



**Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia**



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**Adulto joven con respiración ineficaz y
alteración de la nutrición por defecto.**

**Que para obtener el título de Licenciada
en Enfermería y Obstetricia**

Presenta:

**Gretty Elizabeth Almeida Chumba
Número de cuenta 407116452**

**Director Académico:
Lic. Enf. Federico Sacristán Ruiz**

Mérida, Yucatán a 11 de Noviembre 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Contenido

Introducción.....	Pág. 5
Objetivos.....	Pág. 7
Justificación.....	Pág. 8
Metodología.....	Pág. 9
Capítulo I Marco Teórico	Pág.10
1.1. Desarrollo de la Enfermería.....	Pág. 11
1.2. Proceso de enfermería.....	Pág. 14
1.3. Fases del proceso de atención de enfermería.....	Pág. 17
1.4. Diagnostico enfermero.....	Pág. 25
1.5. Conceptos Básicos del Modelo de Virginia Henderson.....	Pág. 27
Capítulo II Valoración Diagnóstica de Enfermería.....	Pág. 30
Capítulo III. Aplicación del Proceso Atención de Enfermería.....	Pág.39
Capítulo IV Plan de Atención de Enfermería.....	Pág.71
Conclusiones.....	Pág.79
Sugerencias.....	Pág. 81
Referencias Bibliográficas.....	Pág.82
Anexos.....	Pág.84

***No hay secretos para el éxito. Este se alcanza preparándose,
trabajando arduamente y aprendiendo del fracaso.***

Colin Powell.

Agradecimiento:

**A Dios
Por darme mucho más
de lo que merezco**

A mis padres

A mi hermanos

A mi pareja

A mis compañeros y amigos

**A mi asesor, maestro y amigo por
su desinteresada colaboración
en este trabajo**

INTRODUCCIÓN

La neumonía es una infección de los pulmones que afecta a los pequeños sacos de aire (alvéolos) y los tejidos circundantes; tiene diversas etiologías, cada una de ellas causada por un microorganismo distinto. Por lo general, la neumonía se presenta tras la inhalación de microorganismos, pero a veces la infección es por el flujo sanguíneo o migra a los pulmones directamente desde una infección cercana.

Con frecuencia la neumonía puede ser una enfermedad terminal en personas que padecen otras enfermedades crónicas. Es la sexta causa frecuente de todas las muertes y la infección mortal más frecuente intrahospitalaria. En los países en vías de desarrollo, la neumonía es la causa principal de muerte y sólo la segunda después de la deshidratación causada por la diarrea.

Las neumonías suelen clasificarse en 2 grandes grupos:

- 1) Adquiridas en la comunidad (o extra-hospitalarias). Las más típicas son la neumonía neumocócica y la neumonía por *Mycoplasma*.
- 2) Neumonías hospitalarias. Tienden a ser mucho más serias, ya que los mecanismos de defensa del huésped suelen estar afectados y los microorganismos causantes suelen ser mucho más resistentes.

Se presenta el siguiente Proceso Atención de Enfermería con el fin de identificar un sistema con pasos relacionados que permite valorar las necesidades fundamentales que presenta la persona con neumonía para proporcionar cuidados asistenciales, jerarquizados, indispensables, personalizados, para limitar el daño, conservar la vida y reintegrarla a su ambiente bio-psico-social resolviendo problemas de salud que afecten al ser humano en su entorno familiar y social.

Así mismo, el trabajo presente nos indica las posibilidades para articular conocimientos científicos y profesionalismo en nuestras actividades asistenciales, pues uniendo la ciencia y la tecnología a las acciones humanas podremos preservar la magia de la vida en nuestros clientes.

También contiene los objetivos para delimitar el tema, así como la metodología para especificar los pasos a seguir y se aborda una breve descripción de la persona que se retomará para desarrollar dicho proceso.

Para realizar tal análisis se ha dividido en capítulos:

Primer capítulo:

Incluye el marco teórico, donde se describe el desarrollo, definiciones y concepto de enfermería y los conceptos básicos del modelo de V. Henderson; así como las características del proceso de enfermería.

Segundo capítulo:

Cuenta con la patología Neumonía, así como las actuaciones y cuidados de enfermería en ésta patología, así como la valoración de enfermería y los diagnósticos de enfermería.

Tercer capítulo:

Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en pacientes con neumonía.

Cuarto capítulo:

Evaluación y conclusión de la aplicación del proceso de atención de enfermería.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- ❖ Contar con una guía de Proceso de Atención de Enfermería en la persona que presente neumonía brindando un cuidado individualizado e integral permitiendo incorporar en el menor tiempo posible la salud del cliente, en base al modelo de las necesidades humanas de Virginia Henderson durante todo el manejo del proceso patológico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ❖ Conocer la causa, diagnóstico, tratamiento, complicaciones y cuidados de enfermería del paciente con neumonía.
- ❖ Identificar los problemas reales y potenciales de la persona con diagnóstico de Neumonía.
- ❖ Identificar las necesidades humanas de V. Henderson para la construcción de los diagnósticos de enfermería.
- ❖ Proporcionar cuidados individualizados a la persona en base a las necesidades humanas detectadas.
- ❖ Orientar al familiar sobre todos los cuidados que requiere la persona en su estancia hospitalaria y/o domicilio.
- ❖ Prevenir a través de la promoción, los problemas de salud potenciales que pudieran afectar a la persona en su entorno familiar y social.
- ❖ Evaluar si las intervenciones de enfermería han satisfecho las necesidades de la persona.
- ❖ Promover el buen trato entre alumno de enfermería–persona y/o familia.

JUSTIFICACIÓN

Al realizar el Proceso Atención de Enfermería de neumonía se tiene como finalidad valorar la importancia de las estrategias de intervención y resolución de los cuidados de enfermería con un enfoque humanístico que enfatiza las respuestas humanas.

A través del plan de cuidados el profesional de enfermería realiza un juicio clínico sobre el paciente, lo que permitirá la planeación, realizar las intervenciones y evaluaciones de enfermería, ya que éstas son las bases para establecer los cuidados, tomando en cuenta que conocimiento especializado, técnico y humanístico es indispensable en las medidas asistenciales.

La verdadera importancia de aplicar el Proceso de Atención de Enfermería radica en que de esa manera la enfermera otorga la atención a su paciente de una manera personalizada y estructurada abordando a la persona como un ser holístico, respetando sus valores culturales, creencias y convicciones para lograr el éxito de los cuidados y la satisfacción y el bienestar de la persona en su integralidad.

Así mismo, como pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia cuento con un elemento metodológico y racional para brindar una atención adecuada, eficiente y eficaz a la persona que cursa con proceso de neumonía.

METODOLOGÍA

- 1) Selección de la persona en área de hospitalización.
- 2) Revisión, selección y análisis de bibliografía referente a la neumonía.
- 3) Elaboración de un Proceso Atención de Enfermería, que incluya todos los elementos necesarios para proporcionar atención de enfermería técnica y científica.
- 4) Valoración: Se llevará a cabo a través de los métodos : observación, entrevista, exploración física para seleccionar los problemas prioritarios.
- 5) Diagnósticos: Son elaborados siguiendo la metodología del PES con previa jerarquización.
- 6) Planeación: Se planearán todas las actividades que se realizarán en el proceso atención de enfermería, incluyendo la jerarquización de los diagnósticos encontrados, los objetivos y las intervenciones de enfermería.
- 7) Ejecución: Se realizarán todas las actividades planteadas de acuerdo a los problemas detectados.
- 8) Evaluación: Se observará la evolución del paciente, la intervención de enfermería, la calidad de atención, así como el logro de los objetivos.
- 9) Elaboración de conclusiones, sugerencias, referencias bibliográficas y anexos el cual incluye el formato de la valoración diagnóstica de enfermería.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1. Desarrollo de la Enfermería

Enfermería debe realizar una reflexión sobre su propia historia, práctica, organización y deberes para poder alcanzar un nivel profesional que sirva de orientación y guía para poder constituirse como disciplina.

En busca de una identidad propia, se puso en práctica la construcción disciplinaria y profesional, conocimiento, se desarrollaron funciones y actividades que son exclusivas; como profesión, intenta conseguir su máxima autonomía y el control de su práctica para convertirse realmente en una profesión.

Los cuidados de enfermería se basaron inicialmente en valores morales y religiosos; ahora con llevan una implicación individual del personal de enfermería en cuanto a autoconocimiento y responsabilidad, y se sustentan en la realidad del paciente, en su forma de vivir con la enfermedad y en la aplicación de ciencias humanas, previa formación profesional, reorganización del trabajo y reajuste de tareas técnicas.¹

A través de los años se ha modificando la perspectiva del papel de la enfermera como responsable del cuidado directo de los enfermos y colaboradora disciplinada, pero inteligente, por lo cual era necesario dotarla de preparación técnica.

En Inglaterra Florence Nightingale, es considerada una de las pioneras en la práctica de la enfermería. Se le considera la madre de la enfermería

¹ Susana Rosales Barrera, Eva Reyes Gómez. 3era edición. Ed. Manual Moderno Pag. 9

moderna y creadora del primer modelo conceptual de enfermería, Su mayor éxito fue su participación en la guerra de Crimea.²

Se le atribuyó la profesionalización de la enfermería, educada con rigor y amplitud en comparación con otras jóvenes de su tiempo. Al finalizar la guerra de Crimea, se funda la primera escuela que marca el inicio de la formación profesional en el campo de la enfermería, considerándola una profesión médica con un elevado grado de formación y responsabilidad.

A mediados de 1940, aparecen nuevas enseñanzas relacionadas con el comportamiento humano. Ya no se habla de paciente sino de cliente, ya que es un individuo que paga un servicio con calidad y calidez.

En el siglo XX se dan cambios en la formación de enfermeras a través de la formación universitaria; se enfocan a la investigación enriqueciendo el conocimiento científico y de la capacidad para diagnosticar los problemas de salud tanto en los pacientes, como de la comunidad, así como aplicar medidas de protección, fomento y vigilancia de salud.

La Enfermería en el siglo XXI, queda sentada en una base formada y sólida que mejoran las expectativas profesionales y la atención sanitaria de calidad y equidad. Las enfermaras contribuyen a hacer realidad la concepción multidisciplinaria y multiprofesional con gran impacto social. También se elaboraron diversas teorías sobre cuales hayan se ser los objetivos globales de esta profesión, a si como el establecimiento de pautas capaces de definir de forma inequívoca las competencias y funciones propias del personal de enfermería, y de criterios con los que evaluar la calidad de la asistencia presentada.³

² http://es.wikipedia.org/wiki/Florence_Nightingale

³ Luna Méndez, Rafael, Manual de enfermería, Ed. Lexus, Pag. 1

En la actualidad la enfermería es vista, ya como una ciencia aplicada y caracterizada por tener una formación teórico – práctica que le permite desempeñar funciones asistencial, docente, gestora e investigadora, se integra activamente y coordina las tareas del equipo de salud.

Los cuidados se orientan a restablecer la salud, incrementar la rehabilitación para que la persona se reincorpore a su entorno ambiental y familiar, es decir, se concibe el cuidado dirigido al bienestar tal y como la persona lo entiende, entonces bajo esta premisa la enfermería se enfoca a la orientación y a dar respuestas a las necesidades de las personas desde una perspectiva holística, siempre respetando sus valores culturales, creencias y convicciones para el éxito de los cuidados y la satisfacción y el bienestar de la persona en su integridad.

En la práctica de enfermería, se ha alcanzado hasta este momento como una disciplina, teniendo como referencia un modelo teórico del cuidado, y como elemento metodológico el proceso de atención de enfermería para solucionar los problemas del cuidado.

Todo esto se logra a través de un método lógico y racional para que la atención sea adecuada, con eficacia y eficiencia.

Definiciones de Enfermería.

Enfermería: Es la ciencia y el arte de proporcionar cuidados de “predicción, prevención y tratamiento” de las respuestas humanas del individuo, familia y comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales.⁴

⁴ Alfaro, Proceso Enfermero Aplicación Actual 2ª. Ed. México: Ediciones Cuellar; 1999:19

Conceptualización de Enfermería: Diferenciaremos en general a la enfermería como una profesión orientada a cuidar, ya que cuenta con una larga historia al servicio de la humanidad.

Definición de Enfermera (o): Es una disciplina profesional que tiene por objeto desarrollar conocimientos que sirven para definir y guiar la práctica, con el fin de precisar las características de la disciplina.⁵

Metaparadigma de Enfermería : El metaparadigma de enfermería es el primer nivel de especificidad y perspectiva de los cuidados enfermeros. Nombra persona, entorno, cuidados enfermeros y salud de una forma general. Pueden aparecer más fenómenos con el paso del tiempo.⁶

1.2. Proceso de Enfermería

Método sistemático de brindar cuidados humanizados centrados en el logro de forma eficiente.⁷

Existen una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera, que permite 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 problemas y del método científico.⁸

Importancia del proceso de atención de enfermería

La importancia del PAE es que puede asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería. Así mismo asegura la atención individualizada,

⁵ Susana Rosales Barrera, Eva Reyes Gómez. 3era edición. Ed. Manual Moderno Pag. 3

⁶ http://html.rincondelvago.com/fundamentos-de-enfermeria_1.html

⁷ Alfaro, Proceso Enfermero Aplicación Actual 2ª. Ed. México: Ediciones Cuellar; 1999:4

ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.⁹

Beneficios del proceso de atención de enfermería.

Aplicar el proceso enfermero en nuestro medio es un verdadero reto por el sinnúmero de factores que caracterizan a la formación practica de la enfermería mexicana y que la ubica en una situación de desventaja en relación con la de otros países; sin embargo no debe constituir un obstáculo para que toda enfermera que busca el logro de identidad profesional y brinda una atención de calidad empiece a trabajar con esta metodología que requiere de habilidades del pensamiento.¹⁰

Con la aplicación del proceso se delimita el campo de acción específico de la enfermería y con ello se demuestra que la enfermera o profesional realiza numerosas acciones que van mas allá del cumplimiento de una prescripción medica, ya que” el proceso enfermero completa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al centrarse en la respuesta humana”¹¹

En resumen el uso del proceso de atención de enfermería da como resultado un plan que describe las necesidades de atención y los cuidados de enfermería para cada sujeto de atención.¹²

Indicadores del proceso de Enfermería

El propósito del proceso es dar un marco de referencia dentro del cual las necesidades del sujeto de atención, la familia y la comunidad puedan ser

⁸ Alfaro, Proceso Enfermero Aplicación Actual 2ª. Ed. México: Ediciones Cuellar; 1999:29

⁹ López P. Proceso de Enfermería. Rev. Iberoamericana de Geriátria y Gerontología 1994. P.P.37,38.

¹⁰ Alfaro, Proceso Enfermero Aplicación Actual 2ª. Ed. México: Ediciones Cuellar; 1999:30

¹¹ Alfaro. Proceso Enfermero Aplicación Actual 2ª. Ed. México: Ediciones Cuellar; 1999:10.

¹² Atkinson L, Murria Me. Proceso de Atención de Enfermería 2ª. Ed. México: El Manual Moderno; 1983:7

atendidas en forma integral.¹³ El proceso de atención tiene como propiedades ser más dinámico, flexible, continuo, individualizado, participativo y con un fin determinado. Además, se debe basar en un marco teórico.

Características del proceso de enfermería.

El proceso de enfermería se caracteriza por unas propiedades exclusivas que le permitan responder a los cambios que sufre el estado de salud del paciente, estas características son:

- a) *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.¹⁴
- b) *Es sistemático:* Por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de los resultados.
- c) *Es humanista:* Por considerar al hombre como un ser holístico (total o integrado) que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.
- d) *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, el desempeño del usuario y el de la propia enfermera(o).¹⁵

¹³ Iyer P. Tapich B. Bernocchi-Losey D. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. México: Interamericana McGraw-Hill; 1993: 13

¹⁴ Rodríguez S. Berta Alicia. Proceso de Enfermería. México. Ediciones Cuellar 2000. P.P. 23.

¹⁵ Alfaro, Proceso Enfermero Aplicación Actual 2ª. Ed. México: Ediciones Cuellar; 1999:29

- e) *Es dinámico*: Responde a un cambio continuo que obedecen a la naturaleza propia del hombre.
- f) *Es flexible*: Porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.
- g) *Es interactivo*: Por requerir de la interrelación humano–humano con el (los) usuario(s) para acordar y lograr objetivos comunes.
- h) *Es universal*: Se puede aplicar a pacientes de cualquier edad y en cualquier momento de continuo salud–enfermedad.¹⁶

1.3. Fases del Proceso de Atención de Enfermería

El proceso cuenta con cinco pasos, que se encuentran ligadas una de otra y que avanzan durante el proceso: 1) valoración, 2) diagnóstico de enfermería, 3) planeación, 4) ejecución – intervención y 5) evaluación.

Valoración.

En la valoración inicial, se detectan los "Problemas de Salud" que derivarán en los Diagnósticos Enfermeros. Debemos tomar en cuenta las 14 Necesidades de Salud de Virginia Henderson.

Siendo la primera fase del proceso de enfermería, pudiéndose definir como la primera etapa de dicho proceso que nos permite estimar el estado de salud del usuario, familia y comunidad. Con dicha valoración se reúnen todas las piezas necesarias del rompecabezas que corresponden a

¹⁶ Kossier Barbara.OPCIJ;Pág.93

respuestas humanas y fisiológicas con lo que se logra el conocimiento integral de la persona o grupo.¹⁷

Aspectos a valorar por Necesidades Humanas

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar normalmente por todas las vías
4. Moverse y mantener posturas adecuadas
5. Dormir y descansar
6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse
7. Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales, adecuando la ropa y modificando la temperatura ambiental
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel
9. Evitar los peligros ambientales evitar lesionar a otras personas
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores y sensaciones
11. Necesidad de practicar sus creencias
12. Trabajar en algo gratificante para la persona
13. Desarrollar actividades lúdicas y recreativas
14. Satisfacer la curiosidad que permite a la persona su desarrollo

Existen varios métodos para la recogida de datos en la valoración como son:

a) Observación: Es el uso de los sentidos para adquirir información sobre el cliente, sus seres queridos, el entorno y las interacciones entre estas tres variables.¹⁸

¹⁷ Alfaro, Proceso Enfermero Aplicación Actual 2ª. Ed. México: Ediciones Cuellar; 1999:35

¹⁸ P.W.Iyer, B.J. Taptich, D. Bernocchi – Losey. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. Ed. Interamericana Pag.56,54

b) Entrevista: Es un proceso dirigido y diseñado que permite que tanto el profesional de enfermería como el cliente den y reciban información a través de una comunicación interpersonal.¹⁹

c) Historia Clínica: Esta es la primera etapa se realiza mediante el método de interrogatorio, y es de suma importancia, ya que de la información obtenida dependerá la realización oportuna y adecuada de las siguientes etapas del examen clínico.²⁰

d) Examen físico: Es la exploración física es el examen sistemáticos del paciente para encontrar evidencia física de capacidad o incapacidad funcional.²¹

e) Inspección.

Es un método de exploración física que se efectúa por medio de la vista, nos ayuda a detectar características físicas, observar y discriminar en forma precisa los hallazgos anormales en relación con los normales.²²

Palpación.

Es un proceso de examinar el cuerpo utilizando el sentido del tacto, su objetivo es detectar la presencia o ausencia de masas, dolor, temperatura, tono muscular y movimiento, además de corroborar los datos obtenidos durante el interrogatorio e inspección.²³

¹⁹ P.W.Iyer, B.J. Taptich, D. Bernocchi – Losey. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. Ed. Interamericana Pag.56,54

²⁰ Susana Rosales Barrera, Eva Reyes Gómez. 3era edición. Ed. Manual Moderno Pag. 165

²¹ Susana Rosales Barrera, Eva Reyes Gómez. 3era edición. Ed. Manual Moderno Pag. 168

²² Susana Rosales Barrera, Eva Reyes Gómez. 3era edición. Ed. Manual Moderno Pag. 169

²³ Susana Rosales Barrera, Eva Reyes Gómez. 3era edición. Ed. Manual Moderno Pag. 172

Percusión.

Consiste en golpear el cuerpo suavemente con la mano o instrumento cualquier segmento del cuerpo su objetivo es producir movimientos, dolor y obtener sonidos para determinar la posición tamaño y densidad de una estructura subyacente, detectar la cantidad de aire o material sólido en el organismo.²⁴

Auscultación:

Es un método de exploración física que se efectúa por medio del oído, su objetivo es valorar ruidos o sentidos producidos en los órganos (contracción cardiaca, soplos cardiacos, peristaltismo intestinal, sonidos pulmonares) de esta manera detectando anormalidades en los sonidos fisiológicos.²⁵

Planeación.

Es la tercera etapa del proceso del enfermero que indica después de haber formulado los diagnósticos enfermero y problemas interdependientes, y que consiste en “la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo”²⁶

El plan de atención de enfermería ayuda a los pacientes y sus familiares en mejorar, recuperar y mantener el estado de salud y funcionamiento si se identifica que esta en riesgo.

La fase planeación del proceso de enfermería incluye las siguientes etapas. Carpenito (1987) e Lyer (1989)

²⁴ Susana Rosales Barrera, Eva Reyes Gómez. 3era edición. Ed. Manual Moderno Pag. 173

²⁵ Susana Rosales Barrera, Eva Reyes Gómez. 3era edición. Ed. Manual Moderno Pag. 175

²⁶ Iyer. Proceso Enfermero Aplicación Actual 2ª. Ed. México: Ediciones Cuellar; 1997:157

1. Establecer prioridades en los cuidados o jerarquía de las necesidades.

Durante esta etapa, se establece las prioridades inicia con la lista de los diagnósticos de enfermería entre el personal de enfermería y el usuario para determinar el orden en que debe resolverse los problemas de este.

Su utilidad radica en establecer un orden de preferencias a los problemas más importantes en la distribución de los cuidados de enfermería.

2. Determinación de objetivos (metas esperadas)

Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el sujeto de atención y lo que se proyecta para remediar o disminuirle problema que se identificó en el diagnóstico de enfermería.²⁷

3. Planeación de las Intervenciones de Enfermería

El plan de atención de enfermería se considera el núcleo o centro del proceso de enfermería, ya que en el se plantea los problemas de salud, objetivos, acciones y respuestas y, por tanto, el personal de enfermería debe centrar su atención y realizar acciones inmediatas para asistir al usuario en la solución de problemas o para cubrir sus necesidades

Las intervenciones de enfermería están destinadas a ayudar al sujeto de atención a lograr las metas de cuidado. Se enfocan a la parte etiológica del problema o segunda parte del diagnóstico de enfermería. Por lo tanto van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema. Las intervenciones de enfermería reciben nombres diversos: acciones, estrategias, planes de tratamiento y órdenes de enfermería.²⁸

Las órdenes de enfermería implican un juicio crítico para tomar decisiones sobre cuáles son de competencia de la enfermera y cuales son delegables o

²⁷ Atkinson L, Murray ME. Proceso de Atención de Enfermería 1 Ed. México, McGraw-Hill Interamericana. PP. 32

²⁸ Iyer P., Tapich B, Bernocchi-Losey D. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. México: Interamericana McGraw-Hill; 1993: PP. 13

de competencia de otra disciplina de la salud; esto último se hace de acuerdo con la complejidad, los conocimientos y habilidades requeridas, y las implicaciones éticas, entre otros criterios.²⁹

Las Intervenciones relacionadas con el Diagnóstico deben ser lo más precisas posible, y en todo caso, encontrar su referente en las Intervenciones.

4. Intervención de Enfermería

Se define como una Intervención Enfermera a "todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente".³⁰

Las Intervenciones (actividades enfermeras), son las acciones encaminadas a conseguir un objetivo predeterminado, de tal manera que en el Proceso de Atención de Enfermería, debemos de definir las Intervenciones necesarias para alcanzar los criterios de resultados establecidos previamente.

5. Ejecución

Es la cuarta etapa del proceso enfermero que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados y que esta enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayuda al cliente a conseguir los objetivos deseados³¹

Es la operacionalización del planteamiento de la atención de enfermería, es decir es el inicio y terminación de las acciones necesarias para corregir los resultados definidos en la etapa de planificación. Las acciones pueden ser realizadas por el cliente o su familia. Así mismo el profesional de enfermería

²⁹ Atkinson L, Murray ME. Proceso de Atención de Enfermería 5ª. Ed. México: McGraw-Hill. Interamericana 1996: PP.60
³⁰ <http://enfermeria-actual.com/>

³¹ Iyer. Proceso Enfermero Aplicación Actual 2ª. Ed. México: Ediciones Cuellar; 1997:224

continuará recogiendo datos relacionados con la situación del cliente y su relación con el entorno. Consta de varias actividades: Validar el plan, documentarlo, suministrar y documentar la atención de enfermería y continuar con la recopilación de datos.³²

❖ **Validación:**

Este paso no es necesariamente una prolongada consulta programada, sino más bien ha de tomar un tiempo muy breve en el cual las enfermeras buscan la opinión de otros colegas.

❖ **Documentación del plan de atención:**

La enfermera tiene un plan que individualizará la atención prolongada a un paciente. Está lista para suministrar la atención según lo planeado. En cada caso la enfermera puede ser incapaz de realizar el plan de atención sin hacer algunas modificaciones.

El plan de cuidados es el instrumento de trabajo por excelencia de la enfermera. Esta es directamente responsable del mismo y forma parte de sus funciones autónomas.

El objetivo del plan de cuidados sirve como anteproyecto para dirigir las actividades de enfermería hacia el cumplimiento de las necesidades de salud del paciente. Proporciona un mecanismo para la prestación de una atención constante y coordinada, se utiliza como instrumento de comunicación entre los profesionales de enfermería y otros miembros del equipo de atención sanitaria, proporciona normas para la documentación de las notas de las enfermeras y para la evaluación de la eficacia de los cuidados.³³

³² Atkinson L, Murray ME. Proceso de Atención de Enfermería 5ª. Ed. México: McGraw-Hill. Interamericana 1996: PP.60

³³ Planeuf, Margot. Ph, La Planificación de los cuidados de Enfermeros. Ed. Interamericana. PP. 2002-2003.

1) Continuación con la recolección de datos.

A lo largo de la ejecución el profesional de enfermería continua la recolección de datos, esta información puede usarse como prueba para la evaluación del objetivo alcanzado y para establecer cambios en la atención de acuerdo con la evolución del sujeto de atención.³⁴

6. Evaluación

Esta es la ultima etapa del proceso enfermero y a la vez una exigencia en toda practica de enfermería; la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que esta presente en la valoración, diagnostico, planeación y ejecución.

Es un proceso continuo que se utiliza para juzgar cada parte del proceso de enfermería. Consiste en la comparación sistemática y planeada entre el estado de salud del sujeto de atención y los resultados esperados.

En la práctica real, es posible que no siempre se termine una fase antes de pasar a la siguiente, pues si el cliente presenta dificultades, se le realizan las acciones necesarias de ese momento.³⁵

Así mismo debemos tener en cuenta que la evolución del progreso del paciente se basa en la comparación entre el cuidado que se logró ofrecer y el cuidado que debería haber proporcionado la enfermera, el equipo de cuidados de la salud, el paciente o la familia, según se señaló en los objetivos del plan de cuidados, la evaluación del progreso del paciente indica que problemas fueron resueltos y cuales requieren revaloración y replaneación.³⁶

³⁴ Lyer D. Tapich B, Bernochi-Losey D. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. México: Interamericana. McGraw; 1993:13.

³⁵ R.W. Iyer. Proceso y Diagnósticos de Enfermería. Ed. Interamericana. P.P. 9-13.

³⁶ Atkinson, Leslie. Proceso de Atención de Enfermería. Ed. Manual Moderno, P.P. 13

Los dos criterios más importantes que valórala enfermería en este sentido son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones. Griffith y Cristensen (1982).

La evaluación consta de tres partes:

- 1) **La evaluación de logro de objetivos.** Se inicia con la valoración del paciente; esto significa que nuevamente se le tendrá que examinar y entrevistar par reunir datos de su estado actual de salud o enfermedad.³⁷
- 2) **La revaloración del plan.** Se realiza cuando se identifican algunas variables que impidieron la ejecución del plan y que afectaron el logro de los objetivos. Así, se fijan objetivos nuevos y realistas que permitan identificar nuevas intervenciones o cambiar el entorno o momento de éstos.³⁸
- 3) **La satisfacción** del sujeto de atención. Al evaluar este aspecto hay que tener en cuenta que el sujeto de atención no siempre tiene el conocimiento de lo que implican unos buenos cuidados y a veces, por ignorancia puede sentirse satisfecho con unos servicios mediocres, o al contrario sentirse insatisfecho de algunas intervenciones a pesar de que se trate de unos excelentes cuidados de enfermería. A pesar de todo es de suma importancia conocer su apreciación, y discutirla con él.³⁹

Por último, de cada diagnóstico, deberemos de hacer una evaluación que nos permita estimar si el o los objetivos se han cumplido o se van cumpliendo.

La evaluación es el proceso que nos permite comprobar el resultado de nuestra planificación de cuidados para el paciente.

³⁷ Susana Rosales Barrera, Eva Reyes Gómez. 3era edición. Ed. Manual Moderno Pag. 254

³⁸ Susana Rosales Barrera, Eva Reyes Gómez. 3era edición. Ed. Manual Moderno Pag. 255

³⁹ Phaneuf M. Cuidados de Enfermería. El proceso de atención de atención de Enfermería. Madrid: Interamericana;

Puede ocurrir que no se consigan los resultados esperados, en ese caso habría que plantearse si las Intervenciones elegidas eran las adecuadas para conseguir los objetivos o se deberían de volver a plantear Intervenciones nuevas.

1.4. El diagnóstico enfermero.

Es un juicio clínico acerca del individuo, familia o comunidad que deriva de un proceso deliberado sistemático de recogida de datos y análisis. Proporciona la base de las prescripciones para la terapia definitiva, de la cual la enfermera es responsable". (NANDA 1990).

Es un juicio clínico se basa en las respuestas humanas y a problemas de salud reales y el riesgo, en donde la enfermera(o) es responsable de su predicción prevención y tratamiento en forma independiente.

El Diagnóstico de enfermería, hace referencia a los problemas de salud o necesidades detectados en la valoración y que entran en la competencia de Enfermería.

Estos problemas, pueden ser tratados por el profesional de Enfermería de forma totalmente independiente.

Existen varias definiciones de Diagnósticos Enfermeros:

El diagnostico de enfermería es una conclusión o enunciado definitivo, claro y conciso de estado de salud, los problemas y necesidades del paciente, que pueden modificarse por la intervención del personal de enfermería para resolverlo o disminuirlo.⁴⁰

Existen dos tipos fundamentales de Diagnósticos Enfermeros:

- Potenciales o de Riesgo
- Reales

Un Diagnóstico enfermero Real está compuesto de tres partes:

- Problema de salud
- Factores etiológicos o relacionados
- Características definitorias

Un Diagnóstico enfermero Potencial está compuesto de dos partes:

- Problema de salud
- Factores de riesgo

La importancia del diagnóstico de enfermería recae en las necesidades y problemas del paciente, es individualizado y específico, esta sujeto a modificaciones según el estado de salud o enfermedad, describe los efectos de los síntomas y estados patológicos en relación con las actividades y forma de vida del paciente.⁴¹

⁴⁰ Susana Rosales Barrera, Eva Reyes Gómez. 3era edición. Ed. Manual Moderno Pag. 243

⁴¹ Susana Rosales Barrera, Eva Reyes Gómez. 3era edición. Ed. Manual Moderno Pag. 243

Diagnóstico de Enfermería	Diagnóstico Médico
Se basa en la respuesta humana	Se basa en respuestas fisiopatológicas.
Es modificable de acuerdo a la reacción del sujeto de atención	No es modificable y se mantiene sin cambio en tanto la enfermedad esté presente.
Principal responsable es la enfermera(o)	Principal responsable es el medico.
La mayoría de las veces tiene que ver con la autopercepción del sujeto de atención	La mayoría de las veces tiene que ver con los cambios fisiopatológicos.
Puede aplicarse a alteraciones de individuos o colectivos	Se aplica solamente a las enfermedades de individuos o colectivos.
Funciones independientes	Funciones interdependientes.

Tabla I.- Diferencias entre los diagnósticos de enfermería y el médico.

1.5. Conceptos Básicos del Modelo de Virginia Henderson.

El Modelo por Necesidades Básicas Humanas de **Virginia Henderson**, se basa en la que la enfermería debe ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que este realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayuda a ser independiente lo antes posible.⁴²

De igual manera su única función de la enfermera es asistir al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación o a una muerte serena.

⁴² <http://www.scribd.com/doc/14172257/Teoria-de-Virginia-Henderson>

Este Modelo define la **función Propia de Enfermería** como:

Es atender a la persona sana o enferma en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a la salud, a su restablecimiento, o a evitarle sufrimientos en la hora de la muerte, actividades que él realizaría si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios.⁴³

De sus ideas se recopila una publicación del año de 1956 en el libro “The Nature of Nursing”, en la que se define la función propia de la enfermera.

Para Virginia Henderson la profesión Enfermera es una profesión Independiente y con funciones independientes.

Para conseguir su objetivo, la Enfermería deberá de valorar 14 Necesidades Básicas y los factores que pueden influirlas o modificarlas.

Las 14 Necesidades de Virginia Henderson son:

- Respiración
- Alimentación / Hidratación
- Eliminación
- Movilidad
- Reposo / Sueño
- Vestirse / Desvestirse
- Temperatura
- Higiene / Piel
- Seguridad
- Comunicación
- Religión / Creencias
- Trabajar / Realizarse
- Actividades lúdicas
- Aprender

⁴³ http://es.wikipedia.org/wiki/Modelos_y_teor%C3%ADas_de_la_Enfermer%C3%ADa#Modelo_de_Virgina_Henderson.

1.5.1 Conceptos del metaparadigma enfermero (V. HENDERSON)

- Persona

Ser integral con dimensiones biofisiológicas con componentes psicológicos, socioculturales y espirituales que interaccionan entre si y que tiende al máximo desarrollo de su potencial.⁴⁴

- Entorno

Henderson no habla de entorno como el cosmos, sino que define entorno como un medio externo e interno. Hace alusión de acudir a los domicilios y la importancia del entorno familiar en la recuperación de la persona. Da mucha importancia a la familia en las respuestas de la persona, ve a la familia como el recurso que la persona utiliza para satisfacer las necesidades. Expresa que el entorno puede afectar a la salud.⁴⁵

- Salud

Satisfacción adecuada de las 14 necesidades básicas, de forma que un enfermo crónico puede estar sano si satisface sus necesidades básicas. Esa satisfacción permite el desarrollo de la persona y depende del estado de ánimo.⁴⁶

⁴⁴ http://html.rincondelvago.com/fundamentos-de-enfermeria_1.html

⁴⁵ http://html.rincondelvago.com/fundamentos-de-enfermeria_1.html

⁴⁶ http://html.rincondelvago.com/fundamentos-de-enfermeria_1.html

Capítulo II. Valoración diagnóstica de enfermería

Neumonía.

Definición.

La neumonía es una inflamación de los pulmones provocada por un proceso infeccioso.⁴⁷

Fisiopatología.

Existe una condensación originada por la ocupación de los espacios alveolares con exudado aquí el intercambio gaseoso no puede llevarse a cabo en las áreas condensadas y la sangre se desvía alrededor de los alvéolos no funcionales. Dependiendo de la cantidad de tejido afectado puede aparecer hipoxemia. Con frecuencia la neumonía puede ser causada por una aspiración de materiales infectados a los bronquios distales y alvéolos. Ciertas personas son especialmente susceptibles como aquellas personas cuyos mecanismos de defensa respiratorios están dañadas o alteradas como pacientes con: (Gripe, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Traqueotomía, además aquellos que han sido anestesiados recientemente, también en personas que padecen una enfermedad que afecta a la respuesta de los anticuerpos (pacientes con mioma múltiple) sin embargo en alcohólicos es donde existe mayor peligro de aspiración. Por otra parte la neumonía nosocomial (adquirida en el hospital) es una causa de morbilidad y mortalidad importante.⁴⁸

⁴⁷Luna Méndez, Rafael, Manual de enfermería, Ed. Lexus, Pag. 578

⁴⁸ Cossio, P. (1.987) Medicina Interna (Fisiopatología, Patologías, Semiología, Clínicas y Tratamiento)6ta. Edición Buenos Aires, Argentina.

Signos y síntomas

1. Fiebre, escalofríos.
2. Tos productiva, aunque en algunos casos se presenta tos seca.
3. Cefalea, dolor muscular y articular.
4. Falta de apetito, náuseas, vómitos, debilidad y malestar general.
5. Aleteo nasal, cianosis, disnea, taquipnea, taquicardia.

Diagnóstico

1. Cuadro clínico
2. Exploración física
3. Cultivo de esputo para buscar el organismo causante de los síntomas
4. Gasometría arterial para verificar qué tan bien se está oxigenando la sangre.
5. Rx de tórax
6. Hematimetría.
7. Espirometría y pruebas funcionales respiratorias.
8. Cultivo de líquido pleural si hay presencia de líquido en el espacio que rodea los pulmones
9. Pruebas Invasivas: Se puede proceder a la realización de una broncoscopia para determinar la patogenia y recoger muestras de tejido pulmonar.
10. El examen y el cultivo de la expectoración bronquial: examen de diagnóstico que se realiza con las flemas expulsadas desde los pulmones hacia la boca. El cultivo de esputo suele realizarse para determinar la presencia de una infección.⁴⁹

⁴⁹ <http://www.childrenscentralcal.org/Espanol/HealthS/P06041/P06013/P06042/Pages/P06051.aspx>

Tratamiento

1. El tratamiento se fundamentara en el estado del paciente y en el resultado de sus estudios diagnósticos, se indicara antibioticoterapia sin olvidar su grado y tipo de toxicidad así como la efectividad hacia el germen causal.
2. Terapia respiratoria (palmo-percusión) y nebulizaciones.
3. Se debe favorecer la expulsión de las secreciones mediante la hidratación del paciente aumentando la ingesta de líquidos.
4. Controlar la fiebre con antipiréticos.
5. Oxigenoterapia (puritan y puntas nasales) y líquidos intravenosos.
6. Ventilación mecánica en casos graves.

Pronóstico

Pronostico de neumonía en toda la república mexicana

Años	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Defunción	19,717	20,576	19,867	15,026	14,068	12,381
Tasa	22	22.1	21.0	15.6	14.3	12.4

Pronostico de neumonía en la entidad de Yucatán.

Años	1990		1995		2000	
Característica	Defuncion	Tasa	Defuncion	Tasa	Defuncion	Tasa
Cantidad	71	1.72	51	126.5	22	67.3

Fuente: www.diputados.gob.mx/cesop/doctos/MORTALIDAD.pdf

- Entre el 24 de marzo y el 29 de abril de 2009, se denunciaron al SINAVE 2155 casos de neumonía grave incluyendo 100 muertes.

- Periodo de estudio: Se revisaron las historias clínicas de 2155 pacientes con neumonía grave. El 38% de estos enfermos fue hospitalizado y el 5% falleció.⁵⁰

2.1 **Actuaciones de Enfermería.**

Las actuaciones de Enfermería son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al apaciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaboran acciones focalizadas hacia la causa de los problemas, es decir las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema (Lyer 1989).

Del modelo bifocal de los diagnósticos de enfermería, podíamos decir que se desprende la responsabilidad del tratamiento, tanto, de los diagnósticos de los enfermeros, como de las complicaciones fisiológicas, para ello el modelo establece dos tipos de prescripciones: enfermera y médica:

- a) **Prescripción enfermeras:** La Prescripción Enfermera es definida por Bulecheck; McCloskey (1992) como “cualquier cuidado directo que la enfermera realiza en beneficio del cliente”, como lo son: Los tratamientos iniciados por la enfermera ,los tratamientos iniciados en función del diagnóstico medico y, la realización de actividades diarias esenciales para el cliente.
- b) **Prescripciones médicas:** La prescripción médica es un acto científico, ético y legal. Mediante esta acción un profesional médico utilizará un producto biológico, químico o natural que modificará las funciones

⁵⁰ <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=60812>

bioquímicas y biológicas del organismo de una persona con el objetivo de alcanzar un resultado terapéutico.⁵¹

Tipos de actividades de Enfermería. (Iyer 1989)

- ❖ **Dependientes:** corresponden a todas las intervenciones que deben de realizar los enfermeros y enfermeras por indicación directa de los correspondientes facultativos, para el tratamiento del problema que son de exclusiva competencia y responsabilidad médica.⁵²
- ❖ **Interdependientes:** Es un juicio sobre la respuesta fisiológica del organismo a problemas de salud reales o de riesgo en donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en colaboración con el equipo sanitario.⁵³
- ❖ **Independientes:** Son aquellas actividades de las que se responsabiliza plenamente y que no requieren ni de la indicación ni la supervisión del medico.⁵⁴

Las características de las actuaciones de Enfermería, según Iyer (1989), son las siguientes:

- 1) Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.
- 2) Estarán basadas en principios científicos. Recordemos los paradigmas de la salud sobre los que se basa contemporáneamente la Enfermería, empírico-

⁵¹ Pérez Peña Julián Lázaro, Rev Cubana Med Gen Integr 2002; 18(2)

⁵² Luna Méndez, Rafael, Manual de enfermería, Ed. Lexus, Pag.10

⁵³ Iyer. Proceso Enfermero Aplicación Actual 2ª. Ed. México: Ediciones Cuellar; 1997:55

analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, estos fundamentan las decisiones y actuaciones de las enfermeras.

- 3) Serán individualizadas por cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.
- 4) Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico. Hay que tener en cuenta que la satisfacción de las necesidades físicas y emocionales del paciente. Un ambiente seguro en donde se cubre las necesidades fisiológicas del paciente y se protege de posibles lesiones.
- 5) Van acompañadas de un componente de enseñanzas y aprendizaje. El paciente adquiere nuevos conocimientos, actitudes, técnicas, y cambios en su estilo de vida y comportamiento relacionado.
- 6) Comprenderán la utilización de los recursos apropiados. En este punto hay que tener en cuenta si la intervención de la Enfermería es realista para la satisfacción del paciente.

2.2 Cuidados de Enfermería en neumonía.

- Asegurar la permeabilidad de la vía aérea.
- Administrar oxígeno y control de su eficacia.
- Ayudar a fomentar actividades de auto cuidado en la vida diaria.
- Manejar la regulación de uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones.
- Disminuir la ansiedad, minimizando la aprensión, temor o presagio relacionado con una fuente no identificada de peligro por adelantado.

⁵⁴ Luna Méndez, Rafael, Manual de enfermería, Ed. Lexus, Pag.10

- Prescripción y asistencia en actividades físicas, cognitivas, sociales y espirituales específicas para aumentar el margen, frecuencia o duración de la actividad de un individuo o grupo.
- Disminuir de la ansiedad del paciente que experimenta angustia aguda.
- Regular y mantener la temperatura corporal dentro del margen normal.
- Proporcionar tratamiento ante un paciente con hipertermia causada por factores no ambientales.
- Administrar de analgésicos, Utilizando de agentes farmacológicos, para disminuir o eliminar el dolor.
- Aplicar calor y frío, estimulando la piel y tejido subcutáneo para disminuir el dolor, espasmos musculares o inflamación.
- Aliviar el dolor o disminuirlo a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

2.3 Tipos de Diagnóstico de Enfermería.

La **NANDA** ha identificado tres tipos de diagnóstico de enfermería: reales, de alto riesgo y bienestar, los cuales se definen del siguiente modo:

Real:

Un diagnóstico Enfermería real es un juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad ante los problemas reales o potenciales de la salud o ante procesos de la vida.

De alto riesgo:

Un diagnóstico de Enfermería de alto riesgo es un juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo, una familia o una comunidad, para

desarrollar el problema, que otros que se encuentran en una situación igual o similar.⁵⁵ Estos diagnósticos incluyen factores de riesgo (conductas, enfermedades o circunstancias) que guían las actuaciones de Enfermería para reducir o evitar que se produzca un problema. Es una formulación diagnóstica de enfermería que describe dos partes: la identificación o expresión del problema potencial (problema) y agregándole el relacionado con para unir el problema y los factores contribuyentes (etiología).⁵⁶

Bienestar:

Un diagnóstico de Enfermería de bienestar, es un juicio clínico sobre un individuo, una familia o una comunidad, en transición de un nivel concreto de bienestar a un nivel más elevado.

⁵⁵ Iyer P., Taptich B., Bernocchi-Losey D., Proceso y diagnóstico de Enfermería. México Interamericana. McGraw-Hill; 1994. P.P.95.

⁵⁶ Susana Rosales Barrera, Eva Reyes Gómez. 3era edición. Ed. Manual Moderno Pag. 246

Capítulo III. Aplicación del Proceso Atención de Enfermería

3.1 Presentación del Caso Clínico.

Masculino de 35 años de edad proveniente de Mérida Yucatán, con nivel socioeconómico bajo, desempleado, preparatoria trunca, que vive en unión libre, de religión católica y refiere ser bebedor social.

Entre sus antecedentes de importancia destacan: diabetes mellitus tipo II, neuropatía diabética tratada con insulina NPH, gabapentina y carbamacepina (neurohepáticos), refiere dolor crónico en sus extremidades inferiores y entumecimiento de las mismas secundario a la neuropatía, sin embargo realiza caminata por las noches.

Informa que aproximadamente hace dos semanas inicio con tos productiva, diarrea y vómito sin recibir tratamiento alguno. Debido a que el cuadro no cedió decide acudir al servicio de admisión continua el día 7 de julio del 2009, para valoración del padecimiento, diagnosticándole deshidratación hidroelectrica, desnutricion y gastroenteritis probable (GEPI), y probable neumonía, manejado con antibioticoterapia, medicación de sostén y oxigenoterapia continua, por lo que se decide su ingreso a medicina interna de hospitalización en la cama 124, en el cual se controló y revirtió la deshidratación y la GEPI.

Actualmente la persona se encuentra consciente, orientado, con palidez de tegumentos, tos productiva, secreciones amarillentas, con disnea, estertores y fatiga, se observa falta de apetito, provocado por el mismo malestar.

Signos vitales: frecuencia cardiaca de 98 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 26 por minuto, temperatura de 38.9 °C, llenado capilar de 2 por segundo y tensión arterial de 130/80 mmHg.

Se observa deficiencia en sus hábitos higiénicos personales, limitación para la movilización, anímicamente decaído por las complicaciones que se podrían presentar y que por sus limitaciones y patología su esposa se ha hecho cargo de

la familia, ella expresa temor de que su esposo no recupere su salud, tiene miedo de que se muera y la deje sola con la carga económica y familiar

3.2 Valoración del cliente.

Datos de Identificación.

Nombre: J.A.L.L.
Edad: 35
Lugar de origen: Mérida, Yucatán
Fecha de nacimiento: 15 Enero de 1975
nacimient: Conocidos
Domicilio: Preparatoria Trunca
Escolaridad Católico
Religión
Familiar responsable: _____

Ambiente físico:

Características físicas: Ventilación e iluminación.
Habitación con buena ventilación e iluminación.
Propia (X) Rentada () Prestada () No. de habitantes ()
Tipo de construcción: Casa de material
Domésticos: 1 perro

Servicios Sanitarios:

Agua intradomiciliaria (X) Hidrante público () Otros ()
Fecalismo: Baño

Eliminación de desechos:

Control de basura: Recolección.

Drenaje: (Si) _____ Fosa séptica: (No) _____ Otros: (_____)

Vías de comunicación.

Pavimentación: (Si) Colectivos: (Si) Teléfono: (Si)

Carreteras: (Si) Camiones: (Si) Taxi: (Si)

Carro particular: (No)

Recursos sobre la salud.

Centro de Salud: (No) I.M.S.S.: (No) I.S.S.S.T.E.: (No)

Consultorio particular: (No) Otros: (Si) Seguro Popular

Hábitos higiénicos – dietéticos.

Aseo:

Baño: Baño diario (una vez al día)

De manos: Cuando se acuerda

Bucal: Aseo bucal diario.

Cambio de ropa personal: Una vez al día después del baño.

Alimentación.

Carne: 1 veces a la semana Huevos: 1 veces por semana

Verduras: 2 veces a la semana Leche: 1 veces por semana

Frutas: 1 veces por semana Tortillas: Todos los días

Leguminosas: 2 veces a la semana Pan: Todos los días

Pastas: 3 veces a la semana Agua: Todos los días

Eliminación:

Horario y características:

Intestinal: Una vez al día de características normales.

Vesical: Aproximadamente de 3 a 4 veces al día de color amarillo claro.

Descanso:

Frecuencia: Negado

Sueño: De las 21:00 hs a la 6:00 A.M.

Diversión y deporte: Ninguno

Trabajo: Ninguno

Otros: _____

Composición familiar.

Parentesco	Edad	Ocupación	Participación económica
Esposa Hija Hijo	32 años 3 años 1	Secretaria Ninguna Ninguna	\$ 50.00 pesos diarios

Dinámica familiar: Buenas relaciones intrafamiliares.

Dinámica social: Parque público, a misa.

Comportamiento:

Agresiva: No Tranquila: Si Indiferente: NO Alegre: Si Cooperador: Si

Antecedentes personales no patológicos.

Grupo y Rh: O positivo
Tabaquismo. No
Alcoholismo: No
Fármaco – dependencia: No.

Antecedentes personales patológicos:

Diabetes: Si.
Epilepsia: No.
HTA: No.
Cardiopatía: No.
Neuropatía: Si.
Enf. Infecto-contagiosa: No.
Toxoplasmosis: No.
Antecedentes quirúrgicos: No.
Tipo: Ninguno

Antecedentes transfuncionales: No.
Antecedentes traumáticos: No.
Otros: _____

Antecedentes heredo familiares:

Sífilis: No	SIDA: No.
Malformaciones congénitas: No.	Consanguinidad: No.
Retraso mental: No.	Hipertensión: No.
Diabetes: Madre	Neoplasias: No.
Cardiopatía: No.	Neuropatía: No.

Interrogatorio por aparatos y sistemas:

Cardio – Respiratorio.

Palpitaciones: No Lipotimias: No. Disnea: Si.

Acúfenos: No. Dolor torácico: No. Edema: No.

Disfonías: No Fosfenos: No. Tos: Si.

Observaciones: _____ .

Digestivo:

Apetito Normal: No. Vómito: No. Meteorismo: No.

Diarrea: No. Estreñimiento: No. Disminución de apetito: Si.

Náuseas: No. Distensión: No. Pirosis: No.

Dolor abdominal: No. Ruidos peristálticos: No. Melena: No.

Prurito anal: No. Disfagia: No. Constipación: No.

Regurgitaciones: No. Pujo y tenesmo: No.

Genitourinario:

Dolor: No. Piuria: No. Dismenorrea: No.

Disuria: No. Poliuria: Si. Prurito: No.

Tenesmo: No. Disuria: No. Leucorrea: No.

Características:

Hematuria: No. Esguerrimiento uretral: No.

Glándulas mamarias: _____ Normales para su edad y sexo.

Patología mamaria: _____ No.

Nervioso:

Cefalea: No. Aislamiento: No. Inconciencia: No.

Miosis: No. Temblores: No. Insomnio: No.

Anisocoria: No. Babinski: No. Depresión: No.

Falta de memoria: No. Midriasis: No. Ansiedad: No.

Observaciones: _____

Músculo esquelético:

Deformidades óseas, articulares y musculares.

Crepitación:	No.	Aumento de peso:	No.
Hipertriosis:	No.	Hipertiroidismo:	No.
Mialgias:	No.	Polidipsia:	Si.
Sudoración:	No.	Hipertiroidismo:	No.
Artralgia:	No.	Polifagia:	No.
Diabetes:	No.	Várices:	No.
Pérdida de peso:	Si.		

Otros: _____

Piel y anexos:
sentidos

Órganos de los

Pigmentación :	No.	Acridas :	No.	Otorrea:	No.
Conjuntivitis:	No.	Dermatosis:	No.	Edema:	No.
Hipoacusia:	No.	Epistaxis:	No.	Acné:	No.
Turgencia:	No.	Dolor:	No.	Riñera:	No.
Alergias:	No.	Prurito:	No.	Trastorno del olfato:	No.

Observaciones: _____

Exploración física.

Peso antes del ingreso a medicina interna: 86.5 kgs.

Peso actual: 83.5 kgs.

Estatura: 1.65 cm.

Pulso: 108 por minuto.

Tensión arterial: 100/90

Temperatura: 38.9° C

Respiración: 26 por minuto.

Saturación de oxígeno: 85 %

Inspección.

Aspecto físico:

La persona que se encuentra despierto, alerta, orientado, ansioso, con alteración del sistema nervioso por falta de sueño fisiológico, cooperador al interrogatorio y al examen físico, con buen estado de hidratación, aparente pérdida de peso, aumento de la frecuencia respiratoria en reposo, sin datos de aliento característico, con palidez leve de tegumentos, sin ictericia, rubicundo con fiebre en curso, tolera decúbito supino, extremidades íntegras, funcionales, con hipotrofia moderada, llenado capilar conservado, no tiene acrocianosis, ni edema periférico. Tiene hipoestesia (disminución de la sensación táctil) en miembros inferiores por debajo de rodillas y reflejos tendinosos disminuidos.

Palpación:

Abdomen globoso, blando, depresible y no doloroso, sin datos de irritación, sin visceromegalias, peristalsis presente.

Percusión abdominal:

No se determina presencia de aire.

Auscultación:

Se escuchan sonidos roncantes y subcrepitantes inspiratorios con mayor predominancia en el pulmón derecho, algunas sibilancias, y disminución de la transmisión de la voz, ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos, ni galope, buen tono en ritmo e intensidad la peristalsis es lenta.

Problema o padecimiento actual.

Dolor, leve palidez de tegumentos, inquietud, irritabilidad, ansiedad, dificultad respiratoria, presencia de tos, inmovilidad física, fiebre, pérdida de peso y falta de apetito.

Valoración de las necesidades humanas según teoría de Virginia Henderson

Las 14 Necesidades de Virginia Henderson son:

1. Respiración; Dificultad respiratoria, aumento de la frecuencia respiratoria en reposo.
2. Alimentación / Hidratación; Pérdida de peso, Falta de apetito, con buena hidratación
3. Eliminación; Buena eliminación, sin retención de líquidos.
4. Movilidad; Física, intolerancia a la actividad.
5. Reposo / Sueño; Inquietud y ansiedad no concilia el sueño por la tos.
6. Vestirse / Desvestirse; Fatiga al intentar al cambio de ropa.
7. Temperatura; Hipertermia de 38.9 °C
8. Higiene / Piel; Diario con dificultad, piel con palidez leve de tegumentos.
9. Seguridad; Ansiedad por no estar en su casa.
10. Comunicación; Mantiene buena relación con su familia.
11. Religión / Creencias; Refiere estar en paz consigo mismo y con la religión que profesa.
12. Trabajar / Realizarse; Falta de movilidad para realizar trabajo.

13. Actividades lúdicas; Intolerancia a la actividad.
14. Aprender; Falta de motivación para esta actividad.

3.3 Diagnósticos de Enfermería

- Respiración; Patrón respiratorio ineficaz R/C secreciones abundantes o espesas secundaria a infección m/p alteración del patrón respiratorio y de la frecuencia cardiaca.
- Alimentación / Hidratación; Desequilibrio nutricional por defecto R/C factores biológicos manifestado por pérdida de peso, aversión a comer
- Eliminación; Riesgo de estreñimiento r/c disminución del peristaltismo secundario a inmovilidad.
- Movilidad Riesgo de caídas r/c alteración de la función sensorial táctil de los miembros inferiores
- Reposo / Sueño; Déficit del sueño R/C malestar, tos y agitación
Perturbación del sueño R/C ambiente hospitalario m/p tos esporádica
- Vestirse / Desvestirse; Déficit de autocuidado vestido/acicalamiento R/C cansancio y debilidad manifestado por deterioro de la capacidad para ponerse las prendas de ropa necesarias.
- Temperatura; Alteración de la temperatura R/C proceso infeccioso, manifestado por temperatura corporal por encima del límite normal y taquicardia.
- Higiene / Piel; Déficit de autocuidado baño/higiene R/C fatiga manifestado por incapacidad para lavar total o parcialmente el cuerpo.
- Seguridad; Alteración del bienestar R/C permanencia prolongada en el hospital m/p
Ansiedad R/C cambio en estado de salud manifestado por inquietud.
- Comunicación; Manejo eficaz del régimen terapéutico m/p expresión verbal del deseo de controlar el tratamiento de la enfermedad dentro de los límites normales esperados.
- Religión / Creencias; Potencial para mejorar el bienestar espiritual m/p sensación de concienciación, relaciones de confianza.

- Trabajar / Realizarse; Afrontamiento familiar potencial de desarrollo m/p describir el enriquecimiento que la crisis provoca de sus propios valores, prioridades, objetivos o relaciones
- Actividades lúdicas; Intolerancia a la actividad relacionada con oxígeno insuficiente para las actividades de la vida diaria m/p debilidad, disnea
- Aprender; Conductas generadoras de salud r/c falta de conocimiento de conductas preventivas m/p deseo expresado de buscar información para la promoción de la salud.

Jerarquización de los Diagnósticos de Enfermería

1. Respiración; Patrón respiratorio ineficaz R/C secreciones abundantes o espesas secundaria a infección m/p alteración del patrón respiratorio y de la frecuencia cardíaca
2. Temperatura; Alteración de la temperatura R/C proceso infeccioso, manifestado por temperatura corporal por encima del límite normal y taquicardia.
3. Alimentación / Hidratación; Desequilibrio nutricional por defecto R/C factores biológicos manifestado por pérdida de peso, aversión a los alimentos.
4. Higiene / Piel; Déficit de autocuidado baño/higiene R/C fatiga manifestado por incapacidad para lavar total o parcialmente el cuerpo.
5. Vestirse / Desvestirse; Déficit de autocuidado vestido/acicalamiento R/C cansancio y debilidad manifestado por deterioro de la capacidad para ponerse las prendas de ropa necesarias.
6. Reposo / Sueño Alteración del patrón del sueño R/C despertares frecuentes durante la noche secundario a enfermedad respiratoria m/p agitación, tos, disnea
7. Movilidad. Deterioro de la movilidad física r/c prescripción de restricción de movimientos m/p limitación de la amplitud de los movimientos
8. Eliminación; Riesgo de estreñimiento r/c disminución del peristaltismo secundario a inmovilidad.

9. Seguridad; Riesgo de infección r/c alteración de las defensas secundarias

Ansiedad R/C cambio en estado de salud manifestado por inquietud.

10. Comunicación; Manejo eficaz del régimen terapéutico m/p expresión verbal del deseo de controlar el tratamiento de la enfermedad dentro de los límites normales esperados.
11. Religión / Creencias; Potencial para mejorar el bienestar espiritual m/p sensación de concienciación, relaciones de confianza.
12. Trabajar / Realizarse; Alteración en el mantenimiento de la salud m/p toxicomanías
13. Actividades lúdicas; Intolerancia a la actividad relacionada con oxígeno insuficiente para las actividades de la vida diaria m/p debilidad, disnea.
14. Aprender; Conductas generadoras de salud r/c falta de conocimiento de conductas preventivas m/p deseo expresado de buscar información para la promoción de la salud.

3.4 Planeación, ejecución y evaluación

Diagnóstico de Enfermería 1

Patrón respiratorio ineficaz R/C secreciones abundantes o espesas secundaria a infección m/p alteración del patrón respiratorio y de la frecuencia cardiaca.

Objetivo: Recuperar la frecuencia respiratoria basal (14-24/min)

Actividades de la Enfermera	Fundamentación Científica
<p>Intervención: MANEJO DE LA VÍA AÉREA</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none">-Colocar al paciente en posición que permita el potencial de ventilación sea el máximo posible.-Eliminar secreciones fomentando la tos o la succión.- Realizar fisioterapia torácica.-Fomentar una respiración lenta y profunda, giros y tos.-Enseñar a toser de manera efectiva.-Administrar broncodilatadores.-Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación.	<p>La posición de sedestación erguida aleja a los órganos abdominales de los pulmones permitiendo una mayor expansión.</p> <p>La tos desprende las secreciones y las empuja hacia el bronquio para que puedan expectorarse o aspirarse. (Carpenito 2003)</p>
<p>Intervención: MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none">-Vigilar la frecuencia, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.	<p>El aumento de volumen de aire en los pulmones favorece la expulsión de las secreciones, facilita la expansión</p>

<ul style="list-style-type: none"> -Anotar el movimiento torácico, mirando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracción de músculos intercostales y supraclaviculares. -Observar si hay fatiga muscular diafragmática. -Instaurar tratamiento de terapia respiratoria 	<p>torácico y evita el cansancio (Carpenito 2003)</p>
<p>Evaluación:</p> <p>Se logra poco a poco que la persona mantenga una frecuencia respiratoria dentro de los límites normales</p>	

Diagnóstico de Enfermería 2

Alteración de la temperatura R/C proceso infeccioso, manifestado por temperatura corporal por encima del límite normal y taquicardia.

Objetivo: La persona mantendrá temperatura dentro de límites normales.

Actividades de la Enfermera	Fundamentación Científica
<p>Intervención: Tratamiento de la fiebre</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none">-Tomar la temperatura lo más frecuentemente que sea oportuno.-Administrar medicación antipirética, si procede-Fomentar el aumento de la toma de líquidos orales, si procede.-Administrar líquidos I.V, si procede-Aplicación de medios físicos.	<p>El conocimiento de los signos vitales en un individuo permite valorar el estado de salud o enfermedad y ayudar a establecer un diagnóstico.</p> <p>Los fármacos ayudan a disminuir la temperatura de una manera rápida y efectiva.</p> <p>Los paños de agua fría en áreas térmicamente reguladoras ayuda a disminuir la temperatura corporal (axilas, cabeza y abdomen). (Carpenito 2003)</p>
<p style="text-align: center;">Evaluación:</p> <p>Mediante las intervenciones de enfermería se logró mantener en la persona la norma regulación de la temperatura</p>	

Diagnóstico de Enfermería 3

Desequilibrio nutricional por defecto R/C factores biológicos manifestado por pérdida de peso, aversión a los alimentos

Objetivo: La persona mantendrá hábitos alimenticios adecuados antes del ALTA.

Actividades de la Enfermera	Fundamentación Científica
<p>Intervención: Manejo de la nutrición</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none">-Dar comidas ligeras, en puré y blandas.-Asegurarse que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar estreñimiento.-Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente.-Ofrecer bebidas y frutas frescas, cuando sea preciso	<p>Favorece la recuperación del usuario.</p> <p>Las proteínas y los carbohidratos, son indispensables para la función normal del organismo.</p> <p>Estimulan la absorción y por ende aumentan el apetito.</p>
<p style="text-align: center;">Evaluación</p> <p style="text-align: center;">Mediante las intervenciones de enfermería, la persona mostró un adecuado estado nutricional.</p>	

Diagnóstico de Enfermería 4

Déficit de autocuidado baño/higiene R/C fatiga manifestado por incapacidad para lavar total o parcialmente el cuerpo.

Objetivo: La persona será capaz de realizar su higiene personal completa con mínima ayuda.

Actividades de la Enfermera	Fundamentación Científica
<p>Intervención : Ayuda con los autocuidados baño/higiene</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> -Colocar toalla ,jabón, desodorante, equipo de afeitarse y demás accesorios necesarios a pie de cama, en el baño. -Facilitar que el paciente se cepille los dientes, si es el caso. -Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados. -Comprobar la limpieza de las uñas, según la capacidad de autocuidado del paciente. -Facilitar que el paciente se bañe el mismo, si procede. 	<p>La incapacidad para llevar a cabo el cuidado personal genera sentimientos de dependencia y autoconcepto bajo.</p> <p>Aumentando la independencia del cuidado personal, se eleva el autoestima (Maher y Cols 1998)</p>
<p>Evaluación</p> <p>La persona logro realizar actividades de la vida diaria para su autocuidado de manera óptima.</p>	

Diagnóstico de Enfermería 5

Déficit de autocuidado vestido/acicalamiento R/C cansancio y debilidad manifestado por deterioro de la capacidad para ponerse las prendas de ropa necesarias.

Objetivo: La persona será capaz de vestirse y desvestirse con ayuda parcial

Actividades de la Enfermera	Fundamentación Científica
<p>Intervención: Autocuidados: Vestir</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none">-Identificar las áreas en las que el paciente necesita ayuda para vestirse.-Observar la capacidad del paciente para vestirse.-Proporcionar y recomendar ropas cómodas y de fácil manejo.-Fomentar el uso de mecanismos para el autocuidado, si procede.	<p>La limpieza de nuestro cuerpo es esencial para la tranquilidad y confort del usuario.</p> <p>Un acicalamiento personal óptimo favorece el bienestar psicológico. (Carpenito 2003)</p>
La persona es capaz de vestirse y desvestirse con ayuda.	

Diagnóstico de Enfermería 6

Alteración del patrón del sueño R/C despertares frecuentes durante la noche secundario a enfermedad respiratoria
m/p agitación, tos, disnea

Objetivo: La persona conciliara la estabilidad del sueño fisiológico.

Actividades de la Enfermera	Fundamentación Científica
<p>Intervención: MEJORAR EL SUEÑO</p> <p><u>Actividades:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura)para favorecer el sueño. -Instruir al paciente y a los seres queridos acerca de los factores que contribuyen a trastornar el esquema del sueño. -Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo del sueño/vigilia del paciente. -Fomentar el uso de medicamentos para dormir. 	<p>La posiciones adecuada facilitan la comodidad del usuario y a si su relajación.</p> <p>Los diversos factores que alteran el sueño, son el dolor. La bulla o exceso de ruido la temperatura ambiental, la presencia de restos de basura en la cama, el mal aseo, los apósitos manchados.</p>
<p>Evaluación:</p> <p>Se logra que la persona duerma, y no manifiesta malestar.</p>	

Diagnóstico de Enfermería 7

Deterioro de la movilidad física r/c prescripción de restricción de movimientos m/p limitación de la amplitud de los movimientos.

Objetivo: La persona manifestará un incremento en la fuerza y resistencia de las extremidades

Actividades de la Enfermera	Fundamentación Científica
<p>Intervención: Cuidados del paciente encamado</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada: posición semifowler. -Mantener la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas. -Colocar en la cama una base de apoyo para los pies. -Utilizar dispositivos de cama que protejan al paciente. -Girar al paciente inmovilizado al menos 2 horas, de acuerdo con un programa específico. -Vigilar el estado de la piel. -Ayudar con las medidas de higiene. -Realizar ejercicios de margen de movimientos pasivos y/o activos. 	<p>El reposo en cama prolongado o la hipovolemia, pueden provocar un descenso brusco de la tensión arterial cuando la sangre retorna a la circulación periférica. La actividad progresiva disminuye la fatiga y aumenta la resistencia.</p> <p>Los ejercicios son necesarios para mejorar la circulación y fortalecer los grupos musculares necesarios para la deambulación. (Carpenito 2003)</p>
<p>Intervención :Cuidados de tracción/inmovilización</p>	<p>La movilización activa aumenta la masa, el</p>

<ul style="list-style-type: none"> -Vigilar la piel y las prominencias óseas para ver si hay signos de ulcera por decúbito. -Observar si se produce complicaciones para la movilidad. -Administrar cuidados adecuados de la piel en los puntos de fricción. -Vigilar la circulación, movimientos y sensibilidad de la extremidad afectada. 	<p>tono y la fuerza de los músculos y mejora las funciones cardiaca y respiratoria. La movilización pasiva mejora la movilidad articular y la circulación. (Carpenito 2003)</p>
<p>Evaluación</p> <p>La persona manifestará un incremento en la fuerza y resistencia de las extremidades</p>	

Diagnóstico de Enfermería 8

Riesgo de estreñimiento r/c disminución del peristaltismo secundario a inmovilidad.

Objetivo: La persona manifestará una frecuencia intestinal adecuada durante su estancia hospitalaria.

Actividades de la Enfermera	Fundamentación Científica
<p>Intervención: Entrenamiento intestinal</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none">-Instruir al paciente acerca de alimentos con alto contenido en fibra-Asegurar una ingesta adecuada de líquidos-Proporcionar alimentos ricos en fibra-Evaluar el estado intestinal a intervalos regulares	<p>Una dieta equilibrada y rica en fibra estimula el peristaltismo.</p> <p>La frecuencia y la consistencia de las heces están relacionadas con los líquidos y alimentos ingeridos.</p> <p>Para mantener el habito intestinal y conseguir una consistencia adecuada de las heces es necesario consumir al menos 2 litros de liquido al día.</p>
<p style="text-align: center;">Evaluación</p> <p style="text-align: center;">La persona manifestó durante su estancia hospitalaria una frecuencia de al menos 1 al día.</p>	

Diagnóstico de Enfermería 9

Riesgo de infección r/c alteración de las defensas secundarias

Objetivo: Evitar en la persona infecciones secundarias

Actividades de la Enfermera	Fundamentación Científica
<p>Intervención: Control de infecciones</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none">-Cambiar el equipo de cuidados del paciente según protocolos del centro.-Limitar el número de visitas.-Mantener técnicas de aislamiento si procede.-Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.-Usar guantes estériles, si procede.-Administrar terapia de antibióticos, si procede.	<p>El tener conocimiento de procedimientos que se realicen para la prevención y la detección precoz de la infección en un paciente, reduce el riesgo de que éste pueda contraer uno o más agentes patógenos que dañen su salud. Rabinovich, G. (2004)</p>
<p style="text-align: center;">Evaluación:</p> <p style="text-align: center;">La persona se mantuvo sin datos de infección.</p>	

Diagnóstico de Enfermería 9

Ansiedad R/C cambio en estado de salud manifestado por inquietud.

Objetivo: La persona será capaz de disminuir su nivel de ansiedad durante el turno.

Actividades de la Enfermera	Fundamentación Científica
<p>Intervención: Disminución de la ansiedad.</p> <ul style="list-style-type: none">-Valorar el nivel de ansiedad.-Explicar la persona las intervenciones a realizar.-Apoyar la persona a reducir su ansiedad, brindándole de nuestro tiempo para escucharle cuando desahogue sus sentimientos y pensamientos.-Facilitarle información sobre su estado de salud cuando la que se haya dado no ha sido suficiente.-Enseñar ejercicios de relajación y técnicas de distracción.-Animar a que se concentre en las cosas positivas y reducir lo que sea negativo.	<p>Permite identificar en que grado de ansiedad se encuentra la persona.</p> <p>Para que coopere con ellas.</p> <p>La persona describirá mejor sus sentimientos y preocupaciones si lo desea. No se debe estar demasiado ocupada para escucharle, así el verá nuestro verdadero interés.</p> <p>Las personas con ansiedad tienen problemas para recordar la información y usarla cuando sea necesario.</p> <p>Los ejercicios de relajación y los medios de distracción ayudan a separarse de ciertas actividades que someten al cuerpo a un excesivo estrés reduciendo la ansiedad y la depresión.</p> <p>El paciente podrá observar el interés que se muestra ante su situación y nos podrá tener confianza al</p>

<ul style="list-style-type: none"> -Escuchar la persona cuando exprese su temor por el distanciamiento temporal con sus familiares durante la permanencia en el hospital. -Brindarle un ambiente familiar, acogedor y de confianza. -Brindarle apoyo emocional para que se involucre y coopere con ellas. 	<p>expresarnos sus temores.</p> <p>Esto le permitirá sentirse en seguridad y tranquilidad y a no concentrarse en sus Preocupaciones o temores.</p> <p>El apoyo emocional es una forma de tratar de aliviar los trastornos mentales y emocionales, basados en la comunicación verbal y emocional y tiene como objetivo aliviar las consecuencias que estos problemas que acarrear.</p>
<p>Evaluación</p> <p>La persona disminuye su nivel de ansiedad mediante las intervenciones de enfermería.</p>	

Diagnóstico de Enfermería 10

Manejo eficaz del régimen terapéutico m/p expresión verbal del deseo de controlar el tratamiento de la enfermedad dentro de los límites normales esperados.

Objetivo: La persona mantendrá una conducta favorable para su tratamiento.

Actividades de la Enfermera	Fundamentación Científica
<p>Intervención: Favorecer a la terapéutica.</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none">-Proporcionar al paciente y/o miembros de la familia información escrita y visual para potenciar la autoadministración de los medicamentos, según sea necesario.-Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción medica.-Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación-Determinar los factores que puedan impedir al paciente tomar los fármacos tal como se ha prescritos-Investigar los posibles recursos económicos para la adquisición de los fármacos prescritos, si procede.	<p>La naturaleza dinámica de las enfermedades hace necesario conocer cómo equilibrar la propia vida, para mantener los síntomas bajo control en la medida de lo posible. Carpenito (2003)</p>

Evaluación

Conducta de cumplimiento

Diagnóstico de Enfermería 11

Potencial para mejorar el bienestar espiritual m/p sensación de concienciación, relaciones de confianza.

Objetivo: La persona practicara libremente la religión que profese.

Actividades de la Enfermera	Fundamentación Científica
-Atención a Religión y Creencias. -Facilitar contacto con, representantes espirituales.	La espiritualidad influye en las aptitudes y conductas relacionadas con el bien y el mal, la familia, la crianza, el trabajo, el dinero y otras muchas áreas funcionales. (Carpenito 2003)
Evaluación La persona expresará la armonía con la religión que eligió profesar.	

Diagnóstico de Enfermería 12

Alteración en el mantenimiento de la salud m/p toxicomanías

Objetivo: La persona evitara toxicomanías.

Actividades de la Enfermera	Fundamentación Científica
<p>Enseñanza del autocuidado</p> <p>Actividad</p> <ul style="list-style-type: none">-Definir la conducta del consumo del alcohol.(frecuencia, cantidad).-Proporcionar información acerca de los riesgos del alcoholismo, su influencia sobre la enfermedad actual y el beneficio de la abstinencia.-Fomentar la participación de grupos de apoyo.	<p>Para ayudar al cliente a iniciar un cambio en la conducta sanitaria, la enfermera debe llevar a cabo intervenciones que concienticen a la persona de la gravedad de su conducta y de su vulnerabilidad en caso de persistir en ella. (Carpenito 2003)</p>
Evaluación	
Las personas expresó un intento por comprometerse en conductas de mantenimiento de la salud.	

Diagnóstico de Enfermería 13

Intolerancia a la actividad relacionada con oxígeno insuficiente para las actividades de la vida diaria m/p debilidad, disnea

Objetivo: La persona tolerara la actividad física.

Actividades de la Enfermera	Fundamentación Científica
<p>Intervención: AYUDA AL AUTOCUIDADO</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none">-Comprobar la capacidad del paciente para ejercer actividades independientes.-Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad.-Establecer una rutina de actividades de autocuidados.	<p>La tolerancia a la actividad puede aumentarse al máximo gracias a un programa integrado que abarque fundamentos de relajación física, higiene pulmonar, respiración controlada, nutrición e hidratación adecuada. Carpenito (2003)</p>
Evaluación La persona tolera ciertas actividades para la actividad física.	

Diagnóstico de Enfermería 14

Conductas generadoras de salud r/c falta de conocimiento de conductas preventivas m/p deseo expresado de buscar información para la promoción de la salud.

Objetivo: Conducta de búsqueda de salud

Actividades de la Enfermera	Fundamentación Científica
<p>Intervención: Enseñanza, individual</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none">-Valorar el nivel educativo del paciente.-Determinar la secuencia de presentación de la información.-Corregir las malas interpretaciones de la información, si procede.-Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.	<p>Las conductas saludables y las de afrontamiento guardan una relación estrecha ;las enfermeras ayudan a los clientes a maximizar su capacidad para controlar el estrés durante toda la enfermedad(Carpenito 2003).</p>
<p style="text-align: center;">Evaluación</p> <p style="text-align: center;">La persona asumirá la responsabilidad de su propio bienestar.</p>	

Capítulo IV. Plan de atención de enfermería

Plan de Atención.

- 1. Manejo adecuado de vías aéreas ayudando la persona tenga la facilidad de respirar adecuadamente sin obstrucciones.**
- 2. La persona establecerá hábitos alimenticios adecuados antes del ALTA.**
- 3. Ayudar a la persona a estabilizar el patrón de sueño.**
- 4. La persona logrará dormir por lo menos 6 –8 horas durante la hospitalización.**
- 5. La persona mantendrá temperatura dentro de límites normales.**
- 6. La persona será capaz de identificar las fuentes de afrontamiento durante el turno.**
- 7. Hacer que la persona se sienta más cómodo en su estancia hospitalaria.**
- 8. La persona será capaz de disminuir su nivel de ansiedad durante el turno.**

Objetivo	Planeación	Ejecución	Evaluación
Recuperar la frecuencia respiratoria basal (14-24/min)	<p>Mantener permeable las vías aéreas.</p> <p>Monitorización de la respiración.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Colocar al paciente en posición que permita el potencial de ventilación sea el máximo posible. -Eliminar secreciones fomentando la tos o la succión. - Realizar fisioterapia torácica. -Fomentar una respiración lenta y profunda, giros y tos. -Enseñar a toser de manera efectiva. -Administrar broncodilatadores. -Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación. -Vigilar la frecuencia, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. -Anotar el movimiento torácico, mirando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracción de músculos intercostales y supraclaviculares. -Observar si hay fatiga muscular diafragmática. -Instaurar tratamiento de terapia respiratoria. 	<p>Se logra poco a poco que la persona mantenga una frecuencia respiratoria dentro de los límites normales</p>
La persona mantendrá temperatura dentro de	<p>Tratamiento de la fiebre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Tomar la temperatura lo más frecuentemente que sea oportuno. -Administrar medicación antipirética, si procede -Fomentar el aumento de la toma de líquidos orales, si 	<p>Mediante las intervenciones de enfermería se logró mantener</p>

límites normales.		<p>procede.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Administrar líquidos I.V, si procede -Aplicación de medios físicos. 	<p>en la persona la normo regulación de la temperatura.</p>
La persona mantendrá hábitos alimenticios adecuados antes del ALTA.	Manejo de la nutrición	<p>Dar comidas ligeras, en puré y blandas.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Asegurarse que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar estreñimiento. -Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente. -Ofrecer bebidas y frutas frescas, cuando sea preciso 	<p>Mediante las intervenciones de enfermería, la persona mostró un adecuado estado nutricional.</p>
La persona será capaz de vestirse y desvestirse con ayuda parcial	Autocuidados, Vestir	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar las aéreas en las que el paciente necesita ayuda para vestirse. -Observar la capacidad del paciente para vestirse. -Proporcionar y recomendar ropas cómodas y de fácil manejo. -Fomentar el uso de mecanismos para el autocuidado, si procede. 	<p>La persona logro realizar actividades de la vida diaria para su autocuidado de manera óptima.</p>
La persona conciliará la	Mejorar el sueño	<ul style="list-style-type: none"> -Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura)para favorecer el sueño. 	<p>logra que la persona duerma,</p>

<p>estabilidad del sueño fisiológico.</p>		<ul style="list-style-type: none"> -Instruir al paciente y a los seres queridos acerca de los factores que contribuyen a trastornar el esquema del sueño. -Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo del sueño/vigilia del paciente. -Fomentar el uso de medicamentos para dormir. 	<p>y no manifiesta malestar.</p>
<p>La persona manifestará un incremento en la fuerza y resistencia de las extremidades</p>	<p>Cuidados del paciente encamado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada: posición semifowler. -Mantener la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas. -Colocar en la cama una base de apoyo para los pies. -Utilizar dispositivos de cama que protejan al paciente. -Girar al paciente inmovilizado al menos 2 horas, de acuerdo con un programa específico. -Vigilar el estado de la piel. -Ayudar con las medidas de higiene. -Realizar ejercicios de margen de movimientos pasivos y/o activos. <p>Intervención :Cuidados de tracción/inmovilización</p>	<p>La persona manifestará un incremento en la fuerza y resistencia de las extremidades</p>

		<ul style="list-style-type: none"> -Vigilar la piel y las prominencias óseas para ver si hay signos de ulcera por decúbito. -Observar si se produce complicaciones para la movilidad. -Administrar cuidados adecuados de la piel en los puntos de fricción. -Vigilar la circulación, movimientos y sensibilidad de la extremidad afectada. 	
La persona manifestará una frecuencia intestinal adecuada durante su estancia hospitalaria.	Entrenamiento intestinal	<ul style="list-style-type: none"> -Instruir al paciente acerca de alimentos con alto contenido en fibra -Asegurar una ingesta adecuada de líquidos -Proporcionar alimentos ricos en fibra -Evaluar el estado intestinal a intervalos regulares 	La persona manifestó durante su estancia hospitalaria una frecuencia de al menos 1 al día.
Evitará en la persona infecciones secundarias	Control de infecciones	<ul style="list-style-type: none"> -Cambiar el equipo de cuidados del paciente según protocolos del centro. -Limitar el número de visitas. -Mantener técnicas de aislamiento si procede. 	La persona se mantuvo sin datos de infección.

		<ul style="list-style-type: none"> -Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes. -Usar guantes estériles, si procede. -Administrar terapia de antibióticos, si procede. 	
<p>La persona será capaz de disminuir su nivel de ansiedad durante el turno.</p>	<p>Disminución de la ansiedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> Valorar el nivel de ansiedad. -Explicar la persona las intervenciones a realizar. -Apoyar la persona a reducir su ansiedad, brindándole de nuestro tiempo para escucharle cuando desahogue sus sentimientos y pensamientos. -Facilitarle información sobre su estado de salud cuando la que se haya dado no ha sido suficiente. -Enseñar ejercicios de relajación y técnicas de distracción. -Animar a que se concentre en las cosas positivas y reducir lo que sea negativo. -Escuchar la persona cuando exprese su temor por el distanciamiento temporal con sus familiares durante la permanencia en el hospital. -Brindarle un ambiente familiar, acogedor y de confianza. 	<p>La persona disminuye su nivel de ansiedad mediante las intervenciones de enfermería.</p>

		-Brindarle apoyo emocional para que se involucre y coopere con ellas.	
La persona mantendrá una conducta favorable para su tratamiento.	Favorecer a la terapéutica.	<p>Proporcionar al paciente y/o miembros de la familia información escrita y visual para potenciar la autoadministración de los medicamentos, según sea necesario.</p> <p>-Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción medica.</p> <p>-Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación</p> <p>-Determinar los factores que puedan impedir al paciente tomar los fármacos tal como se ha prescritos</p> <p>-Investigar los posibles recursos económicos para la adquisición de los fármacos prescritos, si procede.</p>	Conducta de cumplimiento
La persona practicara libremente la religión que profese.	Favorecer a la religión que profesa.	<p>-Atención a Religión y Creencias.</p> <p>-Facilitar contacto con, representantes espirituales.</p>	La persona expresará la armonía con la religión que eligió profesar.

la persona evitara toxicomanías.	Enseñanzas del autocuidado.	<ul style="list-style-type: none"> -Definir la conducta del consumo del alcohol.(frecuencia, cantidad). -Proporcionar información acerca de los riesgos del alcoholismo, su influencia sobre la enfermedad actual y el beneficio de la abstinencia. -Fomentar la participación de grupos de apoyo. 	Las personas expresó un intento por comprometerse en conductas de mantenimiento de la salud.
La persona tolerara la actividad física.	Ayuda al autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> -Comprobar la capacidad del paciente para ejercer actividades independientes. -Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad. -Establecer una rutina de actividades de autocuidados. 	La persona tolera ciertas actividades para la actividad física.
Conducta de búsqueda de salud	Enseñanza, individual	<ul style="list-style-type: none"> Valorar el nivel educativo del paciente. -Determinar la secuencia de presentación de la información. -Corregir las malas interpretaciones de la información, si procede. -Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes. 	La persona asumirá la responsabilidad de su propio bienestar.

CONCLUSIONES

Las enfermeras de los diferentes servicios de hospitalización, son la base para proporcionar cuidados a través de una valoración clínica, y un buen diagnóstico de las necesidades de la persona.

El Proceso del Cuidado de Enfermería constituye una herramienta básica y primordial en la labor cotidiana del personal de enfermería, debido a que mediante esta metodología de trabajo con pasos relacionados, el profesional interactúa con la persona para conseguir los datos necesarios para la formulación de diagnósticos de enfermería que dan a conocer las necesidades que deben satisfacerse en la persona. Cabe resaltar que para la aplicación de este proceso es necesario mantener un elevado grado de interacción con la persona, y con el familiar del mismo.

Es importante reconocer que la neumonía es una inflamación de los pulmones causada por una infección por muchos organismos diferentes como bacterias, virus y hongos. en el cual existe una condensación originada por la ocupación de los espacios alveolares con exudado. Y que el intercambio gaseoso no puede llevarse a cabo en las áreas condensadas y la sangre se desvía alrededor de los alvéolos no funcionales.

Dependiendo además de la cantidad de tejido afectado puede aparecer hipoxemia. Con frecuencia la neumonía puede ser causada por una aspiración de materiales infectados a los bronquios distales y alvéolos. Ciertas personas son especialmente susceptibles como aquellas personas cuyos mecanismos de defensa respiratorios están dañados o alteradas como pacientes con: Gripe, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Traqueotomía, aquellos que han sido anestesiados recientemente, también en personas que padecen una enfermedad que afecta a la respuesta de los anticuerpos (pacientes con mioma múltiple), en alcohólicos donde existe mayor peligro de aspiración. Sin

poder olvidar que la neumonía nosocomial (adquirida en el hospital) es una causa de morbilidad y mortalidad importante.

Actualmente existen enfermeras que no cuentan con la preparación y capacitación para realizar el proceso atención de enfermería, para ayudar a proporcionar cuidados inmediatos y planear las medidas necesarias en forma oportuna.

Para concluir, cabe destacar que se lograron los objetivos propuestos al iniciar y así mismo, los objetivos propuestos al iniciar la realización de los planes de cuidado.

Es mi mayor deseo **“difundir el proceso enfermero con mis compañeros, ofreciendo mis ideas y conocimientos adquiridos, lo cual contribuirá al enriquecimiento de mi práctica profesional”**.

SUGERENCIAS.

- ❖ Concientizar al personal de enfermería que el proceso de atención de enfermería es un método de atención aplicable en la práctica profesional diaria a través del cual, se administran y proporcionan cuidados con calidad y calidez.

- ❖ Es importante que los profesionales de salud tengan una actualización continua, debido a los cambios que se están produciendo día a día para poder adaptarse y estar a la vanguardia mejorando la calidad de servicio que brindan a las persona.

- ❖ Como pasante de la licenciatura la aplicación del proceso de enfermería me ha abierto las puertas para lograr un aprendizaje junto con la persona y su familia para reforzar el autocuidado.

- ❖ Considero necesario programar cursos de actualización para la aplicación del proceso enfermero, ofreciendo por el docente una clara y práctica forma de aprenderlo, aplicarlo y enseñarlo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Manual de Diagnósticos de enfermería Lynda Juall Carpenito 9ª edición Mc Graw Hill Interamericana.
- Clasificación de intervenciones de enfermería (nic) quinta edición autores Gloria m. bulechek, Howard Butcher, Joanne McCloskey año 2007-2008.editorial elseiver
- Clasificación de resultados de enfermería (noc) cuarta edición autor Sue Moorhead, Marion Johnson, Meridean L Maas, Elizabeth Swanson editorial elseiver

Coria Lovenzo J. Gómez B.D. Saavedra B.M. Avances en el Control de Infecciones Nosocomiales en el Paciente Pediátrico. Ed. AstraZeneca. 2ª. Edición México 2005. P:P. 353.

Enfermería Clínica (2000) Revista Vol. 10 número 6 Noviembre – Diciembre Edit. Doyma S.L. Barcelona, España.

“Hacia la construcción de una disciplina Enfermera” adaptado como material didáctico de La construcción de una disciplina, de Esteban, Manuel, Universidad de Murcia, España, 1994. responsable: Lic. Severino Rubio Domínguez. SUA –Enero, 1996, P.P. 101, 105, 106.

Jeffrey L. Blumer. Cuidados Intensivos en Pediatría. Ed. Harcourt Brace. 3a. Edición. España 1999. P:P. 961.

Jonson M. Bulecheck G. Maas M. Diagnósticos Enfermeros Resultados e Intervenciones. Ed. Hartcourt, 1 Ed. Madrid, España 2000. P:P. 151

Kitt E. Kaiser J. Urgencias en Enfermería. Ed. Interamericana 1ª. Edición. México 1992. P:P. 545.

Lyer P:W. Taptich B. J. Bernocchi-Losey D. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. Ed. Interamericana. 3ª. Edición. México 1997. P.P. 35.

Marjory Gordon. Manual de Diagnósticos Enfermeros. Ed. Elsevier-Mosby. 10a. Edición. España 2003. P.P. 353.

Rodríguez R. Velásquez L, Valencia P. Urgencias en Pediatría. Ed. Interamericana 4º. Edición. México 1996, P.P. 19.

Rodríguez Berta Alicia. Proceso de Enfermería. Ed. Cuellar. 1ª. Edición México 2000 P:P. 23.

Tucker, Canobbio, Paquete, Wells. Normas de Cuidados del paciente. Ed. Harcourt/Océano. 6a. Edición. España 1998. P.P. 340.

Whaley L. Wong. Tratado de Enfermería Pediátrica. Interamericana, México, D.F. 2000. P.P. 707.

Zimmerman. Gildea. Cuidados Intensivos y Urgencias en Pediatría. Ed. Interamericana. 1ª. Ed. México 1898. P:P: 72.

El Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica. Ed. Océano Centrum. 9ª. Edición. España 1994. P.P. 482, 483.

NANDA Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificaciones. Ed. Española, Madrid España 2001, P.P. 263.

ANEXOS
Valoración Diagnóstica de Enfermería

1. Datos de Identificación:

Nombre:	Domicilio
Sexo	
Nacionalidad	
Escolaridad	
Ocupación	Fecha de nacimiento
Estado civil	
Religión	Familiar responsable
Grupo sanguíneo	
Talla	Peso

4 Perfil del paciente:

Ambiente físico.

Propia	Rentada	Prestada	Habitaciones:
Tipo de construcción			
Servicios sanitarios			
Agua intradomiciliaria	Hidrante público	Otros	
Eliminación de desechos			

Control de basura:

Drenaje:	Fosa séptica
Letrina	
Otros: _____	

Vías de comunicación

Pavimentación	Colectivos	Teléfono
Carreteras	Metro	Camiones
Taxi	Carro particular	

Recursos sobre la salud

Centro de Salud	IMSS	ISSSTE
Consultorio particular:		
Otros:_____		

Hábitos higiénico-dietéticos

Aseo:	Baño: (Tipo y frecuencia)
De manos:	Cambio de ropa personal(Total, parcial, frecuencia)
Bucal:	

Alimentación

Carne	Huevos
Verduras	Leche
Frutas	Tortillas
Leguminosas	Pan
Pastas	Agua_____Lts. Por día o vaso al día_____

Eliminación

Horario y características:
Intestinal
Vesical
Descanso (Tipo y frecuencia)
Sueño (Horario y características)
Diversión y/o deportes

Trabajo y/o estudio:

Otros: _____

Composición Familiar

Dinámica Familiar

Dinámica Social

Comportamiento (Conducta cotidiana)

Agresivo Tranquilo Indiferente Alegre

Cooperador

5 Antecedentes personales no patológicos

Vacunación

Grupo y Rh

Tabaquismo

Toxicomanías

Alcoholismo

Fármaco-dependencia

6 Antecedentes Personales Patológicos

Parentesco	Edad	Ocupación	participación Económica
------------	------	-----------	-------------------------

Diabetes

Cardiopatía

Epilepsia

Neuropatía

H.T.A.

Enf. Infecto-contagiosa

Antecedentes quirúrgicos

Taxoplasmosis

Tipo: _____

7 Antecedentes Heredo-Familiares

Sífilis

Trastornos Psiquiátricos

SIDA

Diabetes

Malformaciones congénitas	Neoplasias
Consanguinidad	Cardiopatía
Retraso Mental	Neuropatía

8 Interrogatorio por Aparatos y Sistemas

Palpitaciones	Lipotimias	Disnea
Acúfenos	Dolor torácico	Edema
Fosfenos	Ruidos Cardíacos	Cianosis
Tos	Disfonías	Expectoración

Observaciones: _____

9 Digestivo

Apetito Normal	Vomito	Meteorismo	
Diarrea			
Disminución del apetito			
Hematemesis			
Pirosis	Dolor abdominal	Cuidados Penstálticos	Melena
Prurito anal			
Disfagia	Regurgitaciones	Constipación	Pujo y tenesmo.

Observaciones: _____

10 Genitourinario

Dolor	Piuria	Dismenorrea
Patología	Mamaria	
Tipo: _____		
Disuria	Poliuria	Prurito
Tenesmo	Leucorrea (características)	
Hematuria	Escurrencimiento Uretral	Glándulas
Mamarias		

Observaciones: _____

9. Nervioso

Cefalea	Aislamiento	Inconciencia
Miosis	Temblores	Insomnio
Midriasis	Ansiedad	Falta de memoria
Babinski		

Observaciones: _____

10. Músculo-Nervioso

Deformidades: Óseas, articulares y musculares		Crepitación
Aumento de peso		
Hipertriciasis	Galactorrea	Hipertiroidismo
Mialgias	Polidipsia	Sudoración
Hipotiroidismo	Artralgias	Polifagia
Diabetes	Varices	Perdida de peso

Observaciones: _____

11. Piel y anexos-Órganos de los sentidos

Pigmentación	Herida	Otoírea	Conjuntivitis
Dermatosis	Edema	Hipoacusia	Epistaxis
Acné	Turgencia	Dolor	Alergia
Prurito	Trastornos del olfato		

Observaciones: _____

Comprensión y/o comentario de su problema o padecimiento

12. Antecedentes Gineco-obstétricos

Menarca:

Cielos:

Duración:

Incapacitante: _____

Método de Control prenatal:

Tipo: _____ Fur: _____

Periodo de Utilización:

Papanicolao: _____

Fecha: _____ Resultados: _____

Gestas:

Para:

Abortos:

Cesáreas:

Inter-genésico:

Vigilancia prenatal:

No. De compañeros sexuales:

Óbito

Infecciones urinarias:

Infecciones generales:

13. Exploración Física

Peso antes del embarazo:

Peso actual:

Sobrepeso de _____ kg.

Estatura:

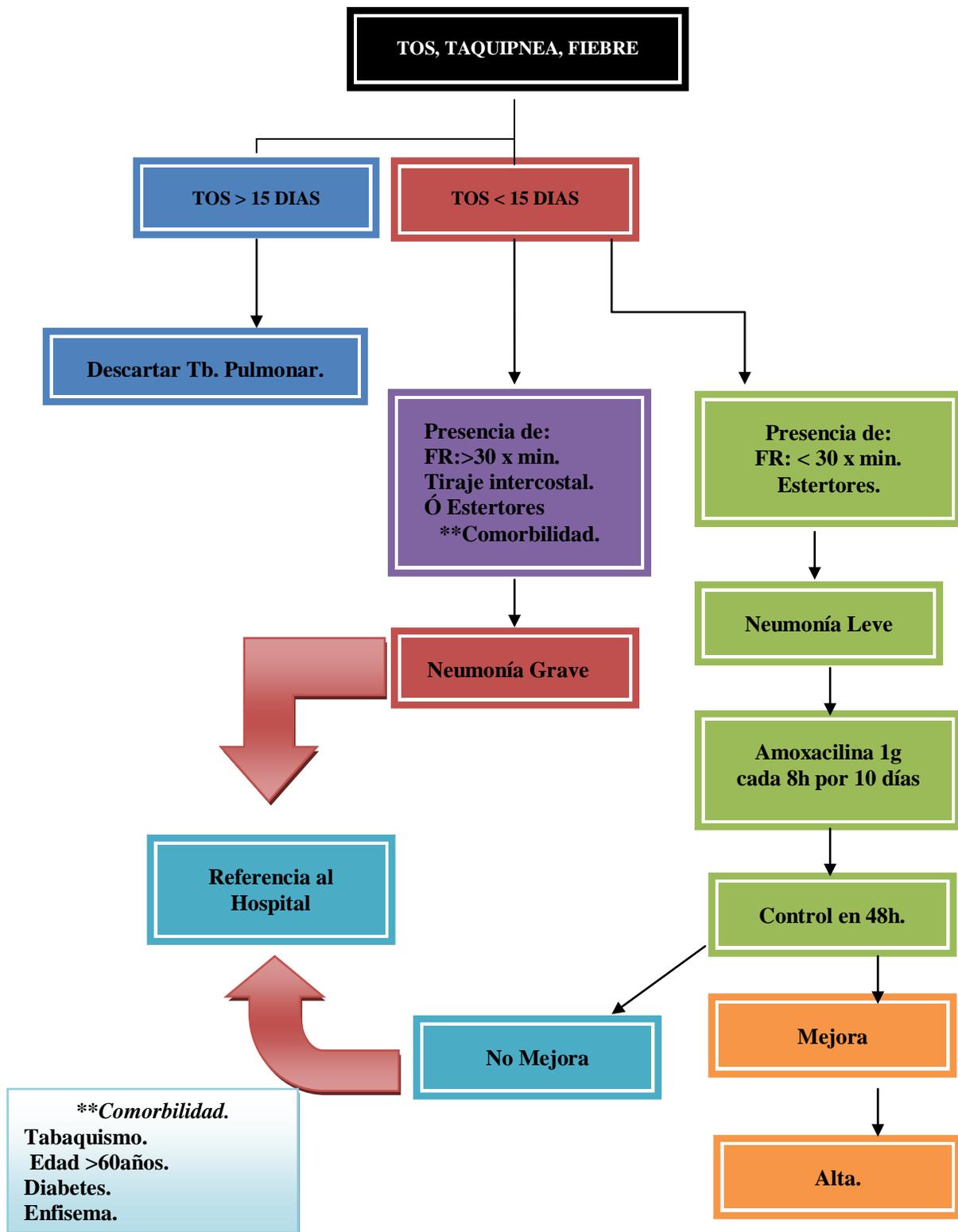
Pulso: _____ T.A: _____ Temperatura: _____ Respiración: _____

Inspección:

Aspecto físico:

Palpación:

Algoritmo



Tratamiento, vigilancia y cuidados de los pacientes con neumonía

Indispensables	Recomendables
<ul style="list-style-type: none">❖ Cuantificar Signos Vitales❖ Frecuencia cardiaca.❖ Frecuencia respiratoria.❖ Tensión arterial.❖ Temperatura.❖ Balance de líquidos cada 8 horas.❖ Medición del volumen urinario.❖ Investigación de focos infecciosos❖ Estudios radiológicos (tórax y otros específicos).❖ Facilitar la respiración y colocar al paciente en posición adecuada: Semi Fowler y Fowler (30-45°)❖ Facilitar la eliminación de secreciones a través de la fisioterapia respiratoria	<ul style="list-style-type: none">❖ Líquidos a libre demanda.❖ Ejercicios respiratorios.❖ Reposo.❖ Entorno limpio, humificado.