplearse por su efecto humectante y emoliente <sup>60</sup> .	
<p>4 Auxiliar a la paciente a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Mantener las uñas cortas.</li> <li>◆ Lavado de manos antes y después de comer.</li> <li>◆ Lavado de dientes después de cada alimento ( permitiendo que la paciente lo realice).</li> </ul>	<p>Las uñas cortas y manos limpias son esenciales para reducir al mínimo la acumulación de bacterias y lesiones por rascado.</p> <p>Limitan los traumatismos y eliminan los restos<sup>61</sup>.</p>	

<sup>60</sup> Ibidem. Brunner. Vol. 2 pp. 1284.

<sup>61</sup> Ibidem E.M. King pp. 418.

Intervención de Enfermería.	Justificación de la intervención.	Evaluación.
5 Curación con Isodine de catéteres, venoclisis y líneas arteriales cada 48 horas o si se observan sucios.	La incidencia de infecciones aumenta si un catéter se deja colocado mas de 72 horas. El Isodine es eficaz contra muchas bacterias patógenas grampositivas y gramnegativas. <sup>62</sup>	
6 Cambio de sonda foley cada 8 días explicándole a la paciente que es para evitar infecciones.	Evita la infección.	
7 Limpieza de la región perinatal que la paciente lo realice.	Fomenta la comodidad y se previene excoriación y maceración de la piel. <sup>63</sup>	
8 Cambio de ropa de cama las veces necesarias.	La ropa de cama porta microorganismos que pueden ser transferidos por contacto directo con las manos o ropa. <sup>64</sup>	

<sup>62</sup> Ibidem Brunner Vol. 1 pp. 281, 874.

<sup>63</sup> Ibidem Brunner Vol. 2 pp. 1188, 1692.

<sup>64</sup> Ibidem E.M. King pp.195.



**Necesidad : Protección de la Piel.**

Diagnostico de Enfermería.

Afección de la integridad cutánea relacionada con infección manifestado por lesiones de la piel ( máculas, vesículas, costras ) y prurito.

**Objetivo:** Evitar mayores lesiones en la piel.

Intervención de Enfermería.	Justificación de la intervención.	Evaluación.
1 Proporcionar baños de enfriamiento con agua tibia o apositos fríos para aliviar el prurito.	La evaporación gradual del agua de los apositos enfría la piel y alivia el prurito.	El prurito a disminuido gradualmente así mismo la piel ha ido recuperando su estado por la cicatrización de las lesiones.
2 No romper las vesículas.	Las zonas cruentas son susceptibles de infección bacteriana.	
3 Aplicar apositos húmedos intermitentes.	Son útiles para el desbridamiento de vesículas y costras.	

Intervención de Enfermería.	Justificación de la intervención.	Evaluación.
4 Conservar húmeda la piel con crema.	Sirve para prevenir la pérdida de agua, la resequedad de la piel y prurito usualmente se puede controlar mas no curar <sup>65</sup> .	
5 Preparación y ministracion de antiviral . Aciclovir 500mg. C/8 horas ( IV).	Fármaco tiene eficiencia máxima sobre el virus del Herpes, es eficaz para el tratamiento y profilaxis de la varicela - Herpes Zoster. <sup>66</sup>	
6 Preparación y ministracion de corticoides. Hidrocortisona 50mg c/8hrs IV.	Esta indicado en el tratamiento de apoyo inicial de trastornos dermatológicos, endocrinos, alérgicos. <sup>67</sup>	

<sup>65</sup> Ibidem Brunner Vol. 2 PP. 1282, 1284.

<sup>66</sup> Claibore Dunagan W. "Manual de Terapeutica Medica" 7ª Edición Editorial Salvat. 1990 pp. 306.

<sup>67</sup> Op. Cit. Rosentstein pp. 925

<b>Intervención de Enfermería.</b>	<b>Justificación de la intervención.</b>	<b>Evaluación.</b>
7 Mantener las uñas cortas y manos limpias.	Las uñas limpias y bien cortadas son esenciales para reducir la acumulación de bacterias y lesiones por rascado. <sup>68</sup>	

<sup>68</sup> Ibidem King pp. 418.

**Necesidad : Moverse y mantener una buena postura.**

Diagnostico de Enfermería.

Alteración de la movilidad de miembros pélvicos inferiores relacionados con inmovilidad manifestado por la incapacidad de moverse por si misma y dolor.

**Objetivo:** Conservar la movilidad y anatomía ósea.

Intervención de Enfermería.	Justificación de la intervención.	Evaluación.
<p>1 Dar cambios de posición y examinar las áreas de riesgo de ulceración (orejas, codos, occipucio, talones, sacro) y proteger salientes óseas cuando se normalice la temperatura.</p>	<p>La fricción y la presión puede causar traumatismos mecánicos a la piel.</p>	<p>La paciente comienza a participar de manera mas creciente en los ejercicios sin mucha ayuda, disminuyéndole el dolor.</p>
<p>2 Dar masaje delicado sobre la piel. ( espalda, brazos y piernas)</p>	<p>El masaje estimula la circulación de la región llevándole los nutrientes necesarios a las células y evita la destrucción de la piel por falta de riego sanguíneo.<sup>69</sup></p>	

<sup>69</sup> Ibidem M.King pp. 171, 594.

Intervención de Enfermería.	Justificación de la intervención.	Evaluación.
<p>3 Realizar ejercicios de amplitud de movimiento (AM) de brazos y piernas con tanta frecuencia como lo permita el paciente durante el día.</p>	<p>Las articulaciones que no se ejercitan, con ejercicios (AM) desarrollan contracturas en 3 a 7 días ya que los músculos flexores son mas fuertes que los extensores.<sup>70</sup></p>	
<p>4 Colocarle a la paciente una almohada pequeña en la cabeza cuando este en posición semifowler.</p>	<p>Se impide que aparezcan contracturas en flexión del cuello.</p>	
<p>Motivar a la paciente que alterne actividad con reposo.</p>	<p>Se alientan las actividades y ejercicios dentro de los limites de tolerancia y el reposo adecuado.<sup>71</sup></p>	

<sup>70</sup> Ibidem Carpenito pp. 267, 268.

<sup>71</sup> Ibidem Brunner Vol. 2 pp. 1603.

**Necesidad : Prendas de vestir adecuadas.**

Diagnostico de Enfermería.

Deficiencia en el cuidado personal y cambio de ropa de cama relacionado con presencia de aparatos externo manifestado por ropa de cama arrugada y manchada.

**Objetivo:** Brindar medidas de comodidad.

Intervención de Enfermería.	Justificación de la intervención.	Evaluación.
1 Cambiar ropa de cama diariamente.	Las ropas de cama portan microorganismos que pueden ser transferidos por contacto directo con las manos y ropa.	La paciente refiere sentirse mas cómoda.
2 Estirar la ropa de cama cuando sea necesario.	Una base tensa sin arrugas, disminuye la molestia y presión sobre el enfermo. <sup>72</sup>	

<sup>72</sup> *ibidem* King pp. 195, 198.

Intervención de Enfermería.	Justificación de la intervención.	Evaluación.
3 Instar a la paciente a que empiece a peinarse por si misma.	Conforme se resuelva su trastornó podrá realizar mas actividades.	
4 Colocar a la paciente ropa holgada y de algodón.	Permite la circulación del aire en la parte afectada.	
5 Evitar la humedad en la ropa.	La humedad favorece la proliferación de microorganismos. <sup>73</sup>	

<sup>73</sup> Ibidem Brunner Vol. 1 PP. 494, 642.

**Necesidad : Eliminación.**

Diagnostico de Enfermería.

Estreñimiento relacionado con inmovilidad manifestado por disminución de la peristalsis y frecuencia de eliminación de heces.

**Objetivo:** Mantener la motilidad intestinal normal.

<b>Intervención de Enfermería.</b>	<b>Justificación de la intervención.</b>	<b>Evaluación.</b>
<p>1 Proporcionar una dieta rica en fibra( verduras, frutas, leguminosas, y jugos de frutas).</p> <p>2 Vigilar la función intestinal:</p> <p>◆ Auscultar peristaltismo y movimientos intestinales.</p>	<p>Aumenta el volumen fecal y número de evacuaciones.</p> <p>Se posibilita el diagnostico de estreñimiento y los hábitos de evacuación normal.<sup>74</sup></p>	<p>Se recupera la motilidad intestinal ya que la paciente evacua después de las medidas tomadas.</p>

<sup>74</sup> ibidem Brunner Vol.2 pp. 972.



Intervención de Enfermería.	Justificación de la intervención.	Evaluación.
<p>3 Preparación y ministración de laxante.</p> <p>◆ Agarol 30mL VO c/8hrs hasta obtener respuesta.</p>	<p>Estimulan e impulsan rápidamente el bolo fecal por el intestino.<sup>75</sup></p>	
<p>4 Colocarle el cómodo en cuanto lo pida, respetando su intimidad.</p>	<p>La intimidad y la sensación de normalidad puede fomentar la relajación mejorando la evacuación.</p>	
<p>5 Colocar al paciente en posición lo mas normal posible ( sentado ).</p>	<p>Si el paciente esta bien colocado, utiliza los músculos abdominales y la fuerza de gravedad para facilitar la evacuación.<sup>76</sup></p>	

<sup>75</sup> Ibidem Scherer pp. 354.

<sup>76</sup> Ibidem Carpenito pp. 266.

Intervención de Enfermería.	Justificación de la intervención.	Evaluación.
<p>6 Auxiliar a la paciente para su limpieza personal.</p> <p>7 Ayudar a la paciente a que se lave las manos después de la evacuación.</p> <p>8 Cuidados de sonda foley.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Cambio cada 8 días.</li> <li>◆ Vigilar la función de la sonda foley, dolor y ardor.</li> <li>◆ Vigilar las características de orina, cantidad, concentración.</li> <li>◆ Conservar la esterilidad del sistema cerrado.</li> </ul>	<p>Se fomenta la comodidad y previene la excoriación y maceración de la piel.</p> <p>El lavado de manos es fundamental para prevenir infecciones.</p> <p>Se asegura la función adecuada del catéter.<sup>77</sup></p>	

<sup>77</sup> Ibidem Brunner Vol. 2 1188, 1692.

**Necesidad : Hidratación.**

Diagnostico de Enfermería.

Alteración del estado hídrico relacionado con oxigenoterapia por el uso de mascarilla y expectoración de secreciones manifestado por mucosas semihidratadas.

**Objetivo:** Proporcionar una humedad adecuada.

Intervención de Enfermería.	Justificación de la intervención.	Evaluación.
<p>1 Que la paciente se aplique aceite mineral en los labios secos por razón necesaria.</p>	<p>La lubricación de los labios, los conserva suaves, húmedos e intactos.<sup>78</sup></p>	<p>Se mantiene la mucosa oral y bucal hidratadas.</p>
<p>2 Auxiliar a la paciente en la higiene de la boca:            ◆ Cepillado de dientes después de las comidas.</p>	<p>Limitan los traumatismos y elimina los restos.</p>	

<sup>78</sup> Ibidem Burner Vol. 2 pp. 1692.

Intervención de Enfermería.	Justificación de la intervención.	Evaluación.
<p>3 Proporcionar soluciones salinas para el lavado de la boca.</p> <p>4 Colutorio bucal una vez por turno con agua bicarbonatada.</p>	<p>La acción oxidante facilita la eliminación de restos, secreciones espesas y bacterianas.</p> <p>Los enjuagues eliminan desechos y mantienen húmeda e integra la mucosa de la boca.<sup>79</sup></p>	

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

<sup>79</sup> *Ibidem* Brunner Vol. 1 pp. 874.

**Necesidad : Hidratación.****Diagnostico de Enfermería.**

Exceso de volumen de líquidos relacionados con ingesta excesiva de líquidos e inmovilidad por edema de miembros pélvicos inferiores y control de líquidos positivo.

**Objetivo:** controlar edema, y equilibrio hidroelectrolítico.

<b>Intervención de Enfermería.</b>	<b>Justificación de la intervención.</b>	<b>Evaluación.</b>
<p>1 Cuidados de la piel edematosa a través de lubricación con aceite y masajes ligeros.</p>	<p>La piel y el tejido edematoso reciben menos aporte de nutrimentos y son muy vulnerables a la presión y traumatismo.</p>	<p>El edema a ido disminuyendo gradualmente, aunque el control de líquidos sigue siendo positivo.</p>
<p>2 Colocar protecciones debajo de las extremidades edematizadas.</p>	<p>Proteger las eminencias óseas minimizar el traumatismo si se utiliza adecuadamente.</p>	

Intervención de Enfermería.	Justificación de la intervención.	Evaluación.
3 Elevar las extremidades edematosas.	Se controla el edema al facilitar el drenaje.	
4 Medir concentraciones serias de electrolitos.	Los datos de valoración sirven como base de comparación para identificar cambios y evaluar intervenciones necesarias.	
5 Llevar control de líquidos horario: <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Entradas: IV, VO.</li> <li>◆ Salidas: Diuresis, evacuación, vómitos.</li> </ul>	Permite estimular mejor el estado de líquidos y vigilar retención hídrica.	
6 Vigilar la función de la sonda foley.	Se asegura la función adecuada de la sonda. <sup>80</sup>	

<sup>80</sup> Ibidem Brunner Vol. 2 pp. 812, 895-897, 1060, 1188.

Intervención de Enfermería.	Justificación de la intervención.	Evaluación.
7 Proporcionar y administrar las soluciones intravenosas vigilando el goteo adecuado.	El goteo debe regularse con cuidado para evitar que sea excesivo o insuficiente.	
8 Cambiar soluciones cada 24hrs. y equipos cada 48hrs.	Una vez que se entra un microorganismo en el sistema es capaz de proliferar en el equipo de venoclisis a pesar de que se sustituyan los frascos y se use velocidad alta. <sup>81</sup>	

<sup>81</sup> Ibidem Brunner Vol. 281, 812, 178.

**Necesidad : Aprendizaje.**

Diagnostico de enfermería.

Alteración en el mantenimiento de la salud relacionado con falta de conocimiento manifestado por infección y signos y síntomas.

**Objetivo:** Evitar recaídas en el paciente.

Intervención de Enfermería.	Justificación de la intervención.	Evaluación.
<p>1 Explicar a la paciente las medidas encaminadas a prevenir la recurrencia de la infección.</p> <p>a) Seguir con el tratamiento antibiótico.</p>	<p>El paciente con Neumonía suele tener una enfermedad crónica subyacente, el deterioro de las defensas del huésped aumenta el riesgo de recurrencia.</p> <p>La mayoría de los pacientes notan un descanso de la sintomatología, no se da cuenta de la importancia de seguir con el tratamiento.</p>	<p>La paciente conoció mas acerca de su enfermedad Y los riesgos que tiene si no sigue su tratamiento.</p> <p>La paciente conoce los problemas que le ocasionará el seguir fumando y se le informa sobre las clínicas de fumadores que existe en el INER.</p>



Intervención de Enfermería.	Justificación de la intervención.	Evaluación.
<p>b) Mantener una programación de las consultas medicas de seguimiento.</p>	<p>Aunque és posible que no haya signos clínicos, es necesario hacer una radiografía de tórax para confirmar la ausencia de Neumonía.</p>	
<p>c) Indicar a la paciente que tenga periodos de descanso por la mañana y tarde.</p>	<p>Se gasta mas energía ya que los pulmones se esfuerzan mas para profundir adecuadamente los tejidos orgánicos<sup>82</sup>.</p>	
<p>2 Baño diario con agua tibia, con jabón neutro, uso de crema para evitar resequedad.</p>	<p>La limpieza evita la acumulación de microorganismos e irritación de la piel.<sup>83</sup></p>	

<sup>82</sup> ibidem Carpenito pp.112.

<sup>83</sup> ibidem Bruner Vol. 2 pp. 1284

Intervención de Enfermería.	Justificación de la intervención.	Evaluación.
<p>3 Usar utensilios individuales ( esponja, cepillo, toalla, platos, vasos, cuchara etc...) .</p>	<p>Se previenen infecciones.</p>	
<p>4 Continuar usando ropa holgada hasta que cicatricen las lecciones, indicarle que lave la ropa aparte y exponerla al sol.</p>	<p>Permite la acumulación del aire en el área afectada.<sup>84</sup></p>	
<p>5 Animar a la paciente a que no vuelva a fumar .</p> <p>◆ Explicándole que en el hospital existe una clínica de tabaquismo.</p> <p>◆ Que comience a disminuir el número de cigarros que fume al día.</p>	<p>El tabaquismo crónico disminuye la acción ciliar traquiobronquial, la principal defensa pulmonar contra la infección.<sup>85</sup></p>	

<sup>84</sup> Ibidem Brunner vol. 1 pp. 113.

<sup>85</sup> Ibidem Capemito pp. 113.

#### IV CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

##### **CONCLUSIONES.**

El Proceso Atención de Enfermería me brindo la oportunidad de dar una calidad de atención cuidadosa, detallando las necesidades básicas a satisfacer en el paciente, mejorando toda aquella que se requirió en su cuidado, por este método se puede llegar a realizar una evaluación detallada y satisfactoria de los cuidados proporcionados al paciente.

Teniendo como ventaja manejar los cuidados en forma orientada, orientados a mejorar nuestra atención hacia el paciente, dado que los procedimientos que aplicamos en forma cotidiana lo hacemos con conocimiento de ellos, pero sin ningún diagnostico de enfermería previo ni planificada.

Con esto se benefician tanto el paciente como las enfermeras por la mejor y pronta recuperación de su patología.

La experiencia que me dejo el desarrollo del Proceso es que establecí una relación mas estrecha con el paciente.

Me pude dar cuenta que es aplicable a cualquier modelo teórico de enfermería, al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar y área especializada que trate al individuo, además que se concibe a partir de numerosos conocimientos e investigación.

Al terminar el Proceso se llegó a la conclusión que en un 95% se resolvieron las necesidades detectadas en el paciente.

El 5% restante se logrará a largo plazo.

Se puede concluir que el resultado fue favorable ya que para el logró de esto, conté con la colaboración invaluable del paciente y los recursos proporcionados por el Instituto.

## **SUGERENCIAS.**

Sugiero que se proporcione apoyo a la enfermera para que adquiera experiencia, habilidad y conocimiento en el manejo de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, para que en el futuro todas tengamos la capacidad de manejar el Proceso.

Que se diseñe una hoja que contenga los elementos del Proceso para facilitar su manejo, y así mismo sirva como herramienta de evaluación.

Sería importante que se realizaran cursos de actualización sobre el manejo, función y aplicación del Proceso, en todas las Instituciones de Salud, dirigido a enfermeras en todos los niveles y rangos.

Que se unifiquen criterios en las Escuelas de Educación Básica de Enfermería de la forma de llevar adecuadamente un Proceso, ya que esto permite que las enfermeras en formación, adquirirán una forma de pensamiento dirigida al individuo como un ente integral en su ámbito biopsicosocial.

**GLOSARIO.**

**Cianosis.** Coloración violacea de la piel y las mucosas debido a una baja de oxigenación de la sangre de los capilares.

**Disnea.** Dificultad para respirar, que produce sensación de ahogo.

**Edema.** Acumulación excesiva de líquido en los tejidos.

**Electrolito.** Cuerpo disociado en anion o en cation ejemplo: Na ; Cl , etc...

**Empiema.** Acumulación de pus en la cavidad pleural.

**Espujo.** Reacción pulmonar ante cualquier irritación.

**Esteriores.** Son ruidos no continuos que resultan de la demora en la reapertura de las vías respiratorias contraídas.

**Etiología.** Causa de la enfermedad.

**Hemoptisis.** Expectoración de sangre de vías respiratorias.

**Hipoxia.** Disminución en la tensión de oxígeno en la sangre, reduce la difusión de este gas en los tejidos.

**Intubación.** Introducción de un tubo en un órgano hueco.

**Leucocitos.** Glóbulo blanco de la sangre, cuya misión es la defensa del organismo contra infección.

**Macrófago.** Célula capaz de digerir (fagocitar) partículas de gran tamaño.

**Mácula.** Lesión con cambio de color, plana y circunscrita.

**Nebulizaciones.** Proyectar un líquido blancodilatador en forma de nube o pequeñísimas gotas.

**Pápula.** Lesión sólida, protuberante y palpable de menos de 1cm de diámetro.

**Pleura.** Superficie externa, los pulmones están envueltos por esta, membrana lisa y resbalosa que también recubre la cara interna de la pared torácica.

**Pleura parietal:** recubre tórax.

**Pleura visceral:** cubre los pulmones.

Entre estas dos superficies hay un pequeño volumen de líquido que lubrica y permiten su libre deslizamiento durante la ventilación.

**Prurito.** Sensación desagradable de picor, picazón, comezón.

**Secuela.** Lesión o afección como consecuencia de otra previa.

**Tegumentos.** Tejido que recubre el cuerpo.

**Ventilación Mecánica.** El ventilador mecánico es un dispositivo de respiración a presión negativa / positiva con que se pueden conservar las respiraciones de manera automática durante periodos prolongados.

**Vesícula.** Pequeña protuberancia de la piel, llena de líquido.

**BIBLIOGRAFÍA**

- 1 ALFARO,** Leferve Rosalinda "Aplicaciones del Proceso de Enfermería"  
3ra. Edición. Editorial Mosby Malven Pensilvania.  
1991 pp. 301.
- 2 ALFRED** P. Fishman "Tratado de Neumología" Tomo 1  
2da. Edición. Editorial Doyma.  
1991 pp. 815.
- 3 BRUNNER,** L.S. "Enfermería Medico Quirúrgica" Volumen 1 y 2  
6ta Edición. Editorial Interamericana.  
1990 pp. 1177.
- 4 CARPENITO,** Juall Linda. "Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería"  
Editorial. Nursing Consultant.  
1981 pp. 753.
- 5 CLAIBORNE,** Dunagan William. "Manual de Terapéutica Médica"  
7ma.Edición. Editorial Salvat.  
1990 pp. 690.
- 6 COSIO,** Villegas Ismael. "Aparato Respiratorio"  
11 Edición Editorial Méndez Oteo.  
1996 pp. 263.
- 7 C. SHERER ,** Jeanne. "Introducción a la Farmacología Clínica"  
2da. Edición Editorial Harla México D.F.  
1990 pp. 447.

- 8 CHARLES,** D. Forbes "Atlas de Medicina Interna"  
2da Edición. Editorial Harcoort. Brace. España.  
1998. pp. 533.
- 9 E. M. King,** "Técnicas de Enfermería"  
5ta. Edición.  
1990 pp. 1177.
- 10 FERNANDEZ,** Ferrin Carmen. "El Proceso Atención de Enfermería"  
Ediciones. Científicas y Técnicas S.A. Barcelona.  
1998 pp. 115.
- 11 HARRISON ,** "Principios de Medicina Interna" Volumen 2  
14 Edición. Editorial Interamericana. Barcelona.  
1998. pp. 1602.
- 12 HERNANDEZ,** Ramírez Luz María "Proceso de Enfermería Antología"  
ENEO Impresión 2000 pp. 185.
- 13 INTERNET,** "Teorías y Modelos mas utilizados ,Proceso Atención de Enfermería"  
personal.redestb.es/a.\_sanguessamodelos. 2000
- 14 IYER,** W. Patricia. "Diagnostico de Enfermería y Planeación de Cuidados"  
2da. Edición. Editorial. Interamericana U.S.A.  
1993 pp. 258.



- 15 KOSIER, Bárbara "Enfermedad Fundamental Proceso y Practica"  
Editorial Interamericana.  
pp. 117
- 16 ROSENSTEIN, Ster Emilio. "Diccionario de Especialidades Farmacéuticas"  
44 Edición . Editorial PLM.  
1998 pp. 2125.
- 17 SUA ÉNEO "Fundamentos de Enfermería Antología" Tomo 1  
1997 pp.335.