



JANASKAKUA

Revista de Divulgación Científica de la Facultad de Enfermería de la UMSNH

No. 6, Junio 2021

Intervenciones personalizadas de cuidado enfermero en una persona con instalación de ventilación mecánica invasiva por SARS-CoV2

Intervenciones Estandarizadas de Cuidado de Enfermería en el puerperio Fisiológico Mediato y Tardío en un Primer Nivel de Atención

Intervenciones personalizadas de cuidado enfermero en personas con enfermedad de hipertensión arterial sistémica y obesidad grado I

Intervención de Cuidados Estandarizados para la Estimulación Temprana en Recién Nacido Pretérmino Hospitalizado

Proceso de enfermería a una persona con artritis reumatoide



DIRECTORIO



Dr. Raúl Cárdenas Navarro

Rector de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

L.E. Pedro Mata Vázquez

Secretario General

Dr. Orépani García Rodríguez

Secretario Académico

M.E. y M.F. Silvia Hernández Capi

Secretaria Administrativa

Dr. Héctor Pérez Pintor

Difusión Cultural y Extensión Universitaria

M.C. Julio César González Cabrera

Director de la Facultad de Enfermería

C.M.E. Renato Hernández Campos

Secretario Administrativo

M.E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Secretaria Académica

Dr. Julio Cesar Leyva Ruiz

Coordinador de la Revista Janaskakua

Comité Editorial

Dra. Mayra Itzel Huerta

Dra. Ma. Martha Marín Laredo

Dra. María Luisa Sáenz Gallegos

Dr. Julio César Leyva Ruíz

Janaskakua, revista de divulgación de la Facultad de Enfermería, Año 2, No. 4, marzo-junio de 2020, es una publicación cuatrimestral editada por la Universidad Michoacan de San Nicolás de Hidalgo a través de la Facultad de Enfermería, Av. Ventura Punte #115, Centro, C.P. 58000, Tel. (443) 317 52 55, <http://janaskakua.enfermeria.umich.mx> , revistajanaskakua@gmail.com y juliocesarleyvar@gmail.com

Derechos de uso exclusivo e ISSN en trámite. Responsable de la última actualización de este número, comité editorial, Av. Ventura Punte #115, Centro, C.P. 58000, Tel. (443) 317 52 55

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación o de la Facultad de Enfermería.

Esta revista puede ser reproducida con fines no lucrativos, siempre y cuando se cite la fuente completa y su dirección electrónica. De otra forma, requiere permiso previo de la institución y del autor

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución -NoComercial- SinDerivadas 4.0 Internacional.



Contenido

Intervenciones personalizadas de cuidado enfermero en una persona con instalación de ventilación mecánica invasiva por SARS-CoV2	1
Intervenciones estandarizadas de cuidado enfermero en personas adultas mayores con diabetes mellitus tipo II	13
Intervenciones personalizadas de cuidado enfermero en personas con enfermedad de hipertensión arterial sistémica y obesidad grado I	25
Intervenciones personalizadas del cuidado enfermero en una persona Adulta mayor con gonartrosis bilateral	35
Proceso enfermero una mujer mastectomizada por cáncer de mama	44
Intervenciones personalizadas de cuidado enfermero en personas con neumonía asociada a la ventilación mecánica	50
Proceso de enfermería a una persona con artritis reumatoide	62
Intervenciones estandarizadas de cuidado enfermero en personal de enfermería con síndrome de Burnout	73
Intervención de Cuidados Estandarizados para la Estimulación Temprana en Recién Nacido Pretérmino Hospitalizado	82
Intervenciones estandarizadas de cuidado enfermero en personas con enfermedad de la SARS-CoV-2/COVID	91
Intervenciones Estandarizadas de Cuidado Enfermero en personas con enfermedad de Sepsis Abdominal	101
Plan de cuidados personalizado a paciente con fistula entero-cutánea.....	110
Protocolo estandarizado en un neonato con síndrome de dificultad respiratoria	119
Intervenciones Estandarizadas De Cuidado Enfermero En Personas Con Hipertensión Arterial.....	131
Intervenciones Estandarizadas de Cuidado de Enfermería en el puerperio Fisiológico Mediato y Tardío en un Primer Nivel de Atención	141
Intervenciones Estandarizadas de Cuidado Enfermero para personas en estado crítico por COVID-19	150
Intervenciones personalizadas de cuidado enfermero en persona con enfermedad de tromboembolia pulmonar como complicación en SARS-COV-2	159

Intervenciones personalizadas de cuidado enfermero en una persona con instalación de ventilación mecánica invasiva por SARS-CoV2

Personalized nursing care interventions in a person with an invasive mechanical ventilation facility due to SARS-CoV2”

Cortés Rodríguez Mauricio¹. García Valenzuela María Leticia Rubí².

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México.

Resumen

Introducción: El Proceso Enfermero es un sistema de la práctica profesional caracterizado por un sustento teórico que en este caso fue la teoría de Dorothea E. Orem la cual está considerada como una Macroteoría. Por otra parte se elaboraron las etapas del proceso enfermero a partir de establecer las etiquetas diagnósticas con las taxonomías Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA), Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) que proporcionan una descripción para el planteamiento de cuidados de calidad. **Objetivo:** Realizar intervenciones personalizadas del cuidado en una persona con instalación de ventilación mecánica invasiva por SARS-CoV2. **Método:** Se realizó una revisión sistemática y la búsqueda de información a partir de la valoración bajo el referente de Dorothea E. Orem la cual brinda el sustento teórico, a la vez que se llevó a cabo un proceso de análisis, y selección de diagnósticos así como la planeación de intervenciones, y evaluación a partir de las taxonomías NANDA, NIC y NOC. **Resultados:** Se establecieron criterios comunes de actuación que facilitan la atención y el manejo individualizado. **Conclusiones:** El paciente con ventilación mecánica invasiva por SARS-CoV2 tiene mayor riesgo de presentar complicaciones en la fase crítica por lo que el diagnóstico enfermero nos permite identificar las respuestas humanas y el plan de cuidados, planificar sus actividades con un lenguaje estandarizado.

¹ Correspondencia remitir a: Estudiante de Maestría de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia México. mcrmaurizzio@hotmail.com

² Profesor de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia México letyrubigv@yahoo.com

Palabras clave. *Proceso enfermero, SARS-CoV2, ventilación mecánica, Teoría de Dorothea E. Orem.*

Abstract

Introduction: The Nursing Process is a system of professional practice characterized by a theoretical support that in this case was the theory of Dorothea E. Orem which is considered as a Macrotheory. On the other hand, the stages of the nursing process were elaborated from establishing the diagnostic labels with the taxonomies North American Association of Nursing Diagnoses (NANDA), Nursing Outcomes Classification (NOC) and Nursing Interventions Classification (NIC), they provide a description for the quality care approach. **Objective:** To carry out personalized care interventions in a person with the installation of invasive mechanical ventilation due to SARS-CoV2. **Method:** A systematic review and information search was carried out based on the assessment under the reference of Dorothea E. Orem which provides the theoretical support, while a process of analysis was carried out, and selection of diagnoses as well as the planning of interventions, and evaluation from the taxonomies NANDA, NIC and NOC. **Results:** Common action criteria were established that facilitate individualized care and management. **Conclusions:** The patient with invasive mechanical ventilation due to SARS-CoV2 has a higher risk of presenting complications in the critical phase, so the nursing diagnosis allows us to identify human responses and the care plan to plan their activities with a standardized language.

Keywords. *Nursing process, SARS-CoV2, mechanical ventilation, Dorothea E. Orem theory.*

Introducción

Se presenta un plan de cuidado personalizado basado en el Proceso Enfermero el cual comprende cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de los resultados; estas etapas se encuentran estrechamente relacionadas entre sí y le dan sustento científico a la práctica de enfermería.

El proceso Enfermero debe estar sustentado con una base teórica, en el presente artículo se aborda la Macroteoría de Dorothea Elizabeth Orem, para realizar la valoración se utilizó la guía de valoración de enfermería de Dorothea Orem y para establecer los diagnósticos, intervenciones, acciones, así como las evaluaciones con puntuación Diana, se utilizaron las taxonomías NANDA, NIC y NOC.

De lo anterior, se priorizaron seis diagnósticos enfermeros que se muestran en el presente.

Objetivo General

Realizar intervenciones personalizadas del cuidado enfermero en una persona con instalación de ventilación mecánica invasiva por SARS-CoV2.

Método

El presente plan de cuidados personalizado se realizó a una persona de la Unidad de Cuidados Intensivos del área COVID del Hospital General “Dr. Miguel Silva” de Morelia Michoacán.

Primeramente se realizó una búsqueda de artículos científicos a partir de la metodología de revisión sistemática para contextualizar el proceso de la enfermedad de SARS-CoV2 (COVID-19), posterior a ello se realizó la valoración del paciente siendo esta la primera etapa del proceso enfermero la cual está fundamentada teóricamente con la Macroteoría del Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem y para llevar a cabo dicha valoración se hizo una clasificación de datos considerando sus factores condicionantes básicos, los requisitos de autocuidado universal alterados, los requisitos de autocuidado del desarrollo y los requisitos de desviación de la salud.

En el establecimiento de los diagnósticos de enfermería se priorizaron las necesidades del paciente y se eligieron seis diagnósticos de mayor importancia, cinco fueron diagnósticos reales y uno fue diagnóstico de riesgo los cuales se obtuvieron de la siguiente manera; de acuerdo a los datos objetivos y subjetivos arrojados en la valoración de enfermería se seleccionó un dominio correspondiente a la necesidad del paciente y a su vez se determinó una clase, con estos dos elementos se estableció el diagnóstico.

Para la formulación de los diagnósticos se utilizó el formato PESS (Problema de Salud, Etiología y Signos y Síntomas), el Problema de Salud en la taxonomía NANDA lo representa la etiqueta diagnóstica la cual es un término que le proporciona un nombre al diagnóstico, la Etiología corresponde a los factores relacionados que pueden describirse como antecedentes a, asociados con, o relacionados con, al diagnóstico, y los Signos y Síntomas que corresponden a las características definitorias que son claves observables que se agrupan como manifestaciones (NANDA, 2019).

Respecto a los resultados esperados se utilizó la taxonomía NOC que está estructurada por cinco niveles: dominios, clases, resultados, indicadores y escalas de medición.

Los Dominios son aquellos que tratan de identificar y describir los resultados de comportamiento y/o conducta de la persona, las Clases describen los resultados más concretos de los dominios, los Resultados expresan los cambios modificados o mantenidos que se quieren alcanzar como consecuencia de los cuidados y los Indicadores nos permiten valorar resultados mediante una escala de medición la cual es de tipo liker de cinco puntos que cuantifica el resultado del paciente en un continuo que va desde menos a más deseable y proporciona una puntuación en un momento determinado (puntuación Diana), la medida mostrará un continuo, tal como 1 = gravemente comprometido, 2 = sustancialmente comprometido, 3 = moderadamente comprometido, 4 = levemente comprometido y 5 = no comprometido (Moorhead et al, 2019).

Por último, se llevaron a cabo las intervenciones y actividades de enfermería basados en la taxonomía NIC, siendo un medio que se utiliza para identificar el tratamiento que el profesional de enfermería realiza, esta clasificación de intervenciones contiene cuatro términos claves para la comprensión de la estructura que presenta dicha clasificación: Campo, Clase, Intervención y Actividad. Cada campo trata de dar unidad al conjunto de cuidados que se relacionan con aspecto de la persona, la Clase especifica los cuidados que están relacionados con un aspecto determinado del campo, las Intervenciones son los tratamientos que se relacionan con los aspectos contenidos en las clases y las Actividades son las que se desarrolla de manera concreta (Butcher, 2019).

Resultados

Se identificó la agencia de autocuidado la cual señala la incapacidad que tiene la persona para decidir su tratamiento, por lo que la agencia de cuidado dependiente llevó a cabo el cuidado del paciente grave.

Dentro de las demandas del cuidado terapéutico se realizaron una serie de actividades encaminadas a la mejora del estado de salud del paciente, las actividades realizadas fueron: aspiración de secreciones, manejo de ventilación mecánica invasiva, nutrición enteral, movilización de pacientes para evitar úlceras por presión, cuidados de sonda nasogástrica y drenaje urinario así como control estricto de líquidos por mencionar algunas.

También se identificó el déficit de autocuidado de la persona el cual presentó alteraciones para satisfacer sus demandas requeridas de aire, agua, alimento, eliminación y actividad reposo, teniendo limitaciones de autocuidado físicas y

cognitivas ya que la persona no puede moverse, por lo que el sistema de cuidados es totalmente compensador, cubriendo así, todas las necesidades del paciente.

Enseguida se presentan los principales diagnósticos definidos y seleccionados con base a las demandas de cuidado por parte de la agencia de autocuidado.

Diagnóstico 1: Deterioro del intercambio de gases relacionado con cambios de la membrana alvéolo-capilar y desequilibrio en la ventilación-perfusión como lo demuestra la disnea, la gasometría arterial anormal y la hipoxemia.

Dominio: 3 eliminación e intercambio. Clase: 4 función respiratoria

Resultados: Estado respiratorio: intercambio de gases

Indicadores: Presión parcial de oxígeno en la sangre arterial (PaO₂), saturación de oxígeno y equilibrio entre ventilación y perfusión.

Intervención: Manejo de la ventilación mecánica: invasiva.

Actividades: Se comprobó de forma rutinaria los ajustes del ventilador, incluida la temperatura y la humidificación del aire inspirado, se administraron los agentes paralizantes musculares, sedantes y analgésicos narcóticos apropiados, se controlaron las actividades que aumentan el consumo de O₂ (fiebre, escalofríos, crisis comiciales, dolor o actividades básicas de enfermería), que puedan desbordar los ajustes de soporte ventilatorio y causar una desaturación de O₂, se controlaron los factores que aumentan el trabajo respiratorio del paciente/ventilador (cabecera de la cama bajada, tubo endotraqueal mordido, condensación en los tubos del ventilador y filtros obstruidos) y se documentaron todas las respuestas del paciente al ventilador y los cambios del ventilador (p. ej., observación del movimiento/auscultación del tórax, cambios radiológicos y cambios en las gasometrías arteriales).

Intervención: Monitorización respiratoria

Actividades: se mantuvieron los niveles de saturación de oxígeno continuamente en pacientes sedados (p. ej., SaO₂, SvO₂, SpO₂) siguiendo las normas del centro y se monitorizaron las lecturas del ventilador mecánico anotando los aumentos de presión inspiratoria y las disminuciones del volumen corriente, se observaron los cambios de SaO₂, SvO₂ y CO₂, telerrespiratorio y se valoraron las gasometría arterial, así como se Instauraron tratamientos de terapia respiratoria (nebulizador), cuando fue necesario.

Puntuación Diana: 1 desviación grave al rango normal, 2 desviación sustancial al rango normal, 3 desviación moderada al rango normal. 4 desviación leve al rango normal y 5 sin desviación al rango normal.

Se mantuvo a: 2 y se aumentó a: 5

Diagnóstico 2: Limpieza ineficaz de la vía aérea relacionado con retención de las secreciones y obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables como lo demuestra la cianosis, la disminución de los sonidos respiratorios, la disnea, la excesiva cantidad de esputo y los sonidos respiratorios adventicios. **Dominio: 11 seguridad/protección. Clase: 2 lesión física**

Resultados: Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias

Indicadores: Ruidos respiratorios patológicos, disnea de reposo y acumulación de esputo.

Intervención: Aspiración de las vías aéreas.

Actividades: Se realizó lavado de manos, se usó el equipo de protección personal (guantes, gafas y mascarilla) adecuado, se determinó la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal, se auscultaron los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración, se hiperoxigenó con oxígeno al 100%, durante al menos 30 segundos mediante la utilización del ventilador o bolsa de reanimación manual antes y después de cada pasada, se dejó al paciente conectado al ventilador durante la aspiración, se utilizó un sistema de aspiración traqueal cerrado y en ocasiones se adaptó un dispositivo para insuflar oxígeno y monitorizar el estado de oxigenación del paciente (niveles de SaO₂ y SvO₂), estado neurológico (p. ej., nivel de conciencia, PIC, presión de perfusión cerebral [PPC]) y estado hemodinámico (nivel de PAM y ritmo cardíaco) inmediatamente antes, durante y después de la succión y de aspiró la orofaringe después de terminar la succión traqueal.

Intervención: Manejo de la vía aérea

Actividades: Se realizó fisioterapia torácica, se auscultaron los sonidos respiratorios observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios, se realizó la aspiración endotraqueal y nasotraqueal, se administraron broncodilatadores, y tratamiento con nebulizador ultrasónico, se vigiló el estado respiratorio y de oxigenación, así como observaron los cambios de SaO₂, SvO₂ y CO₂, telerrespiratorios, también se valoró la gasometría arterial y se Instauró un tratamientos de terapia respiratoria (nebulizador).

Puntuación Diana: 1 grave, 2 sustancial, 3 moderado, 4 leve y 5 ninguno.

Se mantuvo a: 2 y se aumentó a: 4

Diagnóstico 3: Déficit de autocuidado: Alimentación relacionado con Alteración en el funcionamiento cognitivo y deterioro neuromuscular, como lo demuestra el deterioro de la capacidad para autoalimentarse de una manera aceptable, el

deterioro de la capacidad para deglutir los alimentos y el deterioro de la capacidad para ingerir alimentos suficientes. **Dominio: 4 actividad/reposo. Clase: 5 autocuidado**

Resultado: Estado nutricional: Ingestión alimentaria y de líquidos

Indicadores: Ingestión alimentaria por sonda e ingestión de líquidos orales

Intervención: Alimentación enteral por sonda

Actividades: Se Insertó una sonda nasogástrica nasoduodenal de acuerdo con el protocolo del centro, se observó la presencia de sonidos intestinales cada 4-8 horas, se elevó la cabecera de la cama de 30 a 45° durante la alimentación, y al finalizar la alimentación se esperó de 30-60 minutos antes de colocar al paciente con la cabeza en posición declive, se irrigó la sonda cada 4-6 horas durante la alimentación continua y después de cada alimentación intermitente, comprobando la frecuencia de goteo por gravedad cada hora, se comprobó la existencia de residuos cada 4-6 horas durante las primeras 24 horas y después cada 8 horas durante la alimentación continua y antes de cada alimentación intermitente, se comprobó si presencia de residuos así como se controló el estado hidroelectrolítico, se observó la presencia de signos de edema y/o deshidratación controlando la ingesta/excreción de líquidos.

Intervención: Monitorización nutricional

Actividades: se obtuvieron medidas antropométricas de la composición corporal (p. ej., índice de masa corporal, medición de la cintura y medición de los pliegues cutáneos) para identificar los cambios recientes de pérdida de peso, se monitorizó la ingesta calórica y dietética, así como se le realizaron pruebas de laboratorio y se monitorizaron los resultados (p. ej., colesterol, albúmina sérica, transferrina, prealbúmina, nitrógeno en orina de 24 horas, BUN, creatinina, hemoglobina, hematocrito, inmunidad celular, recuento total de linfocitos y niveles de electrolitos).

Puntuación Diana: 1 inadecuado, 2 ligeramente adecuado, 3 moderadamente adecuado, 4 sustancialmente adecuado y 5 completamente adecuado.

Se mantuvo a: 1 y se aumentó a: 5

Diagnóstico 4: Deterioro de la eliminación urinaria relacionada con Multicausalidad (Insuficiencia Renal Aguda), como lo demuestra la disuria, la oliguria y el edema. **Dominio: 3 eliminación e intercambio. Clase: 1 función urinaria**

Resultado: Función Renal

Indicadores: Balance de ingesta y diuresis en 24 horas.

Intervención: Terapia de Hemodiálisis

Actividades: se extrajo una muestra de sangre para realizar un análisis bioquímico (BUN, creatinina sérica, niveles séricos de Na, K y PO₄) antes del tratamiento, se registraron los signos vitales basales: peso, temperatura, pulso, respiraciones y presión arterial y se inició la hemodiálisis de acuerdo con los protocolos, se comprobaron los monitores del sistema (flujo, presión, temperatura, pH, conductividad, coágulos, detector de aire, presión negativa para la ultrafiltración y sensor sanguíneo) para garantizar la seguridad del paciente, se vigiló la presión arterial, el pulso, las respiraciones, la temperatura y la respuesta del paciente durante la Hemodiálisis, se ajustaron las presiones de filtración para extraer una cantidad adecuada de líquido y se suspendió la hemodiálisis según el protocolo, también se proporcionaron los cuidados del catéter, según los protocolos y se colaboró con el paciente para ajustar las regulaciones de la dieta, se limitaron los líquidos y los medicamentos para regular los cambios de líquidos y electrolitos entre los tratamientos.

Puntuación Diana: 1 gravemente comprometido, 2 sustancialmente comprometido, 3 moderadamente comprometido, 4 levemente comprometido y 5 no comprometido.

Se mantuvo a: 1 y se aumentó a: 5

Intervención: Monitorización de líquidos

Actividades: Se monitorizaron las entradas y las salidas, así como la presión arterial, la frecuencia cardíaca y el estado de la respiración, asegurándose de medir todas las entradas y salidas en los tratamientos i.v., infusiones subcutáneas, alimentación enteral, SNG, catéteres urinarios, vómitos, diarreas, drenajes de heridas, drenajes torácicos y afecciones médicas que afecten al balance de líquidos (p. ej., insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, desnutrición, quemaduras, sepsis) y se consultó con el médico la diuresis menor a 0,5 ml/kg/h o la ingesta de líquidos menor de 2.000 ml en 24 h según fuera el caso.

Puntuación Diana: 1 grave, 2 sustancial, 3 moderado, 4 leve y 5 ninguno

Se mantuvo a: 1 y se aumentó a: 5

Diagnóstico 5: Deterioro de la movilidad física relacionada con disminución de la fortaleza muscular, intolerancia a la actividad y agente farmacológico, como lo demuestra la dificultad para girarse, el disconfort, la disminución de las actividades motoras finas y la disminución de las actividades motoras gruesas

Dominio: 4 actividad/reposo. Clase: 2 actividad/ejercicio

Resultado: Movilidad

Indicador: Movimiento muscular y movimiento articular

Intervención: Cuidados del paciente encamado

Actividades: Se colocó al paciente sobre una cama con colchón terapéutico adecuado, se colocó al paciente con una alineación corporal adecuada, se subieron las barandillas, y se giró al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, de acuerdo con el programa específico, se realizaron ejercicios de rangos de movimientos pasivos y/o activos y se vigiló la aparición de complicaciones del reposo en la cama (p. eje., hipotonía muscular, dolor de espalda, estreñimiento, aumento del estrés, depresión, confusión, cambios del ciclo de sueño, infección del tracto urinario, dificultad en la micción, neumonía).

Intervención: Terapia de ejercicios: movilidad articular

Actividades: Se determinó las limitaciones del movimiento articular y su efecto sobre la función y se colaboró con fisioterapia en el desarrollo ejecutando un programa de ejercicios, se determinó el nivel de movilización del paciente para mantener o restablecer el movimiento articular y se realizaron ejercicios pasivos asistidos de rango de movimiento.

Puntuación Diana: 1 gravemente comprometido, 2 sustancialmente comprometido, 3 moderadamente comprometido, 4 levemente comprometido y 5 no comprometido

Se mantuvo a: 1 y se aumentó a: 5

Diagnóstico 6: Riesgo de úlcera por presión como lo evidencia el largo periodo de inmovilidad sobre una superficie dura, adulto: calificación de <17 en la escala de Braden, la disminución en la perfusión tisular, el edema y la inmovilidad física.

Dominio: 11 seguridad/protección. Clase: 2 lesión física

Resultado: Consecuencia de la inmovilidad: fisiológicas

Indicador: Úlceras por presión

Intervención: Prevención de Úlceras por presión

Actividades: Se utilizó una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (escala de Braden), se registró el estado de la piel al ingreso y luego a diario, se eliminó la humedad excesiva de la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal y urinaria, se dio la vuelta continuamente cada 1-2 horas, se colocó el programa de cambios posturales al lado de la cama, se inspeccionó la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición por lo menos una vez al día, se mantuvo la ropa de cama limpia y seca así como sin arrugas, se utilizó una cama con colchón especial y se evitaron mecanismos de tipo flotador para la zona sacra y se vigilaron las fuentes de presión y fricción.

Intervención: Vigilancia de la piel

Actividades: Se observó la presencia de enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas, se observó el color, calor, tumefacción, pulsos, textura así como edema y ulceraciones en las extremidades, se vigilaron las zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad en la piel y las mucosas siempre documentando todos estos cambios.

Puntuación Diana: 1 grave, 2 sustancial, 3 moderado, 4 leve y 5 ninguno

Se mantuvo a: 1 y se aumentó a: 5

Conclusiones

El resultado de la intervención permitió evidenciar el trabajo profesional de enfermería satisfaciendo las demandas de cuidado de la agencia, así como de la agencia de cuidado dependiente a fin de mejorar el estado de salud del paciente en esta nueva condición de enfermedad respiratoria a fin de dar continuidad en el proceso de cuidado personalizado o bien en su caso estandarizado del método de proceso enfermero.

Declaración de conflicto de interés

El autor declara no tener conflicto de interés con respecto a la publicación de este artículo.

Referencias

Abarca B, Vargas J, Urra E.U, García J. (2020). Características de la ventilación mecánica invasiva en COVID-19 para médicos no especialistas. *Revista Chilena*, 49 504-513

DOI: 10.25237/revchilanestv49n04.06

Butcher M, Bulechek G, Dochterman J.M y Wagner C.M. (2019). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª ed. Elsevier Barcelona, España

Campoverde L y Chuquimarca P. (2019). Utilización de las taxonomías NANDA, NOC, NIC en la práctica pre-profesional de internos de enfermería de la Universidad de Cuenca (tesis de licenciatura), Universidad de Cuenca Colombia. <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/32844/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>

Chica C, Peña L.A, Villamarín H.F, Moreno J.E, Rodríguez L.C, Lozano W M y Vargas M.P. (2020). Cuidado respiratorio en COVID-19. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 20(2), 108–117.

<https://doi.org/10.1016/j.acci.2020.04.001>

Díaz F.J y Toro A.I. (2020). SARS-CoV2/COVID-19: El virus, la enfermedad y la pandemia. *Artículo de revisión*, 24(3).

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096519/covid-19.pdf>

Escudero X, Guarner J, Galindo A, Escudero M, Alcocer M y Del Rio C. (2020). La pandemia de coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19): situación actual e implicaciones para México. *Cardiovascular and Metabolic Science*, 31(S3), 170-177.

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=93943&i2>

González M.G, y Monroy A. (2016) Proceso enfermero de tercera generación. *Enfermería universitaria*, 13(2), 124-127.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.03.003>

Martínez F, García I, López L. (2020). Manejo de la COVID-19 en cuidados intensivos y recomendaciones. *Medicina respiratoria*, 13(2), 57-69.

<http://www.neumologiaysalud.es/descargas/R13/R132-7.pdf>

Ministerio de sanidad, (2021). Información científica-técnica enfermedad por coronavirus, covid-19.

<https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjulfH4fnvAhUHWK0KHQtrCb8QFjAAegQIAxAD&url=https%3A%2F%2Fwww.mscbs.gob.es%2Fprofesionales%2FsaludPublica%2Fccayes%2FalertasActual%2FnCov%2Fdocumentos%2FITCoronavirus.pdf&usq=AOvVaw0e60dQ6xnUJ66KzZGa64xD>

Monares E, Guerrero M, Meneses C, Palacios A. (2020). Recomendaciones COVID-19: ventilación mecánica en anestesia. Lo que un intensivista tiene que contarle a un anestesiólogo. *Revista mexicana de anestesiología*, 34(2), 130-135. <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2020/cma202h.pdf>

Moorhead S, Swanson E, Johnson M y Maas M. (2019). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud. 6ª ed. Elsevier Barcelona, España.

NANDA International, Inc. (2019). Diagnósticos enfermeros, Definiciones y clasificaciones 2018-2020. **11a ed. Elsevier Barcelona, España.**

Naranjo Y, Concepción J.A y Rodríguez M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3).

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=77397>

Orem, D.E. (1956). Hospital nursing service: An analysis. Report to the Division of Hospital and Institutional Services of the Indiana State Board of Health. Indianapolis: Division of Hospital and Institutional Services.

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, (2020). Alerta Epidemiológica: COVID-19, complicaciones y secuelas por COVID-19. Washington, D.C. OPS/OMS.

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52612/EpiUpdate12August2020_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Pérez M.R, Gómez J.J y Dieguez R.A. (2020). Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(2).

<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3254/2505>

Raile M. (2018). Modelos y Teorías en Enfermería. 9ª ed. Elsevier España, 540-578.

Reyna N.C. (2010). El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. *Umbral científico*, (17), 18-23.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>

Intervenciones estandarizadas de cuidado enfermero en personas adultas mayores con diabetes mellitus tipo II

Standardized nursing care interventions in older adults with type II diabetes mellitus

L.E. Elodia Socorro Vega Reyes³, Dra. Vanesa Jiménez Arroyo⁴, Dra. Ma. de Jesús Ruiz Reséndiz³, Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar⁴, M.C.E. Juan Pablo Gómez Cardona⁵ y Dr. Antonio Yam Sosa⁶

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo^{1,2,3,4}, Universidad Autónoma de Aguascalientes⁵ y Universidad Autónoma de Yucatán⁶

Resumen

Introducción: El proceso enfermero es un método sistemático y organizado para administrar cuidados, de acuerdo al enfoque básico de cada persona o grupo de personas, responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. La Macro teoría de Dorothea E Orem, conformada por la teoría de autocuidado, déficit de autocuidado y sistemas de apoyo permitió sustentar teóricamente el método de intervención de cuidados estandarizados en personas adultas mayores con diabetes mellitus (DM) tipo 2 a partir de la valoración de una persona como referente a partir de los componentes de cada una de las teorías señaladas, una vez realizado esto se establecieron las etiquetas diagnósticas con las taxonomías Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA), Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). **Objetivo:** Realizar Intervenciones estandarizadas de cuidado enfermero en personas adultas mayores con diabetes mellitus tipo II. **Metodología:** Se realizó una revisión sistemática y la búsqueda de información a partir de la valoración bajo el referente de Dorothea E. Orem la cual brinda el sustento teórico, a la vez que se llevó a cabo un proceso de análisis, y selección de diagnósticos a partir de la búsqueda sistemática en bases de datos científicas para identificar los diagnósticos de enfermería en este proceso de enfermedad y así contrastarlos con los definidos por la NANDA y así mismo realizar las intervenciones, y evaluación a partir de las taxonomías NANDA, NIC y NOC. **Resultados:** Con la complementación del proceso enfermero y la macroteoría de Dorothea E. Orem se logra obtener mejores resultados en las Intervenciones

³ Correspondencia remitir a: Estudiante de Maestría de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, Michoacán; México. socoyou@yahoo.com.mx

^{4,3,4} Profesoras investigadoras de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, Michoacán; México

⁵ Profesor investigador de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, Aguascalientes; México.

⁶ Profesor investigador de la Universidad Autónoma de Yucatán. Mérida, Yucatán; México.

estandarizadas de cuidado enfermero en personas adultos mayores con diabetes mellitus tipo II. **Conclusiones:** La Teoría de Déficit de Auto Cuidado brinda el sustento al proceso enfermero para pacientes con diabetes mellitus tipo II adultos mayores, logrando un lenguaje estandarizado en las intervenciones de enfermería.

Palabras clave: *Proceso enfermero, intervenciones estandarizadas, teoría de Dorothea E Orem, diabetes mellitus tipo II.*

Abstract

Introduction: The nursing process is a systematic and organized method to administer care, according to the basic approach of each person or group of people, it responds differently to a real or potential health alteration. The Macro theory of Dorothea E Orem, made up of the theory of self-care, self-care deficit and support systems allowed to theoretically support the intervention method of standardized care in older adults with type 2 diabetes mellitus (DM) from the assessment of a person as a reference based on the components of each of the theories indicated, once this was done, the diagnostic labels were established with the taxonomies of the North American Association of Nursing Diagnoses (NANDA), Nursing Results Classification (NOC) and Classification of Nursing Interventions (NIC). **Objective:** To carry out standardized nursing care interventions in elderly people with type II diabetes mellitus. **Methodology:** A systematic review and information search was carried out based on the assessment under the reference of Dorothea E. Orem, which provides theoretical support, while a process of analysis and selection of diagnoses was carried out. Starting from the systematic search in scientific databases to identify the nursing diagnoses in this disease process and thus contrast them with those defined by NANDA and also carry out the interventions, and evaluation from the NANDA, NIC and NOC taxonomies. **Results:** With the complementation of the nursing process and Dorothea E. Orem's macro-theory, better results are obtained in standardized nursing care interventions in older adults with type II diabetes mellitus. **Conclusions:** The Self-Care Deficit Theory provides support to the nursing process for patients with type II diabetes mellitus in older adults, achieving a standardized language in nursing interventions.

Key words: *Nursing process, standardized interventions, Dorothea E Orem theory, type II diabetes mellitus.*

Introducción

La diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas con más relevancia mundial y con incidencia aumentada en los últimos años, se ha visto la necesidad de la estructuración de un plan de cuidados estandarizado (PCE) en la atención primaria.

La American Nurses Association (ANA) reconoce el proceso enfermero como modelo de pensamiento crítico que promueve un nivel competente de cuidados y desde 1973 los diagnósticos aprobados en la Taxonomía de Diagnósticos Enfermeros de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) han sido desarrollados y aprobados con profesionales de enfermería basándose en evidencia científica y para unificar y formar conexiones entre el gremio enfermero se han creado la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) y la Clasificación de Objetivos enfermeros (NOC).

Los planes de cuidados estandarizados facilitan el lenguaje común de los profesionales de enfermería disminuyendo errores de atención, omisiones u actividades innecesarias, ahorrando tiempo y proporcionando cuidados basados en la evidencia.

Actualmente, se ha desechado la idea de que la DM era una enfermedad dependiente del tratamiento médico, ya que la atención primaria representa una oportunidad de mantener al paciente con este proceso como un ser humano que vivencia la hiperglucemia con responsabilidad, buenos resultados para su control y autocuidado.

Por lo anterior, la presente se sustenta con la teoría del autocuidado de Dorothea E. Orem a la vez que permite la adaptabilidad en área primaria, coadyuva a fortalecer acciones de autocuidado desde la agencia y/o apoyar a partir del sistema de apoyo educativo ya sea parcial o total a la o las agencias de cuidado dependiente.

En el presente se muestran cinco de los principales diagnósticos e intervenciones estandarizadas en personas adultos mayores con diabetes mellitus tipo II.

Objetivo General

Realizar Intervenciones estandarizadas de cuidado enfermero en personas adultas mayores con diabetes mellitus tipo II.

Método

El presente plan de cuidados estandarizados se realizó para pacientes con diabetes mellitus tipo II adultos mayores, primeramente se realizó una valoración a una persona con diabetes mellitus para tener una pauta de acercamiento real y dicha indagatoria se llevó a cabo con el llenado de la guía de valoración de Dorothea E. Orem explorando los factores condicionantes básicos, requisitos de autocuidado universal, requisitos de desviación de la salud y requisitos de crecimiento y desarrollo.

Se realizó la búsqueda sistemática de artículos científicos en las bases de datos SCIELO y REDALyC, también se consultaron páginas web, asociaciones y federaciones relacionadas con la diabetes mellitus, así como las normas oficiales mexicanas por mencionar algunas para contrastar los resultados generados respecto a los diagnósticos de enfermería con esta condición fisiopatológica con los diagnósticos descritos por la NANDA.

En el establecimiento de los diagnósticos de enfermería se priorizaron cinco diagnósticos de mayor importancia, cuatro fueron diagnósticos reales y uno fue diagnóstico de riesgo.

Para la formulación de los diagnósticos se utilizó el formato PESS (Problema de salud, etiología, signos y síntomas), el problema de salud en la taxonomía NANDA lo representa la etiqueta diagnóstica la cual es un término que le proporciona un nombre al diagnóstico, la etiología corresponde a los factores relacionados que pueden describirse como antecedentes a, asociados con, o relacionados con., al diagnóstico, y los Signos y Síntomas que corresponden a las características definitorias que son claves observables que se agrupan como manifestaciones.

Respecto a los resultados esperados se utilizó la taxonomía NOC que está estructurada por cinco niveles: dominios, clases, resultados, indicadores y escalas de medición.

Los dominios son aquellos que tratan de identificar y describir los resultados de comportamiento y/o conducta de la persona, las clases describen los resultados más concretos de los dominios, los resultados expresan los cambios modificados o mantenidos que se quieren alcanzar como consecuencia de los cuidados, los Indicadores nos permiten valorar resultados mediante una escala de medición la cual es de tipo liker de cinco puntos que cuantifica el resultado del paciente en un continuo que va desde menos a más deseable y proporciona una puntuación en un momento determinado (puntuación Diana), la medida mostrará un continuo, tal como 1 = gravemente comprometido, 2 = sustancialmente comprometido, 3 = moderadamente comprometido, 4 = levemente comprometido y 5 = no comprometido.

Por último, se llevaron a cabo las intervenciones y actividades de enfermería basados en la taxonomía NIC.

Resultados

En seguida se aborda el caso de agencia de autocuidado adulto mayor con diabetes mellitus tipo II no insulino dependiente, con deterioro neurológico los cuidados abordados son parcialmente compensatorios, con aporte de aire ambiental el cual se complementa con tratamiento farmacológico, el deterioro orgánico con la presencia de diarreas frecuentes las cuales se le controlan con medicamento para evitar el desequilibrio electrolítico la alteración en las horas de sueño, deshidratación y descontrol en sus cifras de glucosa, en consecuencia el paciente presenta agotamiento, falta de interés para la realización de sus actividades diarias, cambios de humor repentinos y deterioro neurológico.

Factores condicionantes básicos: Paciente con diabetes mellitus tipo II no insulino dependiente adulto mayor.

Orientación sociocultural: Realizar actividades de lectura de periódicos, escuchar radio y televisión para mantener la información actualizada.

Factores del sistema de cuidados de salud: Tratamiento farmacológico de Metformina, Insulinas, Glibenclamida, Rivaroxavan, (anticoagulante para mejorar la oxigenación cerebral) Donepecilo (demencia senil), Tamsulocina y consumo de suplementos.

Factores del sistema familiar: Capacitar a los familiares para sus cuidados y conocimiento general de la enfermedad.

Patrón de vida: Capacitación a familiares y al mismo paciente sobre las actividades acordadas para su condición manteniendo un estado óptimo.

Factores ambientales: Realizar interrogatorio específico.

Demanda De Cuidado Terapéutico: Deterioro físico, deterioro neurológico y realiza actividad física controlada.

Déficit de autocuidado: Peso disminuido y alteración del estado de ánimo.

Limitaciones de autocuidado: Limitaciones cognitivas y capacidad disminuida en la toma de decisiones.

Los Diagnósticos de enfermería desarrollados de acuerdo a los resultados obtenidos en base a las taxonomías NANDA NIC Y NOC se mencionan en lo siguiente:

Diagnóstico I: Riesgo de nivel de glucemia inestable relacionado por el rechazo al tratamiento, gestión inadecuada de la medicación y pérdida excesiva de peso.

Dominio: 2 Nutrición Clase: 4 Metabolismo.

Definición: Susceptible de variación de los niveles séricos de glucosa fuera de los niveles normales, que puede comprometer la salud.

Resultado 1: Aceptación: estado de salud.

Indicador: Renuncia al concepto previo de salud.

Indicador: Muestra resistencia.

Intervenciones: Establecer una buena relación con empatía, cordialidad, espontaneidad, organización, paciencia y persistencia, Determinar la capacidad del paciente para aprender información específica (es decir, considerar las creencias sobre la salud del paciente, el incumplimiento previo, las malas experiencias con servicios sanitarios o educativos y los objetivos contrapuestos), Adaptar el contenido a las capacidades y discapacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas del paciente, Proporcionar un ambiente propio para el aprendizaje, Utilizar tareas para practicar y mejorar la aplicación de las nuevas habilidades en situaciones de la vida real y Utilizar estrategias para aumentar la autoconciencia del paciente.

Puntuación Diana de: Nunca demostrado – 1, Raramente demostrado -2, A veces demostrado -3, Frecuentemente demostrado - 4 y Siempre demostrado – 5.

Resultado 2: Conocimiento: medicación.

Indicador: Uso de sistemas de ayuda para recordar.

Indicador: Uso correcto de la medicación prescrita.

Indicador: Almacenamiento adecuado de la medicación.

Intervenciones: Comentar con el paciente y la familia cualquier problema práctico de memoria que se haya experimentado, llevar acabo técnicas de memoria adecuadas, como imaginación visual, dispositivos nemotécnicos, juegos de memoria pistas de memoria, técnicas de asociación, realizar listas utilización de ordenadores, utilización de etiquetas con nombres o repasar la información.

Puntuación Diana de: Ningún conocimiento- 1, Conocimiento escaso-2, Conocimiento moderado-3, Conocimiento sustancial-4 y Conocimiento extenso-5.

Resultado 3: Conocimiento: manejo del peso.

Indicador: Peso personal óptimo.

Indicador: Estrategias para conseguir un peso óptimo.

Indicador: Cambios del estilo de vida para favorecer el peso óptimo.

Intervenciones: Proporcionar alimentos nutritivos de alto contenido calórico variados para poder seleccionar algunos, considerar las preferencias alimentarias de paciente, teniendo en cuenta su gusto personal, cultura y religión, crear un ambiente agradable y relajado a la hora de la comida, determinar las preferencias del paciente respecto a las comidas, condimentos y temperatura preferidos y proporcionar suplementos dietéticos según corresponda.

Puntuación Diana: Ningún conocimiento-1, Conocimiento escaso-2, Conocimiento moderado- 3, Conocimiento sustancial-4 y Conocimiento extenso-5.

Diagnóstico II: Riesgo de confusión aguda relacionado con alteración del ciclo del sueño, vigilia en el patrón del sueño, antecedentes de accidente cerebro vascular como lo evidencia el sueño interrumpido, dependencia de ayuda para dormir y ronquidos.

Dominio: 5 Percepción/ Cognición Clase: 4 Cognición uso de la memoria, el aprendizaje, el pensamiento, la solución de problemas, la abstracción, el juicio, la introspección, la capacidad intelectual, el cálculo y el lenguaje.

Definición: Susceptible de la aparición de alteraciones reversibles de la conciencia, la atención, la cognición y la percepción que se desarrollan en un corto período de tiempo, que pueden comprometer la salud.

Resultado: 1 sueño.

Indicador: Calidad del sueño.

Intervenciones: Determinar los efectos de medicación del paciente en el patrón del sueño, Comprobar el patrón del sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor /molestias frecuencia urinaria) o/ psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño y Controlar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilia para evitar cansancio en exceso.

Puntuación Diana: Gravemente comprometido-1, Sustancialmente comprometido-2, Moderadamente comprometido-3, Levemente comprometido-4 y No comprometido- 5.

Indicador: Apnea del sueño.

Indicador: Dependencia de las ayudas para dormir.

Intervenciones: Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al del sueño, controlar la ingesta de alimentación y bebidas a la hora de irse a la cama para determinar los productos que faciliten o entorpezcan el sueño, ayudar al paciente a evitar los alimentos y bebidas que interfieran el sueño a la hora de irse a la cama, ayudar al

paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia según corresponda y enseñar al paciente realizar una relajación muscular auto génica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño.

Puntuación Diana: Grave -1, Sustancial -2, Moderado – 3, Leve -4 y Ninguno – 5.

Resultado 2: Estado neurológico.

Indicador: Conciencia.

Indicador: Comunicación apropiada a la situación.

Indicador: Patrón respiratorio.

Intervenciones: Vigilar el nivel de conciencia, comprobar el nivel de orientación, Analizar la memoria reciente, nivel de atención, memoria pasada estado de ánimo, afecto y conducta, comprobar el estado respiratorio: pulsioximetría, profundidad patrón, frecuencia, y esfuerzo, monitorizar la simetría facial, observar la motilidad extra ocular y las características de la mirada, observar si el paciente refiere cefalea, vigilar las características del habla: fluencia, presencia de afasias o dificultad para encontrar palabras y observar a la respuesta los medicamentos

Puntuación Diana: Gravemente comprometido -1, Sustancialmente comprometido – 2, Moderadamente comprometido – 3, Levemente comprometido -4 y No comprometido – 5.

Diagnóstico III: Afrontamiento defensivo relacionado con conflicto entre la autopercepción y el sistema de valores como lo evidencia estado de conciencia alterado, dificultad para mantener una conversación, deterioro de la memoria, desorientación temporal y alteración del nivel de conciencia.

Dominio: 9 Concepto afrontamiento Clase: 2 Respuestas de afrontamiento. Procesos de gestión del estrés del entorno.

Definición: Proyección repetida de una autoevaluación falsamente positiva basada en un patrón protector que defiende a la persona de lo que percibe como amenazas subyacentes a su autoimagen positiva.

Resultado: Nivel De Deterioro.

Indicador: Desorientación Temporal.

Indicador: Deterioro De La Memoria.

Indicador: Dificultad Para Mantener Una Conversación.

Intervenciones: Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progresa el tratamiento, vigilar el estado físico del paciente (peso corporal e hidratación), ayudar al paciente a mantener un ciclo normal de sueño/vigilia (tiempos de reposo

programados, técnicas de relajación y limitación de cafeína y medicamentos sedantes), ayudar a que el paciente asuma una mayor responsabilidad en el autocuidado a medida que pueda hacerlo, animar al paciente a que adopte un papel activo en el tratamiento y la rehabilitación según corresponda, relacionarse con el paciente a intervalos regulares para realizar los cuidados y/o darle la oportunidad de hablar acerca de sus sentimientos.

Puntuación Diana: Grave – 1, Sustancial – 2, Moderado – 3, Leve – 4 Y Ninguno – 5.

Diagnóstico IV: Trastorno de la imagen corporal relacionado con la alteración de la autopercepción/enfermedad como lo evidencia la pérdida de masa corporal, cambios en el aspecto físico y cambio en los tegumentos.

Dominio: 6 Autopercepción Clase: 3 Imagen corporal imagen mental del propio.

Definición: Confusión en la imagen mental del yo físico.

Resultado: Autoestima.

Indicador: Verbalizaciones de auto aceptación.

Indicador: Descripción del yo.

Indicador: Nivel de confianza.

Intervenciones: Reforzar la confianza al hacer cambios de conducta y emprender la acción, preparar al individuo para los estados fisiológicos y emocionales que puede experimentar durante los intentos iniciales del desarrollo de una nueva conducta, utilizar una orientación anticipatoria en la preparación del paciente para los cambios de imagen corporal que sean previsibles, ayudar al paciente a comentar los cambios causados por la enfermedad, ayudar al paciente a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo o en su nivel de funcionamiento, ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal, según corresponda, ayudar al paciente a comentar los cambios causados por el envejecimiento, según corresponda, enseñar al paciente los cambios normales del cuerpo asociados a los diversos estadios del envejecimiento, según corresponda, ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto, reforzar la confianza al hacer cambios de conducta y emprender la acción y fomentar la interacción con otros individuos que consiguen cambiar su conducta con éxito (p. ej., participación en un grupo de apoyo o formación en grupo).

Puntuación diana: Nunca positivo -1, Raramente positivo -2, A veces positivo – 3, Frecuentemente positivo -4 y Siempre positivo – 5.

Diagnóstico V: Sufrimiento espiritual relacionada con el aumento de la dependencia de otros como lo evidencia la depresión y verbalización.

Dominio: 10 Principios vitales Clase: 3 Concepto: sufrimiento espiritual

Definición: Estado de sufrimiento relacionado con el deterioro de la habilidad para experimentar el sentido de la vida a través de conexiones con el yo, los otros, el mundo o un ser superior.

Resultado: Salud espiritual

Indicador: Expresión de confianza.

Indicador: Oración

Indicador: Satisfacción espiritual.

Indicador: Relación con el yo interior.

Indicador: Interacción con otros para compartir pensamientos, sentimientos y creencias.

Intervenciones: Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y una asistencia empática, Animar al individuo a revisar la vida pasada y centrarse en hechos y relaciones que proporcionaron fuerza y apoyo espirituales, proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales, estar abierto a las expresiones del individuo de soledad e impotencia, proporcionar los objetos espirituales deseados, de acuerdo con las preferencias del individuo, estar dispuesto a escuchar los sentimientos del individuo, facilitar el uso de la meditación, oración y demás tradiciones y rituales religiosos por parte del individuo, asegurar al individuo que el cuidador estará disponible para apoyarle en los momentos de sufrimiento, ayudar al individuo a expresar y liberar la ira de forma adecuada, ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales, remitir a un servicio de asesoramiento religioso apropiado, ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza, animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza, favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional e Incluir a los miembros de la familia junto con el paciente en la toma de decisiones acerca de los cuidados, cuando resulte apropiado.

Puntuación Diana: Gravemente comprometido-1, Sustancialmente comprometido-2, Moderadamente comprometido-3, Levemente comprometido 4 y No comprometido – 5.

El proceso enfermero a través del plan de cuidados estandarizado vinculado con la Teoría de Dorothea E. Orem en la atención a los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II permite mejorar las prácticas de autocuidado y autocontrol

a la vez que se incrementan los conocimientos y el apego al tratamiento farmacológico así como la modificación de estilos de vida respecto a la alimentación y actividad física favoreciendo mejoras en la calidad de vida de este grupo poblacional.

Conclusiones

El proceso enfermero configurado como plan estandarizado de cuidados articula la solidez teórica y científica al permitir un lenguaje unificado en el ejercicio de la actividad profesional de enfermería a la vez que se atienden las políticas que promueve la Organización Mundial de la Salud para el control de las enfermedades crónicas a partir de prácticas de autocuidado en beneficio de la salud y bienestar de las personas con diabetes mellitus tipo II.

Declaración de conflicto de interés

El autor declara no tener conflicto de interés con respecto a la publicación de este artículo.

Referencias

Ajacopa, P. R. (2020). *APA: Citas y referencias según 7ma edición* (Roman Pairumani A. ed., Vol. 1). CAIEM.

Alfaro –Lefevre R. ¡Que es el pensamiento critico y juicio clinico en enfermeria. Un enfoque práctico para un pensamiento centrado en los resultados. 4ª ed. Barcelona:Elsevier,2008. P. 1 – 23.

Butcher, B. (2018). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* (7.ª ed., Vol. 1). Elsevier España, S.L.U.

Carpenito JL. Diagnosticos de Enfermeria y Plan de Cuidados. Diagnósticos de Enfermeria. Aplicaciones a la práctica clínica. 2º ed. Madrid: Panamericana; 2009. p. 457–465.

González-Castillo, M., & Monroy-Rojas, A. (2016a). Proceso enfermero de tercera generación. *Enfermería Universitaria*, 13(2), 124–129. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.03.003>.

González-Castillo, M., & Monroy-Rojas, A. (2016b). Proceso enfermero de tercera generación. *Enfermería Universitaria*, 13(2), 124–129. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.03.003>.

Marcos Espino, M. P., & Tizón Bouza, E. (2013). Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico. *Gerokomos*, 24(4), 168–177. <https://doi.org/10.4321/s1134-928x2013000400005>.

Moorhead, S. (2018). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud* (6.^a ed.). Elsevier España, S.L.U.

NANDA International, Herdman, H. T., & Kamitsuru, S. (2019). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018–2020. Edición hispanoamericana* (1.^a ed.). Elsevier.

NANDA I. Diagnósticos Enfermero: Definiciones y clasificación 2012 – 2014. Madrid:elsevier;2012.

NANDA International, Inc. (2019). Diagnósticos enfermeros, Definiciones y clasificaciones 2018-2020. **11a ed. Elsevier Barcelona, España.**

Naranjo-Hernández, Y. (2019, 13 junio). *Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem*. SCIELO. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000600814.

Ramírez Elías, A. (2016). Proceso de enfermería; lo que sí es y lo que no es. *Enfermería Universitaria*, 13(2), 71–72. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.001>.

Reina G., N. C. (2019, 26 julio). *EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO*. Redalyc.org. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>.

Sabogal, I. M. U. (2017, 29 junio). *Proceso de Enfermería en la persona con diabetes mellitus desde la perspectiva del autocuidado | Ulloa Sabogal | Revista Cubana de Enfermería*. Revista Cubana De Enfermería. <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1174>

Intervenciones personalizadas de cuidado enfermero en personas con enfermedad de hipertensión arterial sistémica y obesidad grado I

Personalized nursing care interventions in people with systemic arterial hypertensive disease and grade I obesity

Ruiz Herrejón Silvia Patricia⁵, Huerta Baltazar Mayra Itzel⁶, Jiménez Arroyo Vanesa³, Alcántar Zavala Ma. Lilia A.⁴, Yam Sosa Antonio Vicente⁵, Gómez Cardona Juan Pablo⁶

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Universidad Autónoma de Yucatán, Universidad Autónoma de Aguascalientes

Resumen

El Proceso Enfermero (PE) es un sistema teórico-metodológico en la práctica profesional, donde la enfermera brinda cuidados con conocimiento científico y resuelve problemas de salud reales o potenciales del individuo, familia o comunidad. La Teoría del déficit de Autocuidado (TDAE) de Dorothea E. Orem está conformada por conceptos paradigmáticos y tres subteorías: la teoría de los sistemas de enfermería, déficit de autocuidado y autocuidado. La definición de etiquetas diagnósticas, componentes complementarios de diagnóstico, las intervenciones, acciones y evaluación, se sustentaron bajo las taxonomías de la NANDA-I, (*North American Nursing Diagnosis Association*), NOC (*Nursing Outcomes Classification*) y NIC (*Nursing Interventions Classification*). **Objetivo:** Realizar intervenciones personalizadas del cuidado enfermero en una persona con hipertensión arterial sistémica (HAS) y obesidad grado I. **Método:** Se realizó una revisión sistemática del proceso fisiopatológico de hipertensión arterial y obesidad grado I para sustentar la condición de estudio, posteriormente se realizó la valoración individual de una persona a partir de la guía de valoración de la Macro teoría de Dorothea E. Orem. Se realizó un análisis, selección y priorización de diagnósticos, planeación de

⁵ Correspondencia remitir a: Estudiante de Maestría en la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, México. patyruiz197900@gmail.com

^{6,3,4} Profesora Investigadora de Tiempo Completo de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, México.

⁵ Profesor de Carrera Enseñanza Superior titular "C" de Tiempo Completo en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán.

⁶ Profesor de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Aguascalientes

intervenciones, acciones y evaluación sustentado bajo taxonomías NANDA-I, NOC y NIC. **Resultados:** Se priorizaron 5 diagnósticos de los cuales se tiene uno de riesgo, uno centrado en el problema y tres de promoción de la salud. **Conclusiones:** El plan de cuidados fortalece la práctica profesional de enfermería y coadyuva a disminuir la comorbilidad y mortalidad por estas enfermedades cardiovasculares.

Palabras clave: *Proceso Enfermero, Teoría de Déficit de Autocuidado, Hipertensión Arterial Sistémica, Obesidad grado I.*

Abstract

The Nursing Process (PE) is a theoretical-methodological system in professional practice, where the nurse provides care with scientific knowledge and solves real or potential health problems of the individual, family or community. Dorothea E. Orem's Theory of Self-Care Deficit (ADD) is made up of paradigmatic concepts and three sub-theories: the theory of nursing systems, self-care deficit, and self-care. The definition of diagnostic labels, complementary components of diagnosis, interventions, actions and evaluation were based on the taxonomies of the NANDA-I, (North American Nursing Diagnosis Association), NOC (Nursing Outcomes Classification) and NIC (Nursing Interventions Classification). Objective: To carry out personalized interventions of nursing care in a person with systemic arterial hypertension (SAH) and grade I obesity. Method: A systematic review of the pathophysiological process of arterial hypertension and grade I obesity was carried out to support the study condition. the individual assessment of a person based on the assessment guide of the Macro theory by Dorothea E. Orem. An analysis, selection and prioritization of diagnoses, planning of interventions, actions and evaluation based on NANDA-I, NOC and NIC taxonomies was carried out. Results: Five diagnoses were prioritized, one of which is risky, one focused on the problem, and three related to health promotion. Conclusions: The care plan strengthens professional nursing practice and helps to reduce comorbidity and mortality from these cardiovascular diseases.

Keywords: *Nursing Process, Self-Care Deficit Theory, Systemic Arterial Hypertension, Grade I Obesity.*

Introducción

El presente artículo aborda las intervenciones personalizadas de cuidado enfermero aplicado a una persona con enfermedad de hipertensión arterial sistémica y obesidad grado I, su importancia radica en identificar los problemas reales o

potenciales de salud y a partir de ello, sistematizar los cuidados que otorga el profesional de enfermería (Reina, 2010).

La hipertensión arterial sistémica y obesidad grado I son enfermedades no transmisibles y un problema de salud pública debido a su alta prevalencia en población de 20 a 40 años de edad, misma que se incrementa conforme aumenta la edad y en el caso de no ser atendidas oportunamente podrían llevar a complicaciones cardíacas, renales o alguna retinopatía, considerándose un factor de riesgo importante de enfermedad vascular cerebral debido a que representa la primera causa de mortalidad a nivel mundial (Piña, et al. 2021; OMS, 2020; OMS, 2021).

Por lo anterior, es fundamental la asistencia de Enfermería al aplicar el proceso enfermero partiendo de la guía de valoración bajo el referente teórico de la Macroteoría de Dorothea E. Orem y sustentado bajo las taxonomías Asociación Internacional de Diagnósticos de Enfermería de América del Norte (NANDA-I), la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) con la finalidad de que las personas se responsabilicen de su salud y adopten conductas sanas para evitar complicaciones e incluso la muerte (Raile, 2018; Naranjo, 2016).

Objetivo General

Realizar un plan de cuidados con intervenciones personalizadas del cuidado enfermero en una persona con hipertensión arterial sistémica y obesidad grado I.

Método

Para llevar a cabo el presente artículo primeramente, se realizó una revisión documental e histórica en base al caso de un paciente masculino de 36 años de edad con hipertensión arterial sistémica y obesidad grado I, para ello, se implementó la búsqueda de información a partir de una revisión sistemática en las bases de datos científicas encontrando mayor información referente a esta problemática en artículos de diversas revistas indexadas principalmente en Scielo, Redalyc, Enfermagem, además de la consulta de la Normas Oficiales Mexicanas y libros impresos y digitales.

La colecta de datos se realizó con la guía de la Macro teoría de Dorothea E. Orem, en donde se analizaron los factores condicionantes básicos, los requisitos de autocuidado universal, de desarrollo y de desviación de la salud.

Para establecer el diagnóstico, en el cual se aplica un juicio clínico al individuo, familia o comunidad, se identificaron los problemas de salud, procesos

vitales reales o potenciales a partir de las taxonomías de la NANDA con el fin de lograr una atención individualizada.

En lo que corresponde a la planeación, ejecución y evaluación se implementó la clasificación a partir de las taxonomías NIC y NOC.

Resultados

La agencia de cuidado dependiente es la esposa de la persona que presenta la HAS y Obesidad, las demandas de apoyo terapéutico identificadas fueron que carece de conocimientos y no cumple con el régimen terapéutico prescrito por el médico, puesto que no realiza actividad física, no lleva un control farmacológico (losartán 50 mg vo cada 24 horas), no lleva a cabo la dieta baja en sodio y grasas, modifica conductas que agravan la enfermedad por ingesta de alcohol y tabaco, en ocasiones se automedica, no lleva un control de presión arterial, peso, talla e IMC;

Se identificaron características de déficit de autocuidado en la adherencia al tratamiento médico, orientación ineficaz sobre la importancia de la adherencia al tratamiento y el riesgo de complicaciones cardiovasculares relacionado con presiones arteriales altas, déficit de actividad física y de autocuidado en la alimentación baja en sal y grasas, control de peso ineficaz e insomnio de manera ocasional.

Entre las limitaciones identificadas fueron conocimientos sobre su enfermedad y complicaciones, olvida tomar su medicamento y se automedica, no dedica tiempo suficiente para hacer ejercicio, no lleva a cabo la dieta baja en sal y grasas, ingiere alcohol y tabaco refiriendo dificultad para respirar, se abordaron los sistemas de cuidados parcialmente compensatorios y de apoyo educativo por el personal de enfermería, brindando asesoría al paciente y a su cuidador primario sobre el autocuidado a través de orientación y capacitación, respetando el derecho del paciente a recibir o no información, enseñándoles las posibles soluciones para mejorar su salud, así como ventajas y desventajas de la adherencia al tratamiento, conservar un entorno favorable a la salud, motivándole a retomar la actividad física.

Para lo anterior, se le apoyó con un activador físico quien adecuó los horarios de deporte y le facilitó un manual de ejercicios, se orientó para llevar a cabo una dieta baja en sal y grasas aclarando dudas al paciente y su cuidador, también se apoyó con una báscula con estadímetro y un baumanómetro para llevar su control de peso y presión arterial (Raile, 2018).

Los factores condicionantes básicos que afectaron sus capacidades para ocuparse de su autocuidado fueron el estado de salud, los factores del sistema de cuidados de salud y el patrón de vida; los requisitos de autocuidado universales

fueron aporte de aire suficiente, aporte de alimentos suficiente, mantenimiento de equilibrio entre la actividad y el reposo, prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humanos y promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal.

Los requisitos de autocuidado de desviación de la salud fueron buscar y asegurar la ayuda médica adecuada en cada caso, tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de los procesos patológicos, llevar a cabo las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas, dirigidas a prevenir tipos específicos de patologías, tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico, aprender a vivir con los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico.

Los requisitos de autocuidado y desarrollo se encontraron sin alteración.

A continuación, se presentan los 5 principales diagnósticos del caso de intervención de cuidados realizado:

Diagnóstico 1. Riesgo de presión arterial inestable según lo evidencia la inconsistencia del régimen de medicación y como lo demuestra T/A= 150/104 mmHg, FC= 90 x¹. Taxonomía II NANDA en **Dominio 4. Actividad/reposo y Clase 4 Respuestas cardiovasculares/pulmonares.**

Resultado Autocontrol: hipertensión

Indicadores: Utiliza solo medicamentos sin receta aprobados por profesional sanitario, participa en los ejercicios recomendados y sigue la dieta recomendada

Intervención: Enseñanza medicamentos prescritos del 26 de febrero al 27 de mayo del 2021

Actividades: Se instruyó al paciente acerca de la administración/aplicación adecuada de cada medicamento, revisó el conocimiento que tiene de cada medicación, evaluó la capacidad que tiene para administrarse los medicamentos, también se informó sobre lo que tiene que hacer si se pasa por alto una dosis, así como las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación, se apoyó para desarrollar un horario de medicación escrito e instruyó como seguir las prescripciones, se incluyó a la familia/allegados.

Resultados esperados: Puntuación Diana (1) nunca demostrado, (2) raramente demostrado, (3) a veces demostrado, (4) frecuentemente demostrado y (5) siempre demostrado, se encontró en 2 y se llevó a 5 (Heather y Shigemitsuru, 2018-2020; Moorhead et al. 2018; Butcher et al. 2018).

Diagnóstico 2. Obesidad según lo evidencia la frecuencia alta en la ingesta de comida de restaurante o frita, la actividad física diaria promedio es menor a la

recomendada por sexo y edad, periodo corto de sueño, refrigerios frecuentes, sedentarismo > 2 horas/día, tamaño de las porciones mayor que la recomendada y como lo demuestra el IMC=31.4, peso 105 kg, talla 1.83 m, ayunos prolongados y mucho apetito. Taxonomía II NANDA en **Dominio 2. Nutrición y Clase 1. Ingestión.**

Resultado estado nutricional

Indicadores: Ingesta de alimentos y relación peso/talla

Intervenciones: Enseñanza: dieta prescrita y ejercicio prescrito del 26 de febrero al 27 de mayo del 2021

Actividades: Se evaluó el nivel de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita, los patrones actuales y anteriores de alimentación, así como alimentos preferidos, permitidos, prohibidos y hábitos alimenticios actuales, e indicó el nombre de la dieta prescrita, se explicó el propósito del seguimiento de la dieta e informó cuánto tiempo deberá continuarla, de igual forma se evaluó el nivel actual de ejercicio del paciente y el conocimiento del ejercicio prescrito, sus limitaciones fisiológicas y psicológicas, así como su condición y nivel cultural, se informó sobre el propósito y beneficios del ejercicio prescrito apoyándole en marcarse objetivos para un aumento lento y constante del mismo, así como el uso de los analgésicos y métodos alternativos para controlar el dolor antes del ejercicio si se requiere, se observó como realizó el ejercicio prescrito controlando la tolerancia con precalentamiento y enfriamiento antes y después del mismo, se enseñó postura y mecánica corporal correctas y apoyó a incorporar el ejercicio en la rutina diaria, alternando correctamente los períodos de descanso y actividad, se fortaleció la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, por último, se incluyó a la familia y se le proporcionó información acerca de los recursos/grupos de apoyo comunitarios para aumentar el cumplimiento con el ejercicio.

Resultados esperados: Puntuación Diana (1) desviación grave del rango normal, (2) desviación sustancial del rango normal, (3) desviación moderada del rango normal, (4) desviación leve del rango normal y (5) sin desviación del rango normal o, se encontró en 2 y se llevó a 5 (Heather y Shigemitsu, 2018-2020; Moorhead et al. 2018; Butcher et al. 2018; Lara, et al. 2004).

Diagnóstico 3. Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud según lo evidencia el bajo nivel de eficacia personal, comprensión inadecuada, percepción negativa de la estrategia de salud recomendada y como se demuestra por el fracaso para adoptar medidas que eviten problemas de salud, fracaso para alcanzar una sensación óptima de control, minimiza los cambios de su estado de salud, niega cambios en el estado de salud, tabaquismo y alcoholismo.

Taxonomía II NANDA en ***Dominio 1. Promoción de la salud y Clase 2. Gestión de la salud.***

Resultado Conducta de aumento de peso

Indicadores: Controla el nivel de apetito, controla las necesidades de ejercicio y calóricas y controla el peso corporal

Intervención: Manejo del peso, del 26 de febrero al 27 de mayo del 2021

Actividades: Se comentó al individuo la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia de peso y la pérdida de peso, las condiciones médicas que pueden afectar al peso, los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso saludable, se determinó la motivación para cambiar los hábitos en la alimentación y el peso corporal ideal, se implementó un registro diario de ingesta de alimentos, sesiones de ejercicio, peso corporal, y/o cambios en el mismo e informó la existencia de grupos de apoyo disponibles.

Resultados esperados: Puntuación Diana (1) nunca demostrado, (2) raramente demostrado, (3) a veces demostrado, (4) frecuentemente demostrado y (5) siempre demostrado, se encontró en 2 y se llevó a 5 (Heather y Shigemitsuru, 2018-2020; Moorhead et al. 2018; Butcher et al. 2018).

Diagnóstico 4. Gestión ineficaz de la salud según lo evidencia el apoyo social insuficiente, conflicto de decisiones, déficit de conocimiento del régimen terapéutico, dificultad con el tratamiento prescrito y como lo demuestra la dificultad con el tratamiento prescrito (olvida tomar su medicamento losartán 50 mg c/24 horas y se automedica con paracetamol e ibuprofeno cuando presenta dolor de cabeza), no emprende acciones para reducir los factores de riesgo, no incluye el régimen del tratamiento en la vida diaria.

Taxonomía II NANDA en ***Dominio 1. Promoción de la salud y Clase 2. Gestión de la salud***

Resultado Conducta de cumplimiento

Indicadores: Acepta el diagnóstico, realiza régimen terapéutico según lo prescrito y realiza las actividades de la vida diaria según prescripción

Intervención: Mejorar el afrontamiento del 26 de febrero al 27 de mayo del 2021

Actividades: Se instruyó al paciente para identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo evaluando los recursos disponibles para lograrlos, fomentando las relaciones personales que tengan intereses y objetivos en común, se apoyó para resolver problemas de forma constructiva, se valoró el impacto de la situación vital en los roles y las relaciones así como la comprensión del proceso de enfermedad, se brindó un ambiente de aceptación e información objetiva respecto del

diagnóstico, tratamiento y pronóstico, se evaluó la capacidad que tiene para tomar decisiones, se fomentaron actividades sociales y comunitarias respetando su práctica espiritual/cultural favoreciendo su autonomía, se promocionaron personas (o grupos) que hayan pasado por la misma experiencia con éxito, se alentó a expresar los sentimientos, percepciones y miedos, se apoyó para identificar sistemas de apoyo disponibles, se incluyó a la familia, se ayudó a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones así como en los cambios de estilo de vida o rol, se instruyó sobre técnicas de relajación y se aclararon los conceptos equivocados, animándole a evaluar su propio comportamiento.

Resultados esperados: Puntuación Diana (1) nunca demostrado, (2) raramente demostrado, (3) a veces demostrado, (4) frecuentemente demostrado y (5) siempre demostrado, se encontró en 2 y se llevó a 5 (Heather y Shigemitsuru, 2018-2020; Moorhead et al. 2018; Butcher et al. 2018).

Diagnóstico 5. Estilo de vida sedentario según lo evidencia el conocimiento insuficiente de los beneficios asociados al ejercicio físico, entrenamiento insuficiente para el ejercicio físico y motivación insuficiente para la actividad física, como lo demuestra la actividad física promedio menor a la recomendada por sexo y edad, mala condición física, sedentarismo por más de 12 horas al día (mientras viaja).

Taxonomía II NANDA en ***Dominio 1. Promoción de la salud y Clase 1. Toma de conciencia de la salud***

Resultado Movilidad

Indicadores: Marcha, correr y saltar

Intervención: Fomento del ejercicio del 26 de febrero al 27 de mayo del 2021

Actividades: Se evaluaron las creencias de salud del individuo sobre el ejercicio físico, indagando sobre experiencias deportivas anteriores, se motivó para empezar/continuar con el programa de ejercicios, se exploraron los obstáculos para realizar la actividad, se fortaleció en el desarrollo de un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades, estableciendo metas a corto y largo plazo, implementándolo en la rutina semanal, se realizaron los ejercicios con la persona y la familia, informando los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del mismo, también se instruyó acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud con apoyo de un activador físico y un manual, se llevó un control del cumplimiento del programa/actividad de ejercicio del individuo, se instruyó sobre ejercicios de precalentamiento y relajación adecuados, se enseñaron técnicas de respiración adecuadas para maximizar el aporte de oxígeno durante el ejercicio físico, reforzar el programa para potenciar la motivación del paciente aumentando la resistencia e impacto del ejercicio y pesajes semanales.

Resultados esperados: Puntuación Diana (1) gravemente comprometido, (2) sustancialmente comprometido, (3) moderadamente comprometido, (4) levemente comprometido, (5) no comprometido, se encontró en 2 y se llevó a 5 (Heather y Shigemitsu, 2018-2020; Moorhead et al. 2018; Butcher et al. 2018).

Los resultados en este plan de cuidados de intervenciones personalizadas de cuidado enfermero en personas con enfermedad de hipertensión arterial sistémica y obesidad grado I, permitieron evidenciar que el proceso enfermero como eje medular de la prestación de cuidados, permite llevar a cabo intervenciones de enfermería en forma metodológica, sistemática, estandarizada y humanística, como lo evidencia la disminución del peso corporal del paciente en tres meses fue de 10.300 kg de peso así como las cifras de T/A siendo las ultimas del registro 136/90 mmHg por la mañana 140/88 mmHg por la noche, cabe señalar que el ejercicio físico mejoró su condición debido a un mayor aporte de oxígeno, por tal motivo se reitera que el PE permite llevar a cabo intervenciones de enfermería en forma metodológica, sistemática, estandarizada y humanística.

Conclusión

Los planes de cuidados facilitan al profesional de enfermería brindar una atención holística a la persona, sustentada con conocimiento científico. Por tal motivo, este plan de cuidados es un proceso clave para la atención a personas que sufren enfermedades cardiovasculares ya que el fundamento teórico de Dorothea Elizabeth Orem contempla diversos aspectos integradores como los requisitos universales, de desarrollo y de desviación de la salud, permitiendo valorar al individuo en los aspectos físicos, psicológicos y sociales a corto, mediano y largo plazo. Además, permitió fortalecer los conocimientos del paciente y familiares, mejorando la adherencia al tratamiento farmacológico y los estilos de vida saludables.

Declaración de conflicto de interés

El autor declara no tener conflicto de interés con respecto a la publicación de este artículo.

Referencias

Heather Herdman T., Shigemi Kamitsu. (2018-2020). NANDA International, Inc. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación. 11ª. Ed. Edit. Elsevier. p.84-470.

K. Butcher H., M. Bulechek G., M. Dochterman J., M. Wagner Ch. (2018). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª. Ed. Edit. Elsevier. Barcelona, España. p.28-336.

Lara Esqueda A., Aroch Calderón A., Aurora Jiménez R., Arceo Guzmán M., Velázquez Monroy A. O. (2004). Grupos de Ayuda Mutua: Estrategia para el control de diabetes e hipertensión arterial. Archivos de Cardiología de México. 74 (4) http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402004000400012

Naranjo Y. (2016). Reflexiones conceptuales sobre algunas teorías de enfermería y su validez en la práctica cubana. *Revista Cubana Enfermagem*. 32(4). <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/986>

Navarro Peña Y., Castro Salas M. (2010). Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enfermería Global*. (19). http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004&lng=es.

Organización Mundial de la Salud. (1 de abril, 2020). Obesidad y sobrepeso.

Organización Mundial de la Salud, (2021). Hipertensión. <https://www.who.int/topics/hypertension/es/>

Piña Pozas M., Araujo Pulido G., Castillo. (2021) Hipertensión arterial un problema de salud pública en México. Hipertensión y COVID-19. INSP. <https://www.insp.mx/avisos/5398-hipertension-arterial-problema-salud-publica.html>

Raile M. (2018). Modelos y teorías de enfermería. 9ª Ed. *España: Elsevier*. p.540-578.

Reina G. N. C. (2010). El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado, *Redalyc.org. Umbral Científico*, (17), p.18-23. <http://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>

Moorhead S. Swanson E., Johnson M., L. Maas M. (2018). Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). 6a. Ed. Edit. Elsevier. Barcelona, España. P.54-580.

Intervenciones personalizadas del cuidado enfermero en una persona Adulta mayor con gonartrosis bilateral

Personalized nursing care interventions in an elderly person with bilateral knee osteoarthritis

Arciga Soto Ma Corina⁷, Lozano Zúñiga María Magdalena⁸, García Valenzuela María Leticia Rubí³

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México.

Resumen

Introducción. El presente documento es un proceso enfermero el cual se caracteriza por ser un método sistemático que brinda cuidados humanistas, se realizó en base a la macro teoría de Dorothea E. Orem la cual habla del autocuidado, se utilizaron las taxonomías de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA), Clasificación de Resultados de Enfermería (NIC) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NOC) también se describe la enfermedad de gonartrosis, seguida por la valoración la cual se realizó a partir de la guía de autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem, se establecieron los diagnósticos en base a priorización de necesidades. **Objetivo.** Realizar intervenciones personalizadas del cuidado enfermero a una persona adulta mayor con gonartrosis bilateral. **Método.** Se realizó revisión documental, sistemática, se valoró bajo el referente de la Guía “Colecta de datos” de la Macro teoría de Dorothea E. Orem que es el sustento teórico del proceso enfermero que se elaboró; a la vez se llevó a cabo un proceso de análisis, síntesis, selección de diagnósticos, planeación de intervenciones, acciones y evaluación en base a las taxonomías NANDA, NIC y NOC. **Resultados.** A partir del análisis previsto se elaboraron planes de cuidados para la atención realizando la intervención personalizada en persona adulta mayor con gonartrosis, observando una notable disminución del dolor. **Conclusiones.** El proceso atención enfermero ofrece una mejora en la calidad de vida, respecto al dolor y la movilidad en las personas con gonartrosis.

⁷ Correspondencia remitir a: Estudiante de Maestría en la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia México. corina.arciga@gmail.com

⁸ Profesor de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia México. maría.lozano@umich.mx

³ Profesor de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia México. letyrubi@yahoo.com.mx

Palabras clave: *Proceso enfermero, Teoría de Dorothea E. Orem, Gonartrosis bilateral.*

Abstract

Introduction. This document is a nursing process which is characterized by being a systematic method that provides humanistic care, it was carried out based on the macro theory of Dorothea E. Orem which speaks of self-care, the taxonomies of the North American Diagnostic Association were used of Nursing (NANDA), Nursing Outcomes Classification (NIC) and Nursing Interventions Classification (NOC) also describe the gonarthrosis disease, followed by the assessment which was made from the self-care guide of Dorothea Elizabeth Orem, diagnoses were established based on prioritization of needs. **Objective.** To carry out personalized interventions of nursing care to an elderly person with bilateral knee osteoarthritis. **Method.** A systematic, documentary review was carried out, it was evaluated under the reference of the Guide "Data collection" of the Macro theory of Dorothea E. Orem, which is the theoretical support of the nursing process that was developed; At the same time, a process of analysis, synthesis, selection of diagnoses, planning of interventions, actions and evaluation was carried out based on the NANDA, NIC and NOC taxonomies. **Results.** Based on the planned analysis, care plans were drawn up for care, carrying out personalized intervention in an elderly person with gonarthrosis, observing a notable decrease in pain. **Conclusions.** The nursing care process offers an improvement in the quality of life, with respect to pain and mobility in people with knee osteoarthritis.

Keywords. *Nursing process, Dorothea E. Orem Theory, Bilateral Gonarthrosis.*

Introducción

El presente plan de cuidado personalizado aplicado a una persona adulta mayor con gonartrosis bilateral, permite fortalecer la evidencia científica del profesional de enfermería a partir de la implementación de las etapas del proceso enfermero, herramienta científica del profesional. El método de cuidado enfermero requiere un sustento teórico en esta ocasión fue abordado a partir de la teoría del autocuidado de Dorotea Orem. En la primera etapa de valoración se seleccionaron los datos significativos a partir de los requisitos de autocuidado, desviación de la salud y crecimiento y desarrollo, para el establecimiento de los diagnósticos a partir del referente de la taxonomía de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA), la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) y la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Cabe destacar que en el presente se muestran los cinco principales diagnósticos enfermeros identificados, de los cuales tres de ellos son de clasificación real y dos de riesgo.

Objetivo General

Realizar intervenciones personalizadas del cuidado enfermero a una persona adulta mayor con gonartrosis bilateral.

Método

En este proceso de intervención se seleccionó a la agencia de cuidado la cual fue una persona adulta mayor con gonartrosis bilateral, se ejecutó una búsqueda sistemática de información en artículos científicos principalmente de las bases de datos de Scielo, Enfermagen, y Redalyc, para describir y contextualizar la patología de gonartrosis, posteriormente con el referente de la Teoría de Dorothea E. Orem se llevó a cabo una valoración, siendo esta la primera etapa del proceso enfermero, a continuación se hizo una clasificación de datos, observando los factores condicionantes básicos, los requisitos de: autocuidado universal alterados, autocuidado del desarrollo y requisitos de desviación de la salud, con esta información, evaluando los datos objetivos y subjetivos se definieron cinco diagnósticos los cuales se establecieron de acuerdo a la priorización de necesidades utilizando el NANDA I, seleccionando previamente un dominio y una clase, siendo tres diagnósticos reales y dos de riesgo. (NANDA 2019).

Posterior a ello se utilizó la taxonomía NOC para estandarizar los nombres y las definiciones de los resultados, cada uno de los resultados incluye una etiqueta de identificación, una definición y un grupo de indicadores que describen estados, percepciones o conductas específicos relacionados con el resultado, para este se utilizó la puntuación Diana con una escala tipo Likert de 5 puntos la que se describe como Gravemente comprometido, sustancialmente comprometido, moderadamente comprometido, levemente comprometido y no comprometido. Tal puntuación se utilizó antes y posterior a la intervención para cuantificar el cambio en el estado del paciente y monitorizar el progreso obtenido (NOC, 2014).

Para la toma de decisión de las actividades de enfermería se realizó con base a la taxonomía NIC, eligiendo las intervenciones y actividades que mejor resuelven problema tratado y ejecutándolas, logrando así realizar el proceso enfermero.

Resultados

En este plan de cuidados se realizaron intervenciones personalizadas de cuidado enfermero en una persona adulta mayor con gonartrosis bilateral grado tres, Con la agencia de autocuidado se identificaron necesidades, logrando con ello aplicar el

proceso enfermero llevando a cabo las intervenciones planeadas, en forma metodológica, sistemática y holística.

En la valoración se observó que las demandas de apoyo terapéutico identificadas fueron: dificultad para la deambulacion con dolor, incapacidad para llevar a cabo una nutrición adecuada para evitar obesidad y el estreñimiento además del aislamiento social por decisión personal.

Para planear las intervenciones se identificaron las características de déficit de autocuidado, en este caso son la deambulacion, el dolor crónico así como la alimentación inadecuada, también se identificaron limitaciones de autocuidado respecto a la higiene ya que necesita de soporte para realizar baño de regadera, se dan recomendaciones acerca de: apoyo requerido en el abastecimiento de víveres, ayudando a la paciente a utilizar el bastón, orientando a promover un entorno favorable, la utilización de anteojos, minimizando así el riesgo de caídas, le fueron proporcionada recomendaciones de nutrición para mejorar los conocimientos sobre alimentación y así lograr el mantenimiento de un peso adecuado.

A continuación, se presentan los cinco diagnósticos que se elaboraron para la atención individualizada del paciente con gonartrosis bilateral:

Diagnóstico 1: Dolor crónico relacionado con aumento en el índice de masa corporal, agentes que provocan lesiones (puede estar presente, pero no es necesario, el dolor puede ser de etiología desconocida) enfermedad musculoesquelética crónica como lo demuestra la alteración en la capacidad para continuar con las actividades anteriores, expresión facial de dolor. **Dominio:12**
Confort. Clase: 1 Confort físico.

Resultado: Movilidad

Indicadores: Marcha, movimiento articular, ambulacion

Intervención: Manejo del dolor.

Actividades: Se realizó una valoración exhaustiva del dolor que incluyó la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad y gravedad del dolor así como factores desencadenantes, se aseguró que el paciente recibiera los cuidados analgésicos correspondientes, se determinó el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, estado de ánimo, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles), se exploró con el paciente los factores que aliviaron/empeoraron el dolor, se seleccionaron y desarrollaron aquellas medidas (farmacológicas, no farmacológicas e interpersonales) que facilitaron el alivio del dolor, se animó a la paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia, notificando al médico sobre el éxito que tuvieron las medidas así como la disminución temporal del dolor.

Intervención: orientación al paciente, administración de analgésicos

Actividades: Se determinó la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente, se eligió la combinación de dos analgésicos (no narcóticos o AINE) según el tipo y la intensidad del dolor, proporcionando enseñanza en el uso de analgésicos, se le dio información sobre las estrategias para disminuir los efectos secundarios y expectativas para la implicación en las decisiones sobre el alivio de dolor.

Resultados esperados: Puntuación Diana (1) gravemente comprometido, (2) sustancialmente comprometido, (3) moderadamente, (4) Levemente comprometido y (5) no comprometido.

De 2 a 3. (Heather y Shigemitsu, 2018-2020; Moorhead et al. 2018; Butcher et al. 2018)

Diagnóstico 2: Deterioro de la movilidad física relacionado con el dolor, estilo de vida sedentario y como lo demuestra la alteración en la marcha, la dificultad para girarse, el disconfort, y la inestabilidad postural. **Dominio 4 Actividad/reposo.**

Clase 2 Actividad/ejercicio.

Resultado: Ambular

Indicadores: Camina a paso lento, anda por la habitación, anda por la casa.

Intervención: Terapia de ejercicios ambulación.

Actividades: Orientación al paciente para vestir con prendas cómodas, se aconseja a la misma que utilice un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones, adecuando la cama a baja altura, se consulta con el fisioterapeuta acerca del plan de deambulación, se vigila la utilización por parte del paciente de un bastón.

Intervención: Se refuerza el autocuidado.

Actividades: Considerando la edad del paciente para promover las actividades de autocuidado, se comprobó la capacidad que tiene para ejercer el autocuidado independiente, se observó la necesidad por parte del paciente de los dispositivos adaptados para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo y alimentarse, se proporciona los objetos personales deseados (cepillo de dientes, desodorante, y jabón de baño), se anima al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas a su nivel de capacidad.

Resultados esperados Puntuación Diana (1) gravemente comprometido, (2) sustancialmente comprometido, (3) moderadamente, (4) Levemente comprometido y (5) no comprometido.

De 2, a 3 (Heather y Shigemitsu, 2018-2020; Moorhead et al. 2018; Butcher et al. 2018)

Diagnóstico 3: Riesgo de caídas, relacionado con deterioro de la movilidad, dificultad para caminar, deterioro de la visión, uso de dispositivo de ayuda, bastón.

Dominio: 11 seguridad/protección. Clase: Lesión física

Resultados: Marcha.

Indicadores: Arrastre de los pies.

Intervención: Prevención de caídas.

Actividades: Para atender conductas y factores que afectan al riesgo de caídas, se identificaron las características del ambiente que pueden aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos, escaleras sin barandillas), Se ayudó en la deambulación, proporcionando un bastón con lo que se consiguió una marcha más estable, se enseñó a utilizar el bastón y el andador, se mantuvieron los dispositivos de ayuda en buen estado de uso, se dispuso de una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad, se orientó a la paciente sobre el orden físico de la habitación, se sugirió realizar adaptaciones en el hogar para aumentar la seguridad, se instruyó a la familia sobre la importancia de los pasamanos, en escaleras, baños y pasillos.

Intervención: Fomentar la mecánica corporal

Actividades: Se instruyó al paciente sobre la necesidad de usar posturas correctas y se evitó fatigas, tensiones o lesiones, se orientó y se evitó sentarse en la misma posición durante tiempo prolongado, se ayudó a la paciente a seleccionar actividades de calentamiento antes de comenzar el trabajo no habitual.

Resultados esperados: Puntuación Diana (1) gravemente comprometido, (2) sustancialmente comprometido, (3) moderadamente, (4) Levemente comprometido y (5) no comprometido.

Mantener en 2, aumentar a 5. (Heather y Shigemitsu, 2018-2020; Moorhead et al. 2018; Butcher et al. 2018)

Diagnóstico 4: Estreñimiento relacionado con la actividad física promedio es menor a la recomendada por sexo y edad, obesidad, trastornos emocionales, dentición inadecuada, como lo demuestra los cambios en el patrón intestinal, disminución de la frecuencia de defecar, esfuerzo excesivo en la defecación, heces duras formadas. **Dominio: 3 Eliminación/intercambio. Clase: 2 Función gastrointestinal**

Resultados: Eliminación intestinal

Indicadores: Patrón de eliminación, cantidad de las heces en relación con la dieta.

Intervención: Manejo de estreñimiento/impactación fecal.

Actividades: Observando la presencia de estreñimiento en la paciente, se vigiló que no presentara signos y síntomas de impactación fecal, se comprobaron las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, se vigiló la existencia de peristaltismo, identificando factores (medicamentos, reposo en

cama y dieta) que fueron la causa del estreñimiento y que contribuyeron al mismo, se fomentó el aumento de la ingesta de líquidos, se evaluó la medicación y no se observaron efectos secundarios gastrointestinales, se enseñó a la paciente a registrar el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones, se instruyó a la paciente, acerca de la dieta rica en fibra, se aconseja a la paciente a consultar con un médico si el estreñimiento persiste, se sugirió el uso de laxantes suaves.

Intervención: Control intestinal.

Actividades: Se anotó la fecha de la última defecación, se monitorizaron los sonidos intestinales, se administraron líquidos calientes después de las comidas, se evaluó el perfil de la medicación.

Resultados esperados: Puntuación Diana (1) gravemente comprometido, (2) sustancialmente comprometido, (3) moderadamente, (4) Levemente comprometido y (5) no comprometido.

De 2, a 5. (Heather y Shigemitsu, 2018-2020; Moorhead et al. 2018; Butcher et al. 2018)

Diagnóstico 5: Riesgo de soledad: Relacionado con el aislamiento físico, el aislamiento social. **Dominio: 12 Confort. Clase: 3 Confort social.**

Resultado: Adaptación a la discapacidad física.

Indicadores: Se adapta a las limitaciones funcionales, obtiene información sobre la discapacidad.

Intervención: Terapia de actividad

Actividades: Se determinó la capacidad del paciente de participar en actividades específicas, colaborando con los terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas en la planificación y control de un programa de actividades, según corresponde, se orientó al paciente a elegir actividades, que fueron coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales, se animó al paciente a identificar y obtener los recursos necesarios para la actividad deseada, se ayudó a la paciente y a la familia a adaptar el entorno.

Intervención: Control del estado de ánimo.

Actividades: Se ayudó a la paciente a controlar conscientemente el estado de ánimo (en escala de clasificación de 1 a 10) y se logró llevar un diario de registros de su estado de ánimo, se alentó al paciente a relacionarse socialmente y realizar actividades con otros, se ayudó al paciente a anticipar y afrontar los cambios de la vida.

Resultados esperados: Puntuación Diana (1) nunca demostrado, (2) raramente demostrado, (3) a veces demostrado, (4) frecuentemente demostrado y siempre demostrado.

Mantener en 2, aumentar a 4. (Heather y Shigemitsu, 2018-2020; Moorhead et al. 2018; Butcher et al. 2018)

Posterior a la elaboración de planes de cuidados se realizó la intervención personalizada en persona adulta mayor con gonartrosis, y se obtuvo una notable disminución de la intensidad del dolor articular, así como mejoría en la función de eliminación intestinal. La persona adulta mayor expreso sentirse contenta con los cambios realizados en su entorno como fue aumento de luz, cama de baja altura, espacios libres para deambular, así como la implementación del bastón y registro del estado de ánimo, lo que contribuye a mejorar su salud y calidad de vida.

Por ultimo cabe destacar que los sistemas de cuidados abordados en este caso fueron parcialmente compensatorios, y de apoyo educativo.

Conclusión

El proceso enfermero es el método ideal para brindar cuidados necesarios y de calidad por parte del profesional de enfermería, el presente permitió favorecer las condiciones de salud de la paciente con gonartrosis bilateral en virtud del seguimiento sistemático y fundamentado a partir del proceso metodológico referente teórico y taxonomías NANDA, NIC y NOC, además permitió fortalecer los conocimientos del paciente y la familia, mejorando los síntomas del paciente.

Declaración de conflicto de interés

El autor declara no tener conflicto de interés con respecto a la publicación de este artículo.

Referencias

Bravo, T., Téllez, Z., Hernández, S., Pedroso, I., Cordero, J., & Fernández, J., (2015). *Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores con gonartrosis*. mayo 26, 2021, de Invest Medicoquir. <https://www.medigraphic.com/pdfs/invmed/cm-q-2015/cm-q151e.pdf>

Butcher M, Bulechek G, Dochterman J.M. y Wagner C.M. (2019). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 7ª. Ed. Edit. Elsevier. Barcelona, España. p.28-336.

González M.G. y Monroy A. (2016) *Proceso enfermero de tercera generación* Enfermería universitaria, 13(2), 124-127.

Labronici, P., Dos Santos, A., Santos, R., Labronici, G. & Penteado, L., (2016). *Evaluación del dolor en el adulto mayor*. Mayo 31 2021, de Medigraphic Sitio web: <http://www.scielo.org.mx/pdf/aom/v30n2/2306-4102-aom-30-02-00073.pdf>

Montoya, C. (2012). *Evolución clínica de los pacientes con gonartrosis tratados mediante la aplicación de colágeno polivinilpirrolidona intraarticular*. Mayo 26, 2021, de www.medigraphic.org.mx Sitio web: <https://www.medigraphic.com/pdfs/orthotips/ot-2012/ot122f.pdf>

Moorhead S. Swanson E. Johnson M., L. Maas M. (2018). *Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud* 6a. Ed. Edit. Elsevier. Barcelona, España. P.54-580.

NANDA International, Inc. (2019). *Diagnósticos enfermeros, Definiciones y clasificaciones 2018-2020*. 11a ed. Elsevier Barcelona, España.

Naranjo Y. (2016). *Reflexiones conceptuales sobre algunas teorías de enfermería y su validez en la práctica cubana*. *Revista Cubana Enfermagem*. 32(4). <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/986>

Orem, D.E. (1956) hospital nursing servise:an análisis. Report to the Division of Hospital and Institutional Services of the Indiana Stte Board Of Health, Indianapolis: División of Hospital and Institucional Services.

Raile M. (2018). *Modelos y teorías de enfermería*. 9ª Ed. España: Elsevier. P.540-578.Reina G. N. C. (2010). *El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado*, Redalyc.org. Umbral Científico, (17). P. 18-23.

Proceso enfermero una mujer mastectomizada por cáncer de mama

Nursing process a woman mastectomized for breast cancer

García-García Martha Lidia⁹, Alcántar-Zavala Ma. Lilia Alicia¹⁰, Huerta-Baltazar Mayra Itzel¹¹ y Ruiz-Recéndiz Ma. de Jesús¹²

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México

Resumen

Introducción: Proceso Enfermero, sistema teórico-metodológico de la práctica profesional de enfermería, brinda cuidados científico a problemas reales o potenciales de salud. Se tomó como referente las taxonomías NANDA, NOC, NIC. Autocuidado, actividad aprendida por los individuos orientada hacia un objetivo. El cáncer de mama el más frecuente en la mujer a nivel mundial, uno de los tratamientos es la mastectomía, procedimiento quirúrgico, cuya finalidad es la extirpación total o parcial, de forma profiláctica, provocando cambios físicos, psicológicos por impacto que representa en la mujer, es considerando como un bien necesario para la sobrevivencia. **Objetivo:** aplicar un proceso enfermero a una mujer mastectomizada por cáncer de mama. **Método:** búsqueda bibliográfica sobre la aplicación del proceso de enfermero y el autocuidado, se llevaron a cabo las 5 etapas de forma, organizada: la valoración, diagnóstico planificación, ejecución, evaluación. La valoración se realizó conforme a la guía de Orem; se consultó la taxonomía NANDA-NIC-NOC. **Presentación de caso:** mujer 45 años con cáncer de mama, mastectomizada desde hace 3 meses sin recibir tratamiento adyuvante sistémico, cuyo proceso de enfermería se llevó a cabo en su domicilio. **Resultados:** Se priorizaron cinco diagnósticos reales desarrollando un plan de cuidados individualizado con la interrelación NANDA-NOC-NIC. **Conclusiones:** Con la aplicación del proceso enfermero, se brindaron cuidados individualizados,

⁹ Estudiante de la Maestría en Enfermería. Facultad de enfermería. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Morelia, Michoacán. México. garcia Garcia.martha@yahoo.com.mx

¹⁰ Doctora en Ciencia de Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Morelia, Michoacán. México. lilia.alcantar@umich.mx

¹¹ Doctora en Ciencia de Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Morelia, Michoacán. México. mayra.huerta@umich.mx

¹² Doctora en Ciencia de Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Morelia, Michoacán. México. madejesus.ruiz@umich.mx

jerarquizando prioridades de cuidado de enfermería con un juicio clínico, se obtuvieron diagnósticos precisos, coadyuvando a la incorporación de actividades del entorno e integración social, utilizando las taxonomías NANDA, NOC, NIC.

Palabras clave: *Proceso enfermero, autocuidado, Mastectomizada, Cáncer de mama.*

Abstract

Introduction: Nursing Process, theoretical-methodological system of professional nursing practice, provides scientific care to real or potential health problems. The taxonomies NANDA, NOC, NIC were taken as reference. Self-care, an activity learned by individuals oriented towards a goal. Breast cancer is the most frequent in women worldwide, one of the treatments is mastectomy, a surgical procedure, whose purpose is the total or partial extirpation, prophylactically, causing physical and psychological changes due to the impact it represents on women. , is considered as a necessary good for survival. Objective: to apply a nursing process to a woman mastectomized for breast cancer. Method: bibliographic search on the application of the nursing process and self-care, the 5 stages were carried out in an organized way: assessment, diagnosis, planning, execution, evaluation. The assessment was carried out according to Orem's guide; the NANDA-NIC-NOC taxonomy was consulted. Case presentation: 45-year-old woman with breast cancer, mastectomized for 3 months without receiving systemic adjuvant treatment, whose nursing process was carried out at home. Results: Five real diagnoses were prioritized, developing an individualized care plan with the NANDA-NOC-NIC interrelation. Conclusions: With the application of the nursing process, individualized care was provided, prioritizing nursing care priorities with a clinical judgment, obtaining accurate diagnoses, contributing to the incorporation of environmental activities and social integration, using the taxonomies NANDA, NOC, NIC .

Introducción

El presente documento habla sobre proceso enfermero de gran importancia puesto que su metodología sirve de guía y sustento en el cuidado enfermero, facilitando los cuidados al individuo de una manera organizada, brindando cuidado eficiente en una mujer mastectomizada por cáncer mama, así como identificar los problemas reales de salud, brindando autocuidado individualizado. La importancia del sustento teórico se otorga con base teoría a la macroteoría de Dorothea Elizabeth Orem, del autocuidado: es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Taxonomías NANDA-NOC-NIC, como base fundamental para el desarrollo del proceso, se selecciono de diagnósticos, intervenciones, planeacion delos

cuidados y medicion de los resultados, una vez realizado lo anterior se determino la puntuacion diana.

Objetivo General

Aplicar un proceso enfermero a una mujer mastectomizada por cáncer de mama.

Método

Para llevar acabo el presente proceso enfermero, se realizo una búsqueda bibliográfica sobre su aplicación, revision de la teoria de Orem, del autocuidado, se selecciono a una mujer 45 años con cáncer de mama, mastectomizada desde hace 3 meses, sin recibir tratamiento adyuvante sistemico, cuyo proceso de enfermería se llevó acabo en su domicilio. Se llevó acabo las 5 etapas de forma, organizada realizando; la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución, evaluación. Se reviso el proceso de enfermero, marco teórico, sistemático con base de datos científicas, realizando una valoración, conforme a la guía de Orem, se consultaron los libros apoyo NANDA NIC, NOC.

La valoracion se realizó en base a la macro teoría de Elizazbeth Orem, identificando los factores condicionantes básicos, requisitos de autocuidado universal, de desarrollo y desviacion de la salud. Se establecieron los diagnósticos a partir de la revisión de los autores que se abordaron, diagnosticos a los cuales se realizó un análisis y se determino una ponderación , se llevo acabo un proceso de análisis, sintesis, seleccion de los datos, asi mismo con los que se trabajaron fueron cinco diagnósticos reales los cuales se realizó planeación de intervenciones, acciones y evaluación a partir de la taxonomías NANDA-NOC-NIC, asi como la puntuación diana.

Resultados

Se priorizaron cinco diagnósticos reales desarrollando un plan de cuidados individualizado, con los diagnósticos NANDA.

Caso de estudio

Diagnóstico I: Dolor crónico.

Definición: experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave constante o recurrente sin un final anticipado o previsible y una duración superior a 3 meses. **Dominio 12. Confort. Clase 1. Confort físico.**

Resultado: manejo del dolor.

Indicadores: inquietud, conducta expresiva, conducta protectora.

Intervención: ayudar a toma de acciones para proporcionar comodidad, y control del dolor.

Actividades:

- Manejo ambiental del confort
- Manejo del dolor
- Relajación muscular progresiva
- Controlar el estado de animo

Puntuación Diana: 1 grave, 2 sustancial, 3 moderado, 4 leve, 5 ninguno.

Evaluación: mantener en 2, aumentara a 5

Diagnóstico 2. Disconfort.

Definición: percepción de falta de tranquilidad, alivio y transcendencia en las dimensiones físicas, psicoespirituales, ambiental, cultural y social.

Dominio 12. Confort. Clase 3. Confort social.

Indicador: ansiedad, llanto, control insuficiente de la situación, temor, irritabilidad.

Intervención: control suficiente sobre el etorno, para mejorar el estado de comodidad.

Actividades:

- Manejo ambiental el confort.
- Técnica de relajación.
- Aumentar los sistemas de apoyo.
- Ayudar a la modificación de si mismo.

Puntuación Diana: 1 grave, 2 sustancial, 3 moderado, 4 leve, 5 ninguno.

Evaluación: mantener a 2, aumentar en 5

Diagnóstico 3. Temor.

Definición: respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro. ***Dominio 9. Afrontamiento/Tolerancia al estrés. Clase 4. Respuesta de afrontamiento.***

Indicador: intraquilidad, sensación de temor, reducción de la seguridad de si mismo.

Intervención: ayudar al autocontrol del miedo con la utilizacion técnicas de relajación

Actividades:

- Aumentar los sistemas de apoyo.
- Apoyo emocional.
- Controlar el estado de ánimo.
- Facilitar el duelo.

Puntuación Diana: 1 grave, 2 sustancial, 3 moderado, 4 leve, 5 ninguno.

Evaluación: mantener a 2 aumentar en 5.

Diagnóstico 4. Patrón sexual ineficaz.

Definición: expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad.

Dominio 8. Sexualidad. Clase 2. Función sexual.

Indicador: vulnerabilidad, conocimiento insuficiente de las alternativas, relacionadas con la sexualidad.

Intervención: ayudar a reconocer las limitaciones físicas personales.

Actividades:

- Mejorar la imagen corporal.
- Mejorar el afrontamiento.
- Potenciación de la autoconciencia.
- Potenciación de la autoestima.

Puntuación Diana: 1 grave, 2 sustancial, 3 moderado, 4 leve, 5 ninguno.

Evaluación: mantener a 2 aumentar en 5

Diagnóstico 5. Trastorno de la imagen corporal

Definición: confusión en la imagen mental del y/o físico.

Dominio 6. Autopercepción. Clase 3. Imagen corporal.

Indicador: alteración de la autopercepción, lesión, régimen de tratamiento.

Intervención: utilización de estrategias para mejorar el aspecto.

Actividades:

- Mejorar la imagen corporal.
- Aumentar los sistemas de apoyo.
- Control del estado de ánimo.
- Apoyo emocional.

Puntuación Diana: 1 grave, 2 sustancial, 3 moderado, 4 leve, 5 ninguno.

Evaluación: mantener en 2 aumentar a 5.

Conclusiones

Con la aplicación del proceso enfermero, se brindaron cuidados individualizados, jerarquizando prioridades del cuidado de enfermería con un juicio clínico, se obtuvieron diagnósticos precisos, coadyuvando a la incorporación de actividades del entorno e integración social, utilizando las taxonomías NANDA, NOC, NIC.

Declaración de conflicto de interés

El autor declara no tener conflicto de interés con respecto a la publicación de este artículo.

Referencias

- Avilés-Gutiérrez, K. (2016). Efecto del taller: la vida sexual después de la cirugía en una paciente mastectomizada. Tesis de Maestría. Universidad Iberoamericana de Puebla, pp. 1-42.
- Berterö, C. M. (2002). Affected self-respect and self-value: the impact of breast cancer treatment on self-esteem and QoL: Affected self-respect and self-value. *Psycho-Oncology*, 11(4), 356–364. doi: 10.1002/pon.577
- De Bragança, P. V. (2015). Imagen corporal en mujeres con cáncer de mama sometidas a tratamiento quirúrgico: una revisión sistemática. Master Tesis. 1–41.
- Campoverde, L., & Chuquimarca, C. (2019). Utilización de las taxonomías NANDA, NOC, NIC en la práctica pre profesional de internos de Enfermería de la Universidad de Cuenca.
- Cucarella, M.S. (2013) Bienestar emocional, imagen corporal, autoestima y sexualidad en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*. 10 (1): 199-200.
- Fallbjörk, U., Rasmussen, B. H., Karlsson, S. y Salander, P. (2013). Aspects of body image after mastectomy due to breast cancer – A two-year follow-up study. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(3), 340–345. doi: 10.1016/j.ejon.2012.09.002
- Figuroa, V.M.R., Valadez, S.M.D., Rivera, H.M.E. y Montes, D.R. (2017b). Evaluación de la imagen corporal en mujeres con cáncer de mama: una revisión sistemática. *Universitas Psychologica*, 16(4), 1. doi: 10.11144/Javeriana.upsy16-4.eicm
- Fleitas-Amaro, M. M. (2008). Cáncer de mama: Mastectomía y Sexualidad. Thesis. Universidad de la Republica de Uruguay. 1-43.
- Rodríguez Sánchez, B. A. (2000). Proceso Enfermero. México: Cuellar, 35-49.
- Gallego Lastra, R. D., Diaz Gómez, J., & López Romero, M. (2015). Metodología Enfermería: Lenguajes estandarizados.

Intervenciones personalizadas de cuidado enfermero en personas con neumonía asociada a la ventilación mecánica

Personalized nursing care interventions in people with ventilator-associated pneumonia

Ruiz Guzmán María Verónica ¹³, Lozano Zúñiga María Magdalena ¹⁴, Anguiano Morán Ana Celia ¹⁵, Valencia Guzmán María Jazmín ¹⁶

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México

Resumen

Introducción: El proceso enfermero (P.E) es un método sistemático y organizado para proporcionar cuidados el cual nos permite crear un plan centrado en las respuestas humanas, existen dos sistemas de planificación de cuidados los cuales son el individualizado y el estandarizado. **Objetivo:** Realizar intervenciones personalizadas a una paciente con neumonía asociada a la ventilación mecánica bajo el referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem complementado con las taxonomías North American Nursing Association (NANDA), Nursing Interventions Classification (NIC) y Nursing Outcomes Classification (NOC). **Método:** Se realizó un P.E apoyado con la metodología de revisión sistemática y sustentada teóricamente con la macroteoría del autocuidado descrita a partir de las tres subteorías de Dorothea Elizabeth Orem. **Resultados:** Se logró que a las 24 horas posteriores al inicio de la intervención aumentar a pH de 7.43, PaCO₂ 49mmHg saturación de oxígeno 100%, FiO₂ 60%, hubo cambios favorables tanto en el color y cantidad de secreciones. Dichos resultados fueron con la actividad totalmente compensatoria de la agencia de cuidado dependiente. **Conclusión:** El P.E individualizado o estandarizado en los pacientes con NAV permite a partir de los requisitos básicos de autocuidado de estos pacientes con esta condición realizar por parte de los profesionales de enfermería actividades que favorezcan los procesos vitales de ellos, por lo que se recomienda incluir estos cinco diagnósticos como planes de cuidados estandarizados en las unidades de cuidados intensivos.

¹³ Correspondencia remitir a: Estudiante de maestría de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia México. enfermeraverorg@gmail.com

¹⁴ Profesor de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia México, maria.lozano@umich.mx

¹⁵ Profesor de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia México, ana.anguiano@umich.mx

¹⁶ Profesor de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia México, maria.valencia@umich.mx

Palabras clave. *Plan de cuidados, neumonía, ventilación mecánica, teoría de Dorothea E. Orem*

Abstract

Introduction: The nursing process (P.E) is a systematic and organized method to provide care which allows us to create a plan focused on human responses, there are two care planning systems which are individualized and standardized. **Objective:** To carry out personalized interventions to a patient with pneumonia associated with mechanical ventilation under the theoretical reference of Dorothea Elizabeth Orem complemented with the taxonomies North American Nursing Association (NANDA), Nursing Interventions Classification (NIC), Nursing Outcomes Classification (NOC) **Method:** An EP was carried out, supported by the systematic review methodology and theoretically supported by the self-care macrotheory described from the three sub-theories of Dorothea Elizabeth Orem. **Results:** It was achieved that 24 hrs after the start of the intervention, to increase to pH 7.43, PaCO₂ 49mmHg oxygen saturation 100% FiO₂ 60%, there were favorable changes both in the color and amount of secretions. Said results were with the totally compensatory activity of the dependent care agency. **Conclusion:** The individualized or standardized PE in patients with VAP allows, based on the basic requirements of self-care of these patients with this condition, to carry out activities that favor their vital processes, so it is recommended to include these five diagnoses as standardized care plans in intensive care units.

Keywords. *Care plan, pneumonia, mechanical ventilation, Dorothea E. Orem theory*

Introducción

La neumonía asociada a la ventilación es una infección de alta morbimortalidad en las terapias intensivas, la cual se define como aquella que se presenta en las primeras 48 a 72 horas posteriores a la intubación e inicio de la ventilación mecánica con presencia de leucopenia o leucocitosis, expectoración purulenta, presencia de infiltrados pulmonares y fiebre. De forma temprana se presenta dentro los primeros cinco días y de forma tardía posterior a estos, cabe mencionar que la forma precoz es ocasionada por gérmenes más sensibles a los antibióticos no siendo así la tardía ya que las bacterias son más resistentes a diversos antibióticos llegando a una tasa de mortalidad de hasta el 50% o más; los microorganismos más frecuentes son *Pseudomona aeruginosa* y *Acinetobacterbaumani* (Cabrales y Au, 2017).

El profesional de enfermería está implicado en la prevención y tratamiento de la neumonía asociada a ventilador de una manera estrecha, por ello, se requiere ordenar el cuidado a través del método científico como lo es el proceso enfermero (P.E), el cual es un modelo sistemático de pensamiento crítico ya que promueve un nivel competente de cuidados, representa una resolución deliberada de problemas y engloba todas las acciones importantes que realizan las enfermeras, además, de establecer la base para la toma de decisiones (Reina, 2010). Las etapas que comprende el P.E son la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación (Del Gallego et al., 2015).

En ese sentido, Dorothea E. Orem con su teoría de déficit de autocuidado pretende la realización de un plan de cuidados basado en la identificación de necesidades asociadas al déficit de autocuidado, esta macroteoría está compuesta por tres subteorías las cuales se relacionan entre sí, éstas son: autocuidado, requisitos de autocuidado y sistemas de enfermería (Naranjo et al., 2017).

El autocuidado es la responsabilidad que tienen los individuos para la protección, conservación y cuidado de su propia salud, cuando por varias razones no pueden autocuidarse Dorothea propone que para mantener el bienestar, la salud y desarrollo se requiere de tres tipos de requisitos como son los cuidados universales, de desarrollo y cuidados personales de los trastornos de la salud, así como formas de asistencia de enfermería las cuales puede ser de ayuda o suplencia, orientación, apoyo psicológico, de educación y de promoción de entornos favorables (Prado et al., 2014)

La teoría de Dorothea E. Orem en conjunto con el uso de las taxonomías NANDA, NOC, NIC y el proceso enfermero contribuyen a elevar la calidad de los servicios de enfermería debido a que se utiliza el pensamiento crítico, se muestra la relación entre paciente y la agencia de autocuidado utilizando un lenguaje universal de enfermería o estandarizado.

En conclusión, el autocuidado es un método que requiere que las personas sean capaces de usar la cognición para comprender su estado de salud y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir las acciones adecuadas (Naranjo et al., 2017). Sin embargo, existen personas que por su estado de salud como es el caso de los pacientes en estado grave no son capaces de realizar autocuidado y requieren de un sistema completamente compensatorio, tal fue el caso de la paciente ingresada a la unidad de cuidados intensivos con diagnóstico de neumonía asociada a ventilación y bajo efecto de sedoanalgesia.

Objetivo General

Realizar intervenciones personalizadas a una paciente con neumonía asociada a la ventilación mecánica bajo el referente teórico de Dorothea E. Orem.

Método

Se realizó una búsqueda documental en la base de datos Scielo, BVS y revistas electrónicas como Umbral Científico, Enfermería CyL, Enfermería Universitaria, entre otras en las cuales se encontraron artículos referentes al proceso enfermero, teoría de déficit de autocuidado y fisiopatología, no siendo así en los planes individualizados en pacientes con neumonía asociada a la ventilación mecánica, se realizó la valoración a la usuaria de los servicios de salud MAG de 55 años de edad, con la guía de Dorothea E. Orem donde se incluyó los requisitos de autocuidado universales, desarrollo, desviación de la salud, aunado a esto, se analizaron y se seleccionaron las etiquetas diagnósticas así como los resultados deseados y las intervenciones a través de acciones, finalmente se realizó el proceso de evaluación apoyado por las taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Resultados

La valoración se realizó a partir de la macroteoría de déficit de autocuidado identificando los factores condicionantes básicos, requisitos de autocuidado de desarrollo, universales y desviación de la salud, se utilizó la guía de valoración de Dorothea E. Orem a la paciente MAG de 55 años de edad, la cual ingresa al servicio de terapia intensiva con tubo oro traqueal bajo efecto de sedoanalgesia, arrojando alteración en el mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua, alimentos, previsión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excretas, actividad y reposo, entre otros.

Dentro de los datos significativos encontrados destacaron presión parcial de dióxido de carbono de 75mmHg, SPO₂ de 82%, un P.H 7.20, cianosis peri bucal, agitado (Ramsay 1), mala mecánica ventiladora, así como secreciones purulentas abundantes, tos, a la auscultación con estertores, diuresis de .2ml /kg/hr, con edema de extremidades, no evacuó alrededor de 5 días previos al ingreso y normalmente presenta estreñimiento así como dolor al evacuar, flatulencia y heces duras, por lo tanto, disminución de la frecuencia al evacuar, temperatura de 38°C, piel caliente, obesidad, IMC 64, talla 1.55 mts, ayuno.

A continuación, en las tablas 1 a 5 se muestra el plan de cuidados seleccionando 5 diagnósticos reales identificados como prioridad con la finalidad de mejorar el estado de salud de la paciente.

Tabla 1.

Intervención 1. Intercambio de gases en paciente con neumonía asociada a la ventilación mecánica

Diagnóstico 1

00030. Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con cambios en la membrana alveolo capilar como lo demuestra la hipercapnia PCO_2 75 mmHg, cambio de la coloración de la piel (acrocianosis), P.H.7.20.

Dominio 3: Eliminación.

Clase 4: Concepto: Intercambio de gases.

Resultados esperados (NOC)

0402 Estado respiratorio

Indicadores:

040208 Presión parcial de oxígeno en sangre arterial (PaO2)

040209 Presión parcial de dióxido de carbono en la sangre arterial ("PaCO2)

040210 P.H arterial

040211 Saturación de oxígeno (SPO2)

040212 Hallazgos en la radiografía de tórax

Puntuación Diana:

Desviación grave del rango normal	Desviación sustancial del rango normal	Desviación moderada del rango normal	Desviación leve del rango normal	Sin desviación del rango normal
1	2	3	4	5

Intervenciones / acciones (NIC)

1913 Manejo del equilibrio ácido básico: acidosis respiratoria

Actividades

Mantener la vía aérea permeable

Monitorizar el patrón respiratorio

Obtener muestras para análisis de laboratorio del equilibrio ácido básico

Mantener el soporte ventilatorio y permeabilidad de la vía aérea en presencia de acidosis respiratoria y de elevación del nivel de PaCO2

Monitorizar la hipo-ventilación y tratar las causas

Monitorizar los niveles de gasometría arterial para detectar la disminución del p.H, según corresponda.

Administración de broncodilatadores según corresponda

Observar funcionamiento y distensión del aparato digestivo para disminución de los movimientos diafragmáticos.

Evaluación:

Mantener a 13

Aumentar a 18

Nota. A las 24hrs posteriores de llevar a cabo las intervenciones y actividades se logró aumentar a pH de 7.43, P_aCO₂ 49mmHg, saturación de oxígeno 100% FiO₂ 60%.

Tabla 2.

Intervención 2. Limpieza de vías aéreas en paciente con neumonía asociada a la ventilación mecánica

Diagnóstico 2

00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionada con la mucosidad excesiva como lo demuestran los sonidos adventicios, excesiva cantidad de esputos

Dominio 11: Seguridad /protección

Clase 2: Concepto: Limpieza de las vías aéreas

Resultados esperados (NOC)

0402 Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías aéreas

Indicadores:

041007 Ruidos respiratorios patológicos

041019 Tos

041020 Acumulación de esputos

Puntuación Diana:

Desviación grave del rango normal	Desviación sustancial del rango normal	Desviación moderada del rango normal	Desviación leve del rango normal	Sin desviación del rango normal
1	2	3	4	5

Intervenciones / acciones (NIC)**3160 Aspiración de las vías aéreas**

Actividades

Realizar el lavado de manos

Usar precauciones universales

usar equipo de protección personal

Determinar la necesidad de la aspiración traqueal

Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.

Informar al paciente sobre la aspiración

Hiperoxigenar 30 segundos mediante el ventilador

Utilizar aspiración de sistema cerrado

Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de las secreciones.

Enviar las secreciones para su cultivo y antibiograma

Proporcionar sedación.

Evaluación:

Mantener a 5

Aumentar a 9

Nota. Se observo cambios tanto en el color, cantidad de secreciones las cuales continuaron purulentas, se realizaron cultivos de secreción y antibiograma de control donde reportaron pseudomona resistente al antibiótico indicado ceftriaxona por lo que se ajustó el antibiótico por médico a cargo iniciando con vancomicina y meropenem al tercer día se observaron cambios en las características de las secreciones.

Tabla 3.

Intervención 3. Volumen de líquidos en paciente con neumonía asociada a la ventilación mecánica

Diagnóstico 3

Exceso de volumen de líquidos relacionado con el compromiso de los mecanismos reguladores como lo demuestra la oliguria .2ml/k/hr y edema de las extremidades

Dominio 2: Nutrición

Clase 5: Concepto: Volumen de líquidos

Resultados esperados (NOC)**0601 Equilibrio hídrico**

Indicadores:

060107 Entradas y salidas diarias equilibradas

06117 Humedad de las membranas mucosas

060127 Cantidad de orina

060112 Edema periférico

Puntuación Diana:

Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
1	2	3	4	5

Intervenciones / acciones (NIC)

4120 Manejo de líquidos

Actividades

Pesar pañales

Registro preciso de entradas y salidas

Vigilar estado hídrico

Vigilar estado hemodinámico (PAM, PVC)

Administrar diuréticos

Evaluación:

Mantener a 7

Aumentar a 17

Nota. Se realizo ajustes que se le suministrarían respecto a los líquidos disminuyendo la solución base 250ml para 24 horas y la infusión de inotrópicos, así como de la sedoanalgesia se hizo a doble concentración para disminuir la carga de líquidos y la administración de furosemide 40mg cada 6 horas, alcanzado balances negativos y mejoro la diuresis horaria a 1/ml/kg por hora aumentado la puntuación en las primeras 24 horas.

Tabla 4.

Intervención 4. Hipertermia en paciente con neumonía asociada a la ventilación mecánica

Diagnóstico 4

000007 Hipertermia relacionado con la neumonía asociada a la ventilación mecánica como lo demuestra piel caliente y temperatura corporal de 38°C

Dominio 11: Seguridad y protección

Clase 6: Concepto: Hipertermia

Resultados esperados (NOC)

0800 Termorregulación

Indicadores:

080001 Temperatura cutánea aumentada

080019 Hipertermia

080007 Cambios de coloración cutánea

Puntuación Diana:

Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
1	2	3	4	5

Intervenciones / acciones (NIC)

3900 Regulación de la temperatura

Actividades

Comprobar la temperatura al menos cada 2hrs,

Observar el color y temperatura de la piel

Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipertermia

Utilizar colchón de enfriamiento

Administración de antipiréticos en caso de que estén indicados.

Evaluación:

Mantener a 8

Aumentar a 13

Nota. Se logro mantener temperaturas por debajo de 37.2

Tabla 5.

Intervención 5. Eliminación e intercambio en una paciente con neumonía asociada a la ventilación mecánica

Diagnóstico 5

00011 Estreñimiento relacionado con la obesidad e ingesta suficiente de fibra como lo demuestra disminución en la frecuencia de defecar y presencia de heces duras

Dominio 3: Eliminación e intercambio

Clase 2: Concepto: estreñimiento

Resultados esperados (NOC)

0501 Eliminación intestinal

Indicadores:

050101 Patrón de eliminación

050103 Color de las heces

050105 Heces blandas y formadas

050110 Estreñimiento

Puntuación Diana:

Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
1	2	3	4	5

Intervenciones / acciones (NIC)

0450 Manejo del estreñimiento/impacto fecal

Actividades

- ✓ Comprobar las defecaciones, incluyendo frecuencia, forma, volumen.
 - ✓ Uso de laxantes/ ablandadores
 - ✓ Administrar enema
 - ✓ Extraer la impactación.
 - ✓ Vigilar la existencia del peristaltismo.
-

Evaluación:

Mantener a 7

Aumentar a 14

Nota. Se llevo a cabo exploración y auscultación abdominal con presencia de abdomen distendido y se observa en ano contenido fecal, si llegar a expulsarlo por lo que se desimpacta así como aplicación de enema jabonoso presentando evacuación de consistencia dura.

De forma general, el realizar las intervenciones personalizadas a una paciente con neumonía asociada a la ventilación mecánica, se logró que a las 24

horas posteriores al inicio de los cuidados de enfermería aumentar a pH de 7.43, P_aCO₂ 49mmHg, saturación de oxígeno 100% y FiO₂ 60%. En el transcurso de la intervención hubo cambios favorables tanto en el color como en la cantidad de secreciones, además, se mantuvo la temperatura corporal por debajo de 37.2 centígrados. Cabe mencionar, que posterior a la administración de enema jabonoso se produjo alivio sintomático de la impactación fecal de la paciente.

El método de proceso enfermero permite atender las necesidades de requisito de autocuidado y desviación de la salud, principalmente a las personas con la condición de neumonía asociada a la ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos (UCI) a partir de la actividad totalmente compensatoria de la agencia de cuidado dependiente

Conclusiones

La neumonía asociada a la ventilación mecánica tiene alto impacto en la morbimortalidad en las terapias intensivas, en ese sentido, el llevar un plan de cuidados individualizados permite centrarse en cada persona como un ser único y, por lo tanto, las respuestas son únicas. La presente característica de este plan de cuidados individualizado es intransferible ya que se centró en lo particular de la persona y por ello, produjo resultados favorables para la salud.

De forma general, la teoría de Dorothea E. Orem permite guiar y facilitar el cuidado de las personas que requieren atención de salud, en este caso, la paciente con diagnóstico de neumonía asociada a la ventilación mecánica; es así que a través de los requisitos básicos de autocuidado de estos pacientes con esta condición se deben generar por parte de los profesionales de enfermería actividades que favorezcan los procesos vitales, por lo que se recomienda incluir estos cinco diagnósticos como planes de cuidados estandarizados en las unidades de cuidados intensivos.

Declaración de conflicto de interés

El autor declara no tener conflicto de interés con respecto a la publicación de este artículo.

Referencias

Cabrales, M. y Au, O. (2017). Neumonía asociada al ventilador en una unidad de cuidados intensivos. *Revista cubana de medicina intensiva y urgencias*, 16(4), 62-74. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedinteme/cie-2017/cie174f.pdf>

Del Gallego, R., Diz, J. y López, M. (2015). *Metodología enfermera: lenguajes estandarizados*. Universidad Complutense de Madrid.

Naranjo, Y., Concepción, J. y Rodríguez, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3), 89-100. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es&nrm=iso

Prado, L., González, M., Paz, N. y Romero, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 36(6), 835-845. <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1139>

Reina, N. (2016). *Proceso de enfermería; lo que sí es y lo que no es*. *Enfermería Universitaria*, 13(12), 71-72. <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria>

Rodríguez, R. Pérez, R. Roura, J. y Basulto, M. (2015). Neumonía asociada a la ventilación mecánica en una unidad polivalente de cuidados intensivos. *Rev Médica Electrónica*, 37(5), 439-455. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000500004&lng=es&nrm=iso

Proceso de enfermería a una persona con artritis reumatoide

Nursing process to a person with rheumatoid arthritis

Hernández-Guevara Celeste Georgina¹⁷, Alcántar-Zavala Ma. Lilia Alicia¹⁸,
Jiménez-Arroyo Vanesa¹⁹ y Huerta-Baltazar Mayra Itzel²⁰.

Resumen

Introducción. Proceso enfermero, método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados; permite identificación y tratamiento de respuestas únicas de personas a alteraciones de salud reales/potenciales. Consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Autocuidado: actitud y aptitud para realizar de forma voluntaria actividades para conservar la salud y prevenir enfermedades; y cuando se padece alguna, adoptar el estilo de vida adecuado para frenar la evolución. En este proceso se utilizará la subteoría: déficit de autocuidado. Artritis reumatoide, enfermedad crónica inflamatoria autoinmune, caracterizada por la afección de articulaciones. **Objetivo.** Aplicar el proceso enfermero a una persona con artritis reumatoide. **Metodología.** Búsqueda bibliográfica del proceso de enfermería, teoría del autocuidado de Orem y artritis reumatoide. Se seleccionó una persona con artritis reumatoide, se aplicó el proceso de enfermería utilizando la interrelación NANDA-NIC-NOC. Se empleó la guía de valoración de Orem, se identificaron los diagnósticos de enfermería; se llevaron a cabo las etapas: planeación y ejecución de intervenciones y actividades; se evaluaron los resultados de las intervenciones. **Caso clínico.** Femenina de 53 años de edad, con artritis reumatoide, ingresada al servicio de hospitalización de una institución de segundo nivel de atención. **Resultados.** Se identificaron cinco diagnósticos de enfermería, dolor crónico, deterioro de la movilidad física, ansiedad, riesgo de caídas y riesgo de ojo seco. De acuerdo a la valoración por medio de la puntuación diana se obtuvieron resultados favorables. **Conclusión:** El proceso de

¹⁷ Correspondencia remitir a: Estudiante de Maestría en Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, Michoacán. México. 0617821d@umich.mx

¹⁸ Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora e Investigadora. Facultad de Enfermería. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, Michoacán. México. lilia.alcantar@umich.mx

¹⁹ Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora e Investigadora. Facultad de Enfermería. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, Michoacán. México. vanesa.jimenez@umich.mx

²⁰ Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora e Investigadora. Facultad de Enfermería. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, Michoacán. México. mayra.huerta@umich.mx

enfermería permite una valoración integral, brindar cuidados personalizados y fortalecer la práctica profesional de esta disciplina.

Palabras Clave: *Proceso de enfermería, autocuidado, artritis reumatoide.*

Abstract

Introduction. Nursing process, systematic and organized method of administering individualized nursing care; allows identification and treatment of unique responses of people to actual / potential health disorders. It consists of five stages: assessment, diagnosis, planning, execution and evaluation. Self-care: attitude and aptitude to voluntarily carry out activities to preserve health and prevent diseases; and when one suffers, adopt the appropriate lifestyle to slow down evolution. In this process, the sub-theory will be used: self-care deficit. Rheumatoid arthritis, chronic autoimmune inflammatory disease, characterized by joint involvement. **Objective.** Apply the nursing process to a person with rheumatoid arthritis. **Methodology.** Bibliographic search of the nursing process, Orem's theory of self-care and rheumatoid arthritis. A person with rheumatoid arthritis was selected, the nursing process was applied using the NANDA-NIC-NOC interrelation. The Orem assessment guide was used, the nursing diagnoses were identified; The stages were carried out: planning and execution of interventions and activities; the results of the interventions were evaluated. **Clinical case.** 53-year-old female with rheumatoid arthritis, admitted to the hospitalization service of a second-level care institution. **Results.** Five nursing diagnoses were identified: chronic pain, impaired physical mobility, anxiety, risk of falls, and risk of dry eye. According to the assessment by means of the target score, favorable results were obtained. **Conclusion:** The nursing process allows a comprehensive assessment, provide personalized care and strengthen the professional practice of this discipline.

Keywords: *Nursing process, self-care, rheumatoid arthritis.*

Introducción

El presente plan de cuidados personalizados, contiene el desglose de las intervenciones personalizadas del cuidado de enfermería de una paciente con enfermedad de artritis reumatoide, la razón radica en poder identificar problemas reales y/o potenciales sobre su salud, y derivado de esto fundamentar los cuidados que se otorgan por parte del profesional de enfermería.

El proceso de enfermería (PE) es un método sistemático, humanista, intencionado, dinámico, flexible e interactivo que brinda cuidados ante problemas reales o potenciales centrados en las respuestas humanas del individuo, familia y

comunidad. Es el eje fundamental de enfermería para brindar cuidados (González, 2016).

El PE es el sustento metodológico de la profesión de enfermería más importante, está fundamentado en el método científico ya que plantea una problemática que se diagnostica, se realiza una revisión del tema basado en la evidencia científica, se formula una meta que se asemeja a la hipótesis, se realiza una planeación y ejecución de acciones y toma de decisiones, se analizan y evalúan los resultados y por último se registran (Reina, 2010).

En la aplicación del PE se cumplen los objetivos de la profesión ya que promueve el nivel más alto del bienestar de la persona, consta de cinco etapas; valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

En la valoración, permite crear una relación terapéutica con la persona, lo que favorece la empatía y establecer buenas relaciones humanas que favorecen las acciones interactivas para lograr los objetivos que se establezcan. Durante el diagnóstico, se obtiene la documentación de un lenguaje profesional común de la enfermería, lo que permite la formulación de un plan de cuidados a través del razonamiento diagnóstico.

En la planificación podemos dirigir las acciones de cuidados estableciendo las prioridades del usuario para la satisfacción de sus necesidades más apremiantes y así, resolver las situaciones identificadas como problemas. La ejecución implica la colaboración activa del cliente en donde el profesional de enfermería lleva a cabo acciones de índole física e intelectual.

Por último, la etapa de evaluación nos permite determinar el logro de los objetivos, identifica las variables que afectan y partir de ello a la decisión de si se tiene que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado (Reina, 2010).

La idea fundamental de la doctora Dorothea Orem se basa en el concepto de autocuidado como un requerimiento de todas las personas, cuando estos cuidados no son debidamente cubiertos, vienen los problemas de salud. Orem considera su teoría sobre el déficit de autocuidado como una teoría general constituida por tres teorías relacionadas: la teoría del autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería.

La teoría general del déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto.

El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar (Naranjo, 2017)

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria, crónica, autoinmune y sistemática de etiología desconocida; su principal órgano blanco es la membrana sinovial; se caracteriza por inflamación poliarticular y simétrica de pequeñas y grandes articulaciones, con posible compromiso sistémico en cualquier momento de su evolución (Mody, 2008).

Afecta del 0.2 al 2% de la población mundial, principalmente en edad reproductiva; de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), se calcula que, en México más de 1 millón de personas padece AR y tres de cada cuatro personas que la presentan son mujeres. Las estadísticas muestran que, del 100% de las mujeres que padecen esta condición, 75% está en edad productiva (entre 25 y 55 años), en tanto que en hombres sólo es el 25% (INEGI, 2020).

Objetivo General

Aplicar el proceso enfermero a una persona con artritis reumatoide.

Método

Se realizó una búsqueda bibliográfica en relación con las bases teórico metodológicas del proceso de enfermería, la teoría del autocuidado de Orem y la artritis reumatoide.

Una vez seleccionada una persona con artritis reumatoide y se aplicó el proceso de enfermería utilizando la interrelación North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Interventions Classification (NIC) Y Nursing Outcomes Classification (NOC).

Se inició la valoración a partir del instrumento de Orem, el cual consta de dos etapas, factores condicionantes básicos y requisitos de autocuidado, esta última conformada por sub etapas: universales, del desarrollo y desviación de la salud.

Posteriormente se llevó a cabo la selección de diagnósticos, priorizando 5 diagnósticos, 3 centrados en el problema: dolor crónico, deterioro de la movilidad y ansiedad y 2 de riesgo: riesgo de caídas y riesgo de ojo seco.

La planeación y ejecución de intervenciones y actividades se llevó a cabo durante su estancia en el área de hospitalización de un hospital de segundo nivel de atención, en su primer día de hospitalización.

Finalmente, la evaluación que permite determinar el logro de los objetivos y tomar la decisión de mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado. En este caso el plan se mantuvo y se llevó hasta el final, identificando la fortaleza a los

conocimientos de la paciente además del apego al tratamiento farmacológico y a las actividades que ayudan a mejorar sus molestias.

Resultados

El caso estudio trata de una usuaria femenina de 53 años de edad, con diagnóstico de artritis reumatoide de 22 años de evolución, con tratamiento a base de corticoesteroides, antimetabolitos, antirreumáticos modificadores de la enfermedad (DMARD) y vitaminas; diabetes mellitus e hipotiroidismo bajo tratamiento y control.

A continuación, se presentan los cinco diagnósticos del caso presentado, tres reales y 2 de riesgo:

Diagnóstico no. 1: dolor crónico.

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos, inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o previsible y una duración superior a 3 meses.

Factores relacionados: Enfermedad musculoesquelética crónica, Edad mayo a 50 años, sexo femenino.

Dominio 12: confort. Clase 1: confort físico.

Dolor crónico relacionado con enfermedad musculoesquelética crónica como lo demuestra la expresión facial de dolor EVA 8/10.

Resultado: Nivel del dolor. Intensidad del dolor referido o manifestado.

Indicadores: Dolor referido, duración de los episodios de dolor.

Intervención: Manejo del dolor.

Actividades:

- Valoración exhaustiva del dolor.
- Se observaron signos no verbales de molestias.
- Determinación del impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida.
- Evaluación de la eficacia de las medidas de control del dolor ya utilizadas.
- Disminución de los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor.

- Uso medidas de control del dolor antes de que éste sea muy intenso.

Resultados esperados: Puntuación Diana (1) Grave, (2) Sustancial, (3) Moderado, (4) Leve y (5) Ninguno. Se mantuvo en 2 puntos y se aumentó a 4 puntos.

Diagnóstico no. 2: deterioro de la movilidad física.

Definición: Limitación del movimiento físico independiente intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.

Factores relacionados: alteraciones en la marcha, limitación de la amplitud de movimientos, disconfort.

Dominio 4: actividad y reposo. Clase 2: actividad / Ejercicio.

Deterioro de la movilidad física relacionado con disminución de la resistencia como lo demuestran las alteraciones en la marcha.

Resultado: Movilidad.

Indicadores: Movimiento articular, ambulación.

Intervención 1: terapia de ejercicios: movilidad articular.

Actividades:

- Apoyo a la paciente a colocarse en una posición óptima para el movimiento articular.
- Orientación en el movimiento articular dentro de los límites del dolor.
- Proporcionar un programa de ejercicios con instrucciones por escrito.
- Fomento de la deambulación, cuando sea oportuno.

Resultados esperados: Puntuación Diana (1) Gravemente comprometido, (2) Sustancialmente comprometido, (3) Moderadamente comprometido, (4) Levemente comprometido y (5) No comprometido. Se mantuvo en (2) y se aumentó a (4)

Intervención 2: terapia de ejercicios: ambulación.

Actividades:

- Colocación de la cama de baja altura.
- Orientación sobre el uso de calzado adecuado que facilita la deambulación y evita lesiones.
- Animó al uso de un dispositivo de ayuda: bastón, para la deambulación en caso de inestabilidad.
- Ayuda en el reinicio de la deambulación, además se instruyó en el uso de técnicas de traslado y deambulación seguras.

Resultados esperados: Puntuación Diana (1) Gravemente comprometido, (2) Sustancialmente comprometido, (3) Moderadamente comprometido, (4) Levemente comprometido y (5) No comprometido. Se mantuvo en 3 y se aumentó a 4.

Diagnóstico no. 3: Ansiedad.

Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma; sentimiento de aprehensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.

Factores relacionados: Crisis situacional; grandes cambios: el estado de salud.

Dominio 9: afrontamiento al estrés. Clase 2: respuestas de afrontamiento.

Ansiedad relacionada con crisis situacional y grandes cambios en el estado de salud.

Resultado: Nivel de ansiedad.

Indicadores 1: Inquietud, ataque de pánico.

Intervención: Disminución de la ansiedad.

Actividades:

- Explicación a la paciente todos los procedimientos, así como posibles sensaciones consecuentes de los mismos procedimientos o del tratamiento farmacológico.
- Ofrecer información objetiva con respecto a la enfermedad.
- Acompañamiento a lo largo de la estancia hospitalaria con el fin de reducir el miedo y aumentar la seguridad.
- Apoyo para manifestar los sentimientos y miedos, así como a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Establecer actividades recreativas que reducen las tensiones.

Resultados esperados: Puntuación Diana (1) Grave, (2) Sustancial, (3) Moderado, (4) Leve y (5) Ninguno. Se mantuvo en 2 y se aumentó a 4.

Diagnóstico no. 4: Riesgo de caídas

Definición: Vulnerable a un aumento de la susceptibilidad a las caídas que puede causar daño físico y que puede comprometer la salud.

Factores relacionados: Uso de dispositivos de ayuda, condiciones que afectan los pies, deterioro de la movilidad, disminución de la fuerza en las extremidades inferiores, neuropatía, dificultad para caminar, deterioro visual, artritis.

Dominio 11: seguridad/protección. Clase 2: lesión física.

Riesgo de caídas relacionado con artritis reumatoide, deterioro de la movilidad, dificultad para caminar, disminución de la fuerza en las extremidades inferiores.

Resultado: Conocimiento: Prevención de caídas.

Indicadores: Uso correcto de dispositivos de ayuda, ejercicios para reducir el riesgo de caídas.

Intervención: Prevención de caídas.

Actividades:

- Revisión de antecedentes de caídas.
- Identificación de conductas y factores que afectan al riesgo de caídas, así como las características del ambiente que aumentan las posibilidades de caídas.
- Instrucción sobre el uso del bastón.
- Identificación de mal estado de dispositivos de ayuda.
- Disposición de un de un asiento de baño elevado, sillas de altura adecuada, colchón con bordes firmes, iluminación adecuada, superficies de suelo antideslizantes, en el baño, pasillos y escaleras.
- Sugerencia de adaptación en el hogar como barandillas y pasamanos para aumentar la seguridad. Orientación a los cuidadores a identificar los peligros del hogar y como modificarlos.

Resultados esperados: Puntuación Diana (1) Ningún conocimiento, (2) Conocimiento escaso, (3) Conocimiento moderado, (4) Conocimiento sustancial y (5) Conocimiento extenso. Se mantuvo en 2 y se aumentó a 4.

Diagnóstico no. 5: riesgo de ojo seco.

Definición: Vulnerable a molestias en los ojos o daños en la córnea y la conjuntiva debido a la reducida cantidad o calidad de las lágrimas para humedecer el ojo que pueden comprometer la salud.

Factores relacionados: enfermedad autoinmune: artritis, diabetes mellitus, enfermedad tiroidea, cambios hormonales, sexo femenino, consumo de cafeína.

Dominio 11: seguridad/Protección. Clase 2: lesión física.

Riesgo de ojo seco relacionado con enfermedad autoinmune: artritis reumatoide, diabetes mellitus, enfermedad tiroidea.

Resultado 1: Detección del riesgo.

Indicadores: Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos.

Intervención: prevención de la sequedad ocular.

Actividades:

- Identificación de características personales y factores ambientales que aumentan la posibilidad de sequedad ocular.
- Instrucción sobre la detección oportuna de signos y síntomas de ojo seco, como: eritema, exudado, dolor, visión borrosa.
- Recomendación del uso de lubricantes para favorecer la producción lagrimal.

Resultados esperados: Puntuación diana: (1) Nunca demostrado, (2) Raramente Nunca demostrado, (3) a veces demostrado, (4) Frecuentemente demostrado, (5) Siempre demostrado. Se mantuvo en 2, se aumentó a 4.

Resultado 2: Control del riesgo: ojo seco.

Indicadores: Busca información actual sobre ojo seco.

Intervención: Cuidados de los ojos.

Actividades:

- Observar si existe enrojecimiento, exudación o ulceraciones.
- Indicar que no se toque los ojos.
- Aplicación de lubricantes, según corresponda.

Resultados esperados: Puntuación diana: (1) Nunca demostrado, (2) Raramente Nunca demostrado, (3) a veces demostrado, (4) Frecuentemente demostrado, (5) Siempre demostrado. Se mantuvo en 2, se aumentó a 4.

Conclusiones

Se pudo evidenciar que el proceso de enfermería es la base para brindar cuidados de calidad, pudiendo llevar a cabo intervenciones dependientes de enfermería de manera sistematizada y humana, facilita al profesional de enfermería otorgar atención integral al paciente, además de sustentarla en el conocimiento científico; su creación es la clave para la atención de personas que padecen enfermedad de artritis reumatoide.

Debido a la naturaleza de la macro teoría y a la personalización de los cuidados, el proceso de enfermería permitió dar fortaleza a los conocimientos de la paciente y sus cuidadores, logrando así el apego al tratamiento farmacológico y a

las actividades que ayudan a mejorar sus molestias y por ende la calidad de vida de la paciente, fortaleciendo además la práctica profesional de esta disciplina.

Consideraciones éticas y legales

Confidencialidad de los datos y derecho a la privacidad. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Declaración de conflicto de interés

El autor declara no tener conflicto de interés con respecto a la publicación de este artículo.

Referencias

Escobar, M. L. y Grisales, R. H. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide tratados en una IPS especializada, Medellín 2012. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31 (1), 75-84.

Gonzalez-Castillo, M.G. (2016) Proceso de tercera generación, *Enfermería Universitaria*, 13 (2), 124-129.

Herrero, V, (2018) Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 25(4), 228-236.

Mody GM, Cardiel MH. Challenges in the management of rheumatoid arthritis in developing countries. *Best Practice & Research Clin Rheumatol*. 2008;22(4):621-4.

Naranjo, Y., Concepción, J. y Rodríguez, M. (2017). *La Teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem*. *Gaceta Medica Espirituana*, 19 (3), 89-100

Heathe. H y Kamitsuru S. *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación (NANDA) 2018-2021* Madrid: ELSIEVER

Butcher, H., Bulechek, G., Dochterman. J. y Wagner Ch. (2021). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NOC)*. ELSIVER.

Reina G, N.C. (2010) El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado *Umbral Científico*, 17, 18-23.

Intervenciones estandarizadas de cuidado enfermero en personal de enfermería con síndrome de Burnout

Nursing care interventions standardized in nursing staff with Burnout syndrome

Mora Acopa, Luis Enrique²¹ Pérez Guerrero, Ruth Esperanza²² Ma. Martha Marín Laredo²³ Josefina Valenzuela Gandarilla²⁴

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México

Resumen

Introducción. El presente artículo aborda un plan Estandarizado de cuidados para el personal de enfermería con Síndrome de Burnout que es una respuesta al estrés laboral crónico que afecta a aquellas personas cuyo trabajo tiene como centro ayudar y apoyar a otros; generando en el profesional síntomas que van desde el agotamiento físico, mental y emocional hasta relaciones conflictivas interpersonales y familiares por lo cual se utilizaron las taxonomías de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Outcomes Classification (NOC) y la Nursing Interventions Classification (NIC) para mejorar las condiciones que aquejan al personal de enfermería, **Objetivo:** Realizar un plan de cuidados estandarizados que ayude a mejorar las condiciones laborales y familiares al personal de enfermería, **Metodología.** Se realizó un estudio de búsqueda de información para tener la base científica y con ello poder realizar un plan de cuidados estandarizados dirigido a los padecimientos más frecuentes en el personal de enfermería, bajo el referente de Dorothea E. Orem con la Teoría del Autocuidado, **Resultados.** Fortalecer el autocuidado en el personal de enfermería para coadyuvar al desarrollo profesional y personal. **Conclusiones.** Un plan de cuidados para el personal de enfermería mejora las condiciones de la práctica clínica, así como las relaciones interpersonales en el personal de enfermería, también mejoramos la calidad de vida y la salud del personal mejorando el ámbito familiar.

Palabras clave: *Autocuidado, Proceso Enfermero, Síndrome de Burnout, Plan estandarizado*

²¹ Correspondencia remitir a: Estudiante de la Maestría Profesor de la Facultad de Enfermería Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia México. van_ja2000@yahoo.com.mx

²² Maestra en Enfermería. Profesora- Investigadora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. ruth.perez@umich.mx

²³ Doctora en Educación. Profesora- Investigadora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. martha.marin@umich.mx

²⁴ Doctora en Educación. Profesora- Investigadora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. josefina.valenzuela@umich.mx

Abstract

Introduction. This article propose a standardized care plan for nursing staff with Burnout Syndrome that it is a response to chronic work stress that affects those people who work is focused on helping and supporting others; generating symptoms in the professional that range from physical, mental and emotional exhaustion to conflictive interpersonal and family relationships the taxonomies were used were the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Outcomes Classification (NOC) and Nursing Interventions Classification (NIC) to upgrade the conditions afflicting the nursing staff. **Objective.** Realize a standardized care plan to improve working conditions and family relationships of nursing staff. **Methodology.** It made an information search to get scientific basis and with this can realize a standardized care plan for nursing to guide more frequent conditions for nursing staff, with the reference of Dorothea E. Orem with selfcare theory. **Results:** strengthen selfcare in nursing staff to assist development and personal. **Conclusions:** A care plan for the nursing staff improve conditions to clinical practice as well as relationships of nursing staff, also improve quality of life, the health of nursing staff and the family environment.

Keywords: *selfcare, nursing process, Burnout syndrome, standardized plan.*

Introducción

El termino Síndrome de Burnout (SB) es una respuesta al estrés laboral crónico que afecta aquellas personas cuyo trabajo tiene como objetivo ayudar y apoyar a otras personas que lo soliciten o demanden sus servicios, lo que genera en el personal de enfermería agotamiento físico, mental y emocional y relaciones conflictivas con el equipo multidisciplinario.

Se realizó una búsqueda intencionada de la información donde ésta es abundante, pero de los estudios realizados todos se enfocan en detectar el síndrome y lo que provoca; no en un plan que ayude a mejorar las condiciones de salud y laboral del personal de enfermería.

Por otro lado, también se analizó el Proceso Enfermero (PE) con sus 5 etapas que lo conforman donde la valoración nos ayuda a identificar todos los requisitos de autocuidado de desviación de la salud donde el personal está siendo mayormente afectado y los problemas que conlleva.

También se desarrolló la Teoría del Autocuidado (TDA) de Dorothea E. Orem donde se desarrollan las tres subteorías (T. del Autocuidado, T. del Déficit de Autocuidado y de los Sistemas de Enfermería) por lo que se identifican aquellos

requisitos que el personal de enfermería presenta frecuentemente y así iniciar un plan de cuidados que ayude a mejorar su salud, relaciones interpersonales en el ámbito familiar y laboral.

El interés fundamental es que se desarrolle un plan de intervenciones de enfermería para aplicarse a todo el personal que esté presentando el SB y así ayudar a mejorar su vida familiar, laboral y social en todos los sentidos, porque es la manera de que se brinde un cuidado de calidad y sobre todo de manera segura para los usuarios y las relaciones interpersonales con sus compañeros que pertenecen al equipo multidisciplinario.

Por lo que se hace necesario realizar una valoración exhaustiva que permita conocer más allá de las condiciones laborales y personales ya que el SB no solo afecta la relación laboral si no en la parte familiar también, por ello se necesita de vital atención y tiempo para realizar y aplicar todo el plan estandarizado, ya que de no hacerse de esta manera se podría perder el interés en el programa y agravar su condición.

Objetivo

Realizar un Plan de Cuidados Estandarizados en el personal de enfermería con Síndrome de Burnout para mejorar su condición personal y laboral.

Método

Para llevar a cabo el presente plan de cuidados estandarizados se hizo una revisión sistemática en las bases de datos donde se encontró mayor información fue en bases de datos como Scielo, Lilacs, Medline y Pubmed donde la información con la que cuenta es extensa y completa en Síndrome de Burnout, apoyándonos en las taxonomías NANDA, NOC y NIC, de la misma manera se aplicó la guía de valoración de Dorothea E. Orem para identificar los requisitos de autocuidado en caso de desviación de la salud que son el patrón del sueño, cansancio, fatiga, sobre peso, el manejo de la ira, irritabilidad y angustia, para al final realizar 6 planes de cuidados estandarizados reales a los cuales se les dio una puntuación Diana la cual es un indicador del estado de la respuesta de la atención que el personal de enfermería a la persona, familia o comunidad y que se expresan en los registros clínicos de enfermería y que va desde 1 que es desviación grave del rango normal hasta el 5 que es sin desviación del rango normal, tomando en cuenta que no existen planes de cuidados estandarizados para el personal de enfermería con SB la puntuación Diana es a criterio de quien utilice los planes, lo que permite aportar a la población de enfermería y seleccionar las intervenciones idóneas y aplicarlas a su cuidado personal. El desarrollar planes de cuidados estandarizados dirigidos al

personal de enfermería ayuda a mejorar sus condiciones personales y laborales ya que mejora su estado de salud y la manera en que aplica sus cuidados a las personas que lo requieren lo que hace una descarga psicológica y física al realizar las actividades que se derivan de la atención, con calidad haciendo que mejore sus condiciones personales.

Resultados

El siguiente plan estandarizado fue realizado en base a los datos anteriores y se integraron en cuadros para su análisis de distintos autores donde han estudiado el SB en el personal de enfermería y donde se han dedicado a solamente identificar el SB por lo que fue necesario realizar un plan que mejore la situación actual de personal de enfermería en las distintas instituciones. Por lo que se proponen 5 procesos de enfermería para coadyuvar al desarrollo profesional y personal de las y los enfermeras (os), ya que se seleccionaron de manera que puedan seleccionar de una gama de resultados e intervenciones las que sean más acordes a la afección que estén padeciendo por lo que se propone que asignen puntuación Diana donde puede ir de calificación de 1 que es desviación grave del rango normal, 2 desviación sustancial del rango normal, 3 desviación moderada del rango normal, 4 desviación leve del rango normal, 5 sin desviación del rango normal.

Diagnostico no. 1

Sobrepeso según lo evidencia la alteración de la conducta alimentaria como lo demuestra IMC mayor a 25 kg/m² perteneciente al **Dominio:** 02 ingestión incorporación de alimentos o nutrientes en el organismo **Clase:** 01

Resultado: Manejo del peso

Indicadores: Obtiene asistencia para el peso por parte de un profesional sanitario, se compromete con un plan de comidas saludables, mantiene un aporte adecuado de alimentos y líquidos nutritivos, controla el nivel de apetito, come alimentos y líquidos nutritivos entre comidas, participa en el control nutricional.

Intervenciones: Ayuda para disminuir el peso

Actividades: Determinar el deseo y la motivación del paciente para reducir el peso o grasa corporal, determinar con el paciente la cantidad de pérdida de peso deseada, establecer una meta de pérdida de peso semanal, pesar al paciente semanalmente, recompensa al paciente cuando consiga los objetivos, establecer un plan realista con el paciente que incluya la disminución de la ingesta de alimento y aumento de gasto de energía, fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos favorables, ayudar a ajustar las dietas al estilo de vida y nivel de actividad fomentar el uso de sustitutivos de azúcar, según corresponda, enseñar a calcular el porcentaje de grasa de los productos alimenticios

Puntuación Diana: 1 desviación grave del rango normal, 2 desviación sustancial del rango normal, 3 desviación moderada del rango normal, 4 desviación leve del rango normal, 5 sin desviación del rango normal PD: Mantener en 2, Aumentar a: 4

Diagnostico no. 2

Trastorno del patrón del sueño según lo evidencia patrón de sueño no reparador y como lo demuestra despertarse sin querer, insatisfacción con el sueño, no sentirse descansado. **Dominio:** 04 Sueño/Reposo **Clase:** 01

RESULTADO: Sueño

Indicadores: Horas de sueño, patrón del sueño, sensación de rejuvenecimiento después del sueño, despertar a horas apropiadas, dificultad para conciliar el sueño.

Intervenciones: Mejorar el sueño

Actividades: determinar el patrón del sueño/vigilia del paciente, explicar la importancia de un sueño adecuado durante el embarazo, la enfermedad, las situaciones de estrés psicosocial, etc., determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el patrón de sueño, comprobar el patrón del sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor/molestias y frecuencia urinaria) y/o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño, enseñar al paciente a controlar los patrones de sueño, controlar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilancia para evitar cansancio en exceso, ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño, animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño, ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama, ayudar al paciente a evitar los alimentos y bebidas que interfieran en el sueño a la hora de irse a la cama, ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo de una actividad que favorezca la vigilia, según corresponda, ayudar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño, ajustar al programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente, regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales, proporcionar folletos informativos sobre técnicas favorecedoras del sueño

Puntuación Diana: 1 desviación grave del rango normal, 2 desviación sustancial del rango normal, 3 desviación moderada del rango normal, 4 desviación leve del rango normal, 5 sin desviación del rango normal. PD: Mantener a: 2 Aumentar a: 4

Diagnostico No. 3

Fatiga según lo evidencia la demanda ocupacional como lo demuestra la apatía, cansancio, energía insuficiente, patrón de sueño no reparador. **Dominio:** 04 **Clase:** 03.

Resultado: Nivel de Fatiga

Indicadores: agotamiento, cefalea, nivel de estrés, rendimiento laboral, calidad del descanso, calidad del sueño, función inmunitaria

Intervenciones: Manejo de la energía

Actividades: determinar los déficits del estado fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo, animar la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones, utilizar instrumentos valido para medir la fatiga, si está indicado, Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente/allegados, determinar qué actividad y en qué medida es necesaria para aumentar la resistencia, controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados, consultar con el dietista posibles modos de aumentar la ingesta de alimentos con alto contenido energético, observar al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga física y emocional, vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (taquicardia, otras arritmias, disnea, diaforesis, palidez, presiones hemodinámicas y frecuencia respiratoria), animar a realizar ejercicios aeróbicos, según la tolerancia, observar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/actividad, enseñar técnicas de organización de actividades y gestión del tiempo para evitar la fatiga, ayudar al paciente a priorizar las actividades para adaptar los niveles de energía, ayudar al paciente a identificar las preferencias de actividades, ayudar al paciente a elegir actividades que mejoren gradualmente su resistencia, considerar la comunicación electrónica) p. ej. Correo electrónico, mensajería instantánea) para mantener el contacto con los amigos cuando las visitas no son posibles o aconsejables, facilitar la alternancia de periodos de reposo y actividad, utilizar ejercicios de rango de movimiento pasivos y/o activos para aliviar la tensión muscular, facilitar actividades de recreo que induzcan calma para favorecer la relajación, controlar la administración y efecto de los estimulantes y sedantes, instruir al paciente y/o a los allegados a reconocer los signos y síntomas de fatiga que requieran una disminución de la actividad.

Puntuación Diana: 1 desviación grave del rango normal, 2 desviación sustancial del rango normal, 3 desviación moderada del rango normal, 4 desviación leve del rango normal, 5 sin desviación del rango normal. PD: Mantener a: 2 Aumentar a: 4

Diagnostico No. 4

Deterioro de la interacción social según lo evidencia las habilidades insuficientes para mejorar la reciprocidad y como lo demuestra la interacción disfuncional con otras personas. **DOMINIO:** 07 **CLASE:** 03

Resultado: Habilidades de interacción social

Indicadores: Cooperación con los demás, sensibilidad con los demás, mostrar calidez, parecer relajado, relaciones con los demás.

Intervenciones: Comunicación

Actividades: potenciación de la socialización, fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes, fomentar las actividades sociales y comunitarias, fomentar el respeto de los derechos de los demás, centrarse completamente en la en la interacción eliminando prejuicios, sesgos, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones, escuchar los mensajes y sentimientos inexpresados y además atender al contenido de la conversación, ofrecer la respuesta en el momento adecuado para que refleje la comprensión del mensaje recibido, evitar barreras a la escucha activa.

Puntuación Diana: 1 desviación grave del rango normal, 2 desviación sustancial del rango normal, 3 desviación moderada del rango normal, 4 desviación leve del rango normal, 5 sin desviación del rango normal. PD: Mantener a: 2 Aumentar a: 4

Diagnostico No. 5

intolerancia a la actividad Según lo evidencia el estilo de vida sedentario y como lo demuestra la debilidad generalizada, disnea de esfuerzo y fatiga **Dominio:** 04
Clase: 04

Resultados: Tolerancia de la actividad

Indicadores: Frecuencia respiratoria en respuesta a la actividad, paso al caminar, tolerancia a subir escaleras, facilidad para realizar las actividades de la vida diaria .

Intervenciones: Fomento del ejercicio

Actividades: Investigar experiencias deportivas anteriores, determinar la motivación del individuo para empezar/continuar con el programa de ejercicios, explorar los obstáculos para el ejercicio, animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio, ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades, ayudar al individuo a establecer las metas a corto y largo plazo del programa de ejercicios, realizar los ejercicios con la persona, según corresponda, incluir a la familia/cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios, preparar al individuo en técnicas para evitar lesiones durante el ejercicio, enseñar al individuo en técnicas de respiración adecuadas para maximizar la absorción de oxígeno durante el ejercicio físico.

Conclusiones

Los planes de cuidados estandarizados ayudan al personal profesional de enfermería a poder aplicar el autocuidado en cada uno de ellos por lo que se recomienda que utilicen los resultados, las intervenciones que mejor se adapten a su condición de salud ya que de eso depende que sigan aplicando sus conocimientos y mejoren su salud personal por lo que deben aplicarse las actividades y continuar con su tratamiento para el mejoramiento de su salud física y psicológica.

Es necesario poner en marcha el plan de cuidados estandarizados para prevenir complicaciones y desapego a los tratamientos que puedan poner en riesgo la vida y la salud de ellas (os) mismas (os) así como de las personas que brinda los cuidados para recuperación y restablecimiento de la salud.

Declaración de conflicto de interés

El autor declara no tener conflicto de interés con respecto a la publicación de este artículo.

Referencias

Bamonde, M.G. (2003). Nivel de aplicación de las acciones de autocuidado de la salud por personal de una unidad médica. Recuperado de <file:///D:/Escritorio/Diplomado%20Maestr%C3%ADa%202021/EBE%20para%20Proceso%20Enfermero/autocuidado%20en%20veracruz.pdf>

Berón, D. (2011). Factores que influyen en el rendimiento laboral del personal de enfermería. Recuperado de <file:///D:/Escritorio/Diplomado%20Maestr%C3%ADa%202021/EBE%20para%20Proceso%20Enfermero/beron-daniela%20el%20sustento%20metodologico.pdf>

Blechek, G. M. (2014). *clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*(sexta ed.) Barcelona: elsevier.

Cortez, M.A. (2017). Conocimientos, actitudes y practicas de autocuidado del personal de enfermería de hospitalización y mergencias del hospital militar escuela Dr. Alejandro Dávalos Bolaños Managua, Nicaragua. Recuperado de <file:///D:/Escritorio/Diplomado%20Maestr%C3%ADa%202021/EBE%20para%20Proceso%20Enfermero/actitudes%20y%20practicass%20de%20autocuidado%20nicaragua.pdf>

Flores, M.A. (2011). Autocuidado del profesional de enfermería del hospital de San Carlos en las dimensiones de alimentación, actividad y reposo, conductas de riesgo, funcionamiento familiar y estrés laboral. Recuperado de

<file:///D:/Escritorio/Diplomado%20Maestr%C3%ADa%202021/EBE%20para%20Proceso%20Enfermero/autocuidado%20alimentacion,%20actividad%20y%20reposo.pdf>

Garduño, A. (2012). Autocuidado del profesional de enfermería de un hospital público. Recuperado de <file:///D:/Escritorio/Diplomado%20Maestr%C3%ADa%202021/EBE%20para%20Proceso%20Enfermero/Autocuidado%20en%20el%20personal%20de%20salud%20TN.pdf>

Herdman, H. K. (2018). *Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificaciones 2018-2020*. Barcelona: Elsevier.

León, C. (2007). Cuidarse para no Morir Cuidando. Recuperado de <file:///D:/Escritorio/Diplomado%20Maestr%C3%ADa%202021/EBE%20para%20Proceso%20Enfermero/Cuidarse%20para%20no%20Morir%20cuidando.pdf>

Marriner Tomey A., Ralie Alligood, M. (2002). *Modelos y teorías en enfermería*. Madrid: elsevier

Marriner, T. (1997). *Las grandes teorías de enfermería*. México: Harcourt Mosby.

Moorhead, S. J. (2014). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC) medición de resultados en salud* (sexta ed.). Barcelona: Elsevier.

Navarro, Y. (2010). Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Recuperado de <file:///D:/Escritorio/Diplomado%20Maestr%C3%ADa%202021/EBE%20para%20Proceso%20Enfermero/explicacion%20de%20los%20requisitos.pdf>

Sánchez, P. (2014). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en UVI. Recuperado de <file:///D:/Escritorio/Diplomado%20Maestr%C3%ADa%202021/EBE%20para%20Proceso%20Enfermero/burnout%20en%20el%20personal%20de%20enfermeria.pdf>

Silla, D. (2011). Autocuidado, elemento esencial en la práctica de enfermería. Recuperado de <file:///D:/Escritorio/Diplomado%20Maestr%C3%ADa%202021/EBE%20para%20Proceso%20Enfermero/Ensayo%20autocuidado.pdf>

Intervención de Cuidados Estandarizados para la Estimulación Temprana en Recién Nacido Pretérmino Hospitalizado

Standardized Care Intervention for Early Stimulation in Hospitalized Preterm Newborn

Cortez González María Yesenia²⁵ Ana Celia Anguiano Moran²⁶, María Magdalena Lozano Zuñiga³

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México

Resumen

Introducción. El proceso enfermero es un sistema metodológico con base científica que permite al personal de enfermería la elaboración de procesos individualizados o estandarizados en cualquier nivel de atención, en forma ordenada y enfocada a la resolución de problemas del usuario. Dorothea Elizabeth Orem (D. Orem) propuso la macro teoría compuesta con tres sub apartados, la Teoría del Autocuidado (TA), Teoría del Déficit de Autocuidado y la Teoría de los Sistemas de Enfermería cuyo objetivo es lograr que la persona o su cuidador lleven a cabo acciones de autocuidado para mantener por sí mismo la salud, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de esta. **Objetivo.** Realizar intervenciones de cuidado estandarizado para la estimulación temprana en recién nacido pre-término hospitalizado. **Método.** Se realizó una búsqueda sistemática sobre el proceso enfermero, la teoría de D. Orem y la estimulación temprana, se seleccionó la información a través de un proceso de análisis, posteriormente bajo la referencia de D. Orem se realizó la valoración, con lo que se pudieron seleccionar los diagnósticos, plan de cuidados y evaluación. **Resultados.** Se establecieron cinco diagnósticos, con plan de cuidados que se pueden aplicar de manera estandarizada a los neonatos prematuros estables, independiente al diagnóstico agregado a la prematurez. **Conclusiones.** El proceso enfermero es la herramienta ideal para la aplicación y evaluación constante de las intervenciones de enfermería, siendo de fácil aplicación tanto en diagnóstico real, de riesgo o de promoción a la salud.

Palabras clave: *Proceso Enfermero, Teoría D. Orem, Recién Nacido Pretérmino, Estimulación Temprana.*

¹ Alumna de la Maestría de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. yeni_2455@hotmail.com.mx

² Profesora- Investigadora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

³ Profesora- Investigadora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Abstract

Introduction. The nursing process is a scientifically based methodological system that allows nursing staff to develop individualized or standardized processes at any level of care, in an orderly manner and focused on solving user problems. Dorothea Elizabeth Orem (D. Orem) proposed the macro theory composed of three subsections, The Self-Care (TA), Self-Care Deficit theory and the Nursing Systems Theory whose objective is to achieve that the person or their caregiver carry out self-care actions to maintain their own health, recover from the disease and / or face the consequences of it. **Objective.** to carry out standardized care interventions for early stimulation in hospitalized preterm newborn. **Method.** A systematic search was carried out on the nursing process, D. Orem's Theory and early stimulation, the information was selected through an analysis process, later under the reference of D. Orem the assessment was carried out, with which diagnoses, care plan and evaluation could be selected. **Results.** five diagnoses were established, with a care plan that can be applied in a standardized way to stable preterm infants, independent of the diagnosis added to prematurity. Conclusions the nursing process is the ideal tool for the application and constant evaluation of nursing interventions, being of facial application both in real diagnosis, irrigation or health promotion.

Keywords: *Nursing process, D. Orem Theory, Preterm newborn, Early stimulation.*

Introducción

El plan de cuidados presenta las intervenciones estandarizadas aplicadas a neonatos prematuros, que por su estado de salud se encuentran hospitalizados y con ello sistematizar los cuidados con sustento en la macro teoría de D. Orem ya que en su Teoría del Déficit de Autocuidado nos brinda el marco referencial para entender las necesidades que tiene un neonato que es totalmente dependiente, a la cual se aplica un sistema totalmente compensador y el sistema educativo. Este conocimiento se integra de manera estandarizada bajo el diseño de las taxonomías Asociación Internacional de Diagnósticos de Enfermería de América del Norte (NANDA-I) la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) y la clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). De lo anterior surge la priorización de cinco diagnósticos enfermeros estandarizados.

Objetivo General

Realizar intervenciones de cuidado estandarizado para la estimulación temprana en recién nacido pre-término hospitalizado.

Método

Para llevar a cabo el presente artículo se realizó una búsqueda sistemática e histórica en guías de práctica clínica, libros impresos y digitales, así como en plataformas indexadas entre las que se encuentran; Redalyc, Dialnet y SciELO, siendo esta última donde se encontró la mayor parte de artículos con las palabras clave que se requerían para esta revisión.

Se seleccionó la información a través de un proceso de análisis, posteriormente bajo la referencia de D. Orem se realizó la valoración, con lo que se pudieron seleccionar los diagnósticos y plan de cuidados, la evaluación se lleva a cabo a través de la puntuación diana, la que se describe como un indicador de respuesta a la atención que el personal de enfermería da a la persona, familia o comunidad, expresada en los Registros Clínicos de Enfermería.

Valoración

Los requisitos de autocuidado y desarrollo se encuentra alterados debido a que los recién nacidos pre-término se consideran entre las 28 y 37 semanas de gestación (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018) edad en que aún no han madurado los órganos vitales, por lo que sus cuidados son totalmente compensatorios y al encontrarse hospitalizados la agencia de autocuidado dependiente es la enfermera, las demandas de apoyo terapéutico propias de la edad y de manera general son: aporte de oxígeno insuficiente, lactancia materna ineficaz, bajo peso, descanso inadecuado, falta de coordinación succión - deglución, bajo tono muscular o espasticidad (Basso, 2016).

Entre las limitaciones se encuentra hospitalización prolongada, separación del binomio madre-hijo, conocimientos deficientes de los padres sobre las probables secuelas que pudieran presentar los neonatos prematuros. Los factores ambientales son estresantes y se mantiene una sobre estimulación para su edad, como la luz, sonidos y procedimientos dolorosos. Se deberán detectar y resolver las condiciones que podrían afectar desfavorablemente al neonato.

Los requisitos de desviación de la salud deben incluir a los padres ya que se debe educar sobre la atención que requiera cada suceso, se debe llevar a cabo en cuanto sea posible la rehabilitación dirigida a la prevención de secuelas a través de la estimulación sensorial.

Resultados

De la información extraída de la valoración con el referente de Dorothea E, Orem se llegó a la selección de las siguientes intervenciones estandarizadas para la

atención del neonato prematuro hospitalizado que se encuentre estable y requiera de estimulación temprana.

Diagnostico N°1

Conducta desorganizada del lactante como lo demuestra el funcionamiento neurológico inmaduro, uso de procedimiento invasivo, posición inadecuada, difícil adaptación al estado de sueño-vigilia.

Taxonomía II NANDA en **Dominio 9**. Afrontamiento/tolerancia al estrés **Clase 3**. Estrés neuroconductual.

Resultado Adaptación del lactante

Indicadores: el neonato puede presentar tono muscular relajado, postura flexionada, se debe corroborar si responde a estímulos y /o si está atento a ellos.

Intervención: Cuidados del Lactante Prematuro.

Actividades: Mostrar cómo llamar la atención visual y auditiva del neonato, con hojas de color se forman algunas figuras geométricas y se pasan lentamente de lado derecho a izquierdo a una distancia más o menos de 30 cm de la cara del neonato una en serie de tres, una vez por turno. Para la estimulación auditiva se pasa el sonido suave de una campana pequeña (como las que se colocan en los arbolitos de navidad) a 30 cm de distancia de un oído y posteriormente del otro en serie de tres, una vez por turno. Evitar la Hiperestimulación estimulando un sentido a la vez. Reducir la luz ambiental, si no se cuenta con reguladores de luz dentro del área, se colocan mantas que cubran la mayor parte de la cuna o incubadora y se abre solamente para realizar procedimientos con horarios y/o alimentación, verificando que los sensores estén colocados correctamente y con la fijación adecuada para denotar cualquier alarma. Colocar antifaz siempre que se coloque fototerapias o cuando no puedan colocar mantas en las cunas. La programación de cuidados y alimentos según ciclo sueño-vigilia, fomentará el descanso del neonato de manera garantizar que la energía gastada por estrés se ahorre para su adecuado crecimiento y desarrollo (Gomes, Mota, Panúncio, Lara, 2012).

Resultados Esperados: Puntuación Diana (1) gravemente comprometido, (2) sustancialmente comprometido, (3) moderadamente comprometido, (4) levemente comprometido, (5) no comprometido. Se plantea encontrarlo en 2 y mantener a 5. (Heater y Kamitsuru, 2018-2020; Moorhead Swanson, Johnson, y Maas, 2019; Butcher, Bulechek, Dochterman y Wagner, 2018)

Diagnostico N°2

Riesgo de conducta desorganizada del lactante según lo evidencian conocimientos insuficientes de las señales conductuales por parte del cuidador,

contención insuficiente en el entorno, interpretación errónea de los indicadores por parte del cuidador.

Taxonomía II NANDA en **Dominio 9**. Afrontamiento/tolerancia al estrés **Clase 3**. Estrés neurocomportamental.

Resultado Control de Riesgo

Indicadores: se realizan las siguientes interrogantes, el cuidador controla los factores de riesgo ambientales, sigue las estrategias de control de riesgo, el cuidador identifica los factores de riesgo.

Intervención: Identificación de riesgo.

Actividades: se deberán revisar los antecedentes médicos y documentos previos para determinar las evidencias de los diagnósticos y cuidados, así como identificar los riesgos biológicos ambientales y conductuales. Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo y aplicarlas.

Resultados Esperados: Puntuación Diana (1) Nunca demostrado, (2) raramente demostrado, (3) A veces demostrado, (4) frecuentemente demostrado, (5) siempre demostrado. Se plantea encontrarlo en 2 y mantener a 5 (Heater y Kamitsuru, 2018-2020; Moorhead et al., 2019; Butcher, et al., 2018)

Diagnostico N°3

Protección Ineficaz como lo demuestra una nutrición inadecuada, necesidad de un régimen terapéutico, disnea, fatiga, edad extrema, bajo peso al nacer.

Taxonomía II NANDA en **Dominio1**. Promoción de la Salud **Clase 2** Gestión de la salud Identificar, controlar, realizar e integrar actividades para mantener la salud y el bienestar

Resultado Sueño

Indicadores: vigilar horas de sueño, patrón del sueño que la temperatura de la cuna sea confortable, buscar eficiencia y calidad del sueño

Intervención: Mejorar el sueño.

Actividades: Manejo de medidas agradables y relajantes al paciente, contacto piel a piel a través de la técnica canguro, masajes relajantes que aparte de brindar confort y relajación al paciente estimula los músculos para apoyar a mejorar el estado de flacidez o hipotonía, este se realiza en forma circular de afuera hacia a dentro, con los pulgares, con la presión justa para no lastimar al neonato. Preferentemente cualesquiera de estos procedimientos se deben realizar preferentemente después del baño del neonato. Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia. Esto se realiza mediante manejo de horarios para realización de actividades tales como

toma de laboratorios, rayos equis, ministración de medicamentos, pase de visita médica, visita de familiares, así como de estimulación o procedimientos invasivos, siempre y cuando las condiciones le salud lo permitan, se puede realizar a través de notas informativas al personal que está involucrado en el área, colocación de papeletas que adviertan que se debe mantener el silencio de tal a tal hora, así como trabajar en equipo para la colaboración mutua en beneficio de los neonatos (Ortega, Núñez, 2017)

Resultados Esperados: Puntuación Diana (1) Gravemente Comprometidos, (2) sustancialmente comprometido, (3) moderadamente comprometido, (4) levemente comprometido, (5) No comprometido. Se plantea encontrarlo en 2 y mantener a 5. (Heater y Kamitsuru, 2018-2020; Moorhead et al., 2019; Butcher, et al., 2018)

Diagnostico N°4

Riesgo de retraso en el desarrollo según lo evidencia el bajo peso al nacer, cuidado prenatal insuficiente, edad materna extrema, así como la prematuridad.

Taxonomía II NANDA **Dominio 13.** Crecimiento y desarrollo **Clase 2** Desarrollo

Resultado Conocimiento: cuidados del lactante

Indicadores: Señales de comunicación del lactante, métodos de estimulación, técnicas de relajación, necesidades especiales de cuidados.

Intervención: Enseñanza: estimulación del lactante

Actividades: Proteger al lactante de la sobre estimulación, esto es a través de barreras de contención, buscando ejercitar músculos de succión y deglución a través de la estimulación, pero cuidando de no hacerlo de manera excesiva o desorganizada, comenzando con masaje en la zona de músculos mandibulares hacia a dentro suaves y descansar después hacia afuera y descansar en rutinas de tres quince minutos antes de la alimentación, ayudando a los progenitores a planificar una rutina para la estimulación con horarios y ejercicios de tal manera que los aprenda y continúe dando en casa. Enseñar a los progenitores/cuidadores a realizar actividades que favorezcan el movimiento y/o proporcionen estimulación sensorial, a través del masaje, también se puede utilizar una pluma desinfectada de pavorreal y pasarla suavemente por las plantas de los pies, los muslos, piernas, abdomen, brazos y cabeza en serie de tres una vez por turno, la posición del neonato debe ser alineada y en posición fetal, teniendo mucho cuidado la desorganización de la posición ya que esta representa una de las que más afecta deformidades en el crecimiento, enseñar a los padres el cómo cargar de manera adecuada a su bebe, como lactar de manera efectiva, fomentar el apego piel a piel no solo de la madre sino también del padre, motivar a los padres a que canten al neonato mientras está despierto. Hacer que los progenitores demuestren las actividades aprendidas durante la enseñanza (Basso, 2016)

Resultados Esperados: Puntuación Diana (1) Ningún conocimiento, (2) escaso conocimiento, (3) moderado conocimiento, (4) sustancial conocimiento, (5) extenso conocimiento. Se plantea encontrarlo en 2 y mantener a 5. (Heater y Kamitsuru, 2018-2020; Moorhead et al., 2019; Butcher, et al., 2018).

Diagnostico N°5

Deterioro de la deglución como lo demuestra el atragantamiento previo a la deglución, babeo, enganche al pezón ineficaz, reflujo nasal, así como succión ineficaz.

Taxonomía II NANDA **Dominio II Nutrición Clase 1** Ingestión

Resultado Estado Neurológico: Función sensitiva/motora de pares craneales

Indicadores Olfato, reflejos oculares, audición, estiramiento bilateral de músculos, reflejo nauseoso.

Intervención: Identificación de riesgo.

Actividades: Revisar los antecedentes médicos y documentos previos para determinar las evidencias de los diagnósticos y cuidados, esto es a través de la valoración previa, entrevista a los padres o familiares cercanos, así como verificar los antecedentes del embarazo, parto si fue distócico, fortuito, fisiológico, cesaría, si se aplicó reanimación neonatal o avanzada. Identificar los riesgos biológicos ambientales y conductuales, tanto de la madre como del neonato, medicamentos que la madre tomara durante el embarazo, alcoholismo, drogadicción en alguno de los dos padres, tabaco. Se deberá identificar a la agencia de cuidado e instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo, como la luz, el ambiente, el ruido, la coordinación succión/deglución. Luz y temperatura ambiental. Aplicar las actividades de reducción de riesgos. (Casado, Losado 2017).

Resultados Esperados: Puntuación Diana (1) Gravemente comprometido, (2) Sustancialmente comprometido, (3) moderadamente comprometido, (4) levemente comprometido, (5) No comprometido. Se plantea encontrarlo en 2 y mantener a 5. (Heather y Shigemitsuru, 2018-2020; Moorehad et al. 2018; Butcher et al. 2018).

Conclusiones

El proceso enfermero es la herramienta ideal para la aplicación y evaluación constante de las intervenciones de enfermería, siendo de mucha utilidad su aplicación tanto en diagnostico real, de riego o de promoción a la salud, el trabajar con procesos enfermeros es una prueba de los logros alcanzados en la profesión y el personal se está empoderando para hacer de ello una herramienta real que sirve de lenguaje común al gremio de enfermería, la creación de estos procesos

enfermeros estandarizados son una propuesta para la aplicación dentro de un área hospitalaria que no está enfocada únicamente en la sobrevivencia del paciente ya que también se pueden aplicar de manera correcta en la prevención y educación, como aquí se propone.

Declaración de conflicto de interés

El autor declara no tener conflicto de interés con respecto a la publicación de este artículo.

Referencias

American Psychological Association (2020). Publicación manual of the American Psychological Association (7th ed.) <https://doi.org/10.1037/0000165-000>

Basso, G. (2016) *Neurodesarrollo en Neonatología. Intervención ultra temprana en la unidad de cuidados intensivos neonatales*, (1ra. ed., pp. 352). Panoamericana.

Butcher, M., Bulechek, G., Dochterman, J.M. y Wagner, C.M. (2018). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. (7^a ed.). Elsevier.

Casado, C., Lozado, P. (2017). Atención Temprana desde las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. Cuidado Individualizado del desarrollo del recién Nacido y la Familia. <http://congresoaspromin.com/casp/wp-content/uploads/2018/02/ATENCI%C3%93N-TEMPRANA-DESDE-LAS-UCI-NEONATALES.pdf>

Gomes da Cunha Rafaini P, Mota Pacciullo A, Panuncio-Pinto MP, Lara Pfeifer L. Estimulación Temprana en Enfermería Pediátrica: el papel del terapeuta ocupacional 2012. <http://www.revistatoq.com/num16/pdfs/original7.pdf>

Gomes, P., Mota, A., Panuncio, M., Lara, L. (2012). Estimulación Temprana en Enfermería Pediátrica: el papel del terapeuta ocupacional. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia*, 9 (16), 11. <http://www.revistatoq.com/num16/pdfs/original7.pdf>

Heater, T., Kamitsuro, S. (2019). *NANDA Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2018-2020*. (11a ed.). Elsevier.

Heater, T., Kamitsuro, S. (2019). *NANDA Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2018-2020*. (11a ed.). Elsevier.

Moorhead, S., Swanson E., Johnson M. y Maas, M. (2019). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud*. (6^a ed.). Elsevier.

Organización Mundial de la Salud. (19 de febrero 2018). Nacimientos Prematuros.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth#>

Ortega, J., Núñez, C. (2017). *Estrategias de estimulación temprana dentro de unidades de neonatología para bebés pretermino.*
<file:///C:/Users/Maggie/Downloads/Dialnet-EstrategiasDeEstimulacionTempranaDentroDeUnidadesD-6342236.pdf>

Intervenciones estandarizadas de cuidado enfermero en personas con enfermedad de la SARS-CoV-2/COVID-19

Standardized nursing care interventions in people with SARS-CoV-2 / COVID-19 disease

Sánchez Hernández Yiraldi Vianey²⁷ Anguiano Morán Ana Celia²⁸

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México

Resumen

El proceso enfermero es una herramienta útil, para los planes de cuidado, en este caso del SARS-CoV-2/COVID-19, perteneciente a la familia coronavirus que causa desde síntomas leves, hasta complicaciones letales. Por tal motivo, enfermería, busca cubrir las deficiencias de autocuidado de una persona comprometida, sustentadas por la Teoría de Dorothea Elizabeth Orem, realizando primeramente una valoración integral de la persona, para posteriormente establecer los diagnósticos correspondientes, en este caso basados en las taxonomías de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) 2018-2020, la Nursing Outcomes Classification (NOC) y la Nursing Interventions Classification (NIC). **Objetivo:** Realizar Intervenciones estandarizadas de cuidado enfermero en personas con enfermedad de la SARS-CoV-2/COVID-19. **Metodología:** Se realizó una revisión sistemática documental en bases de datos como Scielo, Redalyc principalmente, a partir de valorar la información bajo el referente de la Guía de colecta de datos de la Macroteroría de Dorothea E. Orem, a la vez se llevó a cabo el análisis y selección de diagnósticos, basado en la ponderación de distintos autores sobre SAERS-CoV-2/COVID-19, así como la planeación de intervenciones y evaluación a partir de las taxonomías NANDA, NIC y NOC. **Resultados:** se obtuvieron 5 diagnósticos a partir de la ponderación de los cuales cuatro fueron reales y uno de riesgo. **Conclusiones:** Se considera que algunos diagnósticos enfermeros de la ponderación no son de relevancia, por lo que se eligieron otros que clínicamente favorecen en mayor grado al usuario.

Palabras clave. *Proceso enfermero, Teoría del Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem, SARS-CoV-2/COVID-19.*

²⁷ Correspondencia remitir a: estudiante de Maestría de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia México. vianeyh95@gmail.com

²⁸ Profesor de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia México

Abstract

The nursing process is a useful tool for care plans, in this case SARS-CoV-2 / COVID-19, belonging to the coronavirus family that causes mild symptoms to lethal complications. For this reason, nursing seeks to cover the self-care deficiencies of a committed person, supported by the Dorothea Elizabeth Orem Theory, first carrying out a comprehensive assessment of the person, to later establish the corresponding diagnoses, in this case based on the taxonomies of the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) 2018-2020, the Nursing Outcomes Classification (NOC) and the Nursing Interventions Classification (NIC). **Objective:** To carry out standardized nursing care interventions in people with SARS-CoV-2 / COVID-19 disease **Methodology:** A systematic documentary review was carried out, based on evaluating the information under the reference of the Data Collection Guide of the Macro-therapy by Dorothea E. Orem that permeates the theoretical support of the nursing process, at the same time the analysis and selection of diagnoses was carried out, based on the weighting of different authors, as well as the planning of interventions and evaluation from the taxonomies NANDA, NIC and NOC. **Results:** 5 diagnoses were obtained from the weighting of which four were real and one of risk. **Conclusions:** It is considered that some nursing diagnoses of the weighting are not relevant, so others that clinically favor the user to a greater degree were chosen.

Keywords: *Nursing process, Self-care theory by Dorothea Elizabeth Orem, SARS-CoV-2 / COVID-19.*

Introducción

El presente plan de cuidados estandarizado permite facilitar la labor de los profesionales de enfermería, ofreciendo servicios de calidad en las áreas que el usuario las requiera, presentando los diagnósticos para lograr el objetivo de cuidado, en este caso, está basado en personas con enfermedad de la SARS-CoV-2/COVID-19.

A sabiendas que esta enfermedad puede presentarse de forma asintomática, o bien presentar síntomas leves o moderados que pueden tratarse en casa o en establecimientos de salud no críticos, también nos enfrentamos a aquellas personas que presentan un cuadro clínico más agresivo y que en su momento requerirán de cuidados intensivos (Pérez, Gómez y Dieguez, 2020). Es allí donde la enfermería hace su aparición como agente prestador de cuidados, en las diferentes situaciones, buscando favorecer en todo momento las medias de autocuidado de los usuarios, sustentadas por grandes Teorías de Enfermería que cobran gran

importancia el día de hoy, en este caso, la Macroteoría del Déficit de Autocuidado de Dorotea Elizabeth Orem.

Se presenta la valoración la cual se realizó a partir de los factores condicionantes básicos, los requisitos de autocuidado universales, los requisitos de autocuidado y desarrollo y los requisitos de desviación de la salud.

Se estableció la priorización de diagnósticos en base a las taxonomías de la NANDA, NIC y NOC, posterior a ello se realizaron las intervenciones y acciones determinadas o establecidas en el NIC considerando la priorización de las mismas, una vez realizado esto se determinó la puntuación Diana de resultados y para culminar con el apartado de Conclusiones, Referencias Bibliográficas y Anexos.

Objetivo

Realizar Intervenciones estandarizadas de cuidado enfermero en personas con enfermedad de la SARS-CoV-2/COVID-19.

Método

Para llevar a cabo el presente plan de cuidados estandarizados se realizó una búsqueda documental de información a partir de la revisión sistemática, rigurosa, objetiva y formal sobre artículos científicos en distintas bases de datos sobre planes de cuidado de enfermería en usuarios con enfermedad de SARS-CoV-2/COVID-19, así mismo, se realizó una búsqueda sobre artículos del proceso enfermero, se analizó la Macro teoría de Dorothea Elizabeth Orem que posteriormente se plasmarían en el marco teórico.

A continuación, se llevó a cabo la valoración obtenida basándose en el instrumento de valoración de la macro teoría de Dorothea E. Orem, información que se vaciaría en el cuadro de clasificación de datos sobre los datos significativos, el análisis deductivo de la teoría y el análisis deductivo de clasificación por taxonomías.

Después de esto, se realizó nuevamente una revisión sistemática de planes de cuidados, casos clínicos y procesos de enfermería sobre SARS-CoV-2/ COVID-19 en el metabuscador Google Académico que derivó a revistas como SciELO, Pudmed, Redalyc, Revista Cuidarte, Revista de Medicina Intensiva y Cuidados Críticos, medline, seleccionando los artículos cuyo contenido se consideró oportuno para el trabajo, con el fin de realizar una ponderación de diagnósticos de diez artículos, que se realizó en relación al número de repeticiones según los autores consultados y al tipo de diagnóstico, posteriormente se seleccionaron 5 diagnósticos para la elaboración de la protocolización estandarizada de enfermería consta de la

planeación de intervenciones, acciones y evaluación a partir de las taxonomías NANDA, NIC y NOC.

Resultados

Enseguida se aborda el caso de agencia de autocuidado de un hombre de 58 años, comprometido por SARS-CoV-2/ COVID-19, acompañado de diabetes mellitus 2, caracterizado por el apoyo de la agencia de cuidado dependiente que es familia y una enfermera, las demandas de apoyo terapéutico fueron disnea, fatiga, deshidratación de mucosas y piel, problemas gastrointestinales, polaquiuria, nicturia, disminución en cantidad de consumo de alimentos, dificultad para conciliar el sueño, limitación de la movilidad en cama y deambulación, disminución de la capacidad para cuidado higiénico y las características de déficit de autocuidado en este caso son respiración y oxigenación, actividad y reposo, eliminación, higiene, alimentación y movilidad, también se identificaron limitaciones de autocuidado respecto a conocimientos y estado físico, por último cabe destacar que los sistemas de cuidados abordados en este caso fueron los parcialmente compensatorios y métodos de apoyo.

A continuación, se plantea la siguiente propuesta de diagnósticos para planes de cuidados estandarizados a usuarios con SARS-CoV-2/COVID-19

1. **Diagnóstico enfermero:** (00007) Hipertermia relacionado con enfermedad como lo demuestra la piel caliente al tacto, taquicardia.

Dominio 11: Seguridad/protección. **Clase 6:** termorregulación

Criterios de resultado: (0800) termorregulación

Indicadores: (080001) temperatura cutánea aumentada, (080019) hipertermia.

Intervención de enfermería: (3900) Regulación de la temperatura.

Actividades: Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas, según corresponda, observar el color y temperatura de la piel, favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada, administrar medicamentos antipiréticos, si está indicado.

Intervención de enfermería: (3740) Tratamiento de la fiebre.

Actividades: controlar la temperatura y otros signos vitales, cubrir al paciente con una manta con ropa ligera, dependiendo de la fase de la fiebre (es decir, ofrecer una manta cálida para la fase de escalofríos y ropa o ropa de cama ligera para la fase de fiebre y de defervescencia, aumentar la circulación de aire, controlar la presencia de complicaciones relacionadas con la fiebre y de signos y síntomas de afección causante de la fiebre (p. ej. Crisis comicial, disminución del nivel de

conciencia, anomalías electrolíticas, desequilibrio ácido básico, arritmia cardiaca, y cambios celulares anómalos).

2. **Diagnóstico enfermero:** (00030) Deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio en la ventilación perfusión manifestado por color anormal en la piel, confusión, desasosiego, diaforesis, disnea, gasometría arterial anormal, hipoxemia, hipoxia, irritabilidad, patrón respiratorio anormal, somnolencia, taquicardia.

Dominio 3: eliminación e intercambio, **Clase 4:** función respiratoria.

Criterios de resultado: (0402) estado respiratorio: intercambio gaseoso.

Indicadores: (040211) Saturación de oxígeno, (040203) Disnea en reposo, (040204) Disnea de esfuerzo.

Intervención de enfermería: (3320) oxigenoterapia

Actividades: preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado, administrar oxígeno suplementario según órdenes, comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno, comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita, controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría arterial), según corresponda, asegurar la colocación de la máscara/cánula de oxígeno cada vez que se retire el dispositivo, observar la ansiedad del paciente relacionada con la necesidad de la oxigenoterapia, observar si se producen lesiones de la piel por la fricción del dispositivo de oxígeno, proporcionar oxígeno durante los traslados del paciente, disponer del uso de dispositivos de oxígeno que faciliten la movilidad y enseñar al paciente en consecuencia, cambiar al dispositivo de aporte de oxígeno alternativo para fomentar la comodidad, según corresponda.

Intervención de enfermería: (3390) ayuda a la ventilación.

Actividades: mantener una vía aérea permeable, colocar al paciente de forma que se alivie la disnea, colocar al paciente de forma que se facilite la concordancia ventilación/ perfusión (“el pulmón bueno abajo”), según corresponda, ayudar en los frecuentes cambios de posición, según corresponda, colocar al paciente de modo que se minimicen los esfuerzos respiratorios (elevar la cabecera de la cama y colocar una mesa encima de la cama en la que pueda apoyarse el paciente), monitorizar los efectos del cambio de posición en la oxigenación: gasometría arterial, SaO₂, SvO₂, CO₂ teleespiratorio, Qsp/Qt, A-aDO₂), fomentar una respiración lenta y profunda, cambios posturales y tos, auscultar los ruidos respiratorios, observando las zonas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de ruidos adventicios, observar si hay fatiga muscular respiratoria, controlar periódicamente el estado respiratorio y de oxigenación, administrar

medicamentos (broncodilatadores e inhaladores) que favorezcan la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio de gases, iniciar un programa de entrenamiento de fortalecimiento y/ o resistencia de los músculos respiratorios.

Intervención de enfermería: (3350) monitorización respiratoria.

Actividades: vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones, evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, utilización de músculos accesorios, y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares, observar si se producen respiraciones ruidosas, como estridor o ronquidos, monitorizar los patrones de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiraciones de Kussmaul, respiraciones de Cheyne-Stokes, respiración apnéusica, Biot y patrones atáxicos, palpar para ver si la expansión pulmonar es igual, realizar percusión en las zonas anterior y posterior del tórax desde los vértices hasta las bases de forma bilateral, auscultar los sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución/ ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios, auscultar los sonidos pulmonares después de los tratamientos para apreciar los resultados, monitorizar si aumenta la inquietud, ansiedad o disnea, comprobar la capacidad del paciente para toser eficazmente, anotar aparición, características y duración de la tos, vigilar las secreciones respiratorias del paciente, observar si hay disnea y los factores que la mejoran o empeoran.

3. Diagnóstico enfermero: (00004) Riesgo de infección como lo demuestra inmunización inadecuada/ exposición a brotes de enfermedades.

Dominio 11: seguridad /protección, **Clase1:** infección

Criterios de resultado: (1924) control del riesgo: proceso infeccioso

Indicadores: (192401) reconoce los factores de riesgo personales de infección, (192411) mantiene un entorno limpio, (192414) utiliza precauciones universales,

Intervención de enfermería: (6630) Aislamiento

Actividades: indicar al paciente y sus allegados las conductas que necesitan intervención, explicar el procedimiento, propósito y periodo de tiempo de la intervención al paciente y sus allegados en términos comprensibles y no punitivos, ayudar con las necesidades relacionadas, con la nutrición eliminación, hidratación e higiene personal, vigilar la temperatura, limpieza y seguridad de la zona de aislamiento, disponer la limpieza rutinaria de la zona de aislamiento.

Intervención de enfermería: (6540) Control de infecciones

Actividades: aislar a las personas expuestas a enfermedades transmisibles, mantener técnicas de aislamiento apropiadas, enseñar al personal de cuidados el

lavado de manos apropiado, instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de lavado de manos, poner en práctica precauciones universales, lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes, fomentar el reposo, administrar un agente de inmunización cuando se adecuado, enseñar al paciente y familia a evitar infecciones.

Intervención de enfermería: (6550) Protección contra las infecciones.

Actividades: observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones, no administrar un tratamiento con antibióticos para las infecciones virales, instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informar de ellos al profesional sanitario.

4. **Diagnóstico enfermero:** (00032) Patrón respiratorio ineficaz relacionado con fatiga de los músculos de la respiración manifestado por alteración de los movimientos torácicos, disminución de la capacidad vital, disnea, fase espiratoria prolongada, ortopnea, patrón respiratorio anormal, taquipnea.

Dominio 4: actividad/ reposo, **Clase 4:** respuestas cardiovasculares/ pulmonares

Criterios de resultado: (0403) estado respiratorio: ventilación.

Indicadores: (040301) frecuencia respiratoria, (040302) ritmo respiratorio, (040309) utilización de los músculos accesorios, (040310) ruidos respiratorios patológicos.

Intervención de enfermería: (3350) monitorización respiratoria.

Actividad: vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones, evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, utilización de músculos accesorios, y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares, observar si se producen respiraciones ruidosas, como estridor o ronquidos, monitorizar los patrones de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiraciones de Kussmaul, respiraciones de Cheyne-Stokes, respiración apnéusica, Biot y patrones atáxicos, palpar para ver si la expansión pulmonar es igual, realizar percusión en las zonas anterior y posterior del tórax desde los vértices hasta las bases de forma bilateral, auscultar los sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución/ ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios, auscultar los sonidos pulmonares después de los tratamientos para apreciar los resultados, monitorizar si aumenta la inquietud, ansiedad o disnea, comprobar la capacidad del paciente para toser eficazmente, anotar aparición, características y duración de la tos, vigilar las secreciones respiratorias del paciente, observar si hay disnea y los factores que la mejoran o empeoran.

Intervención de enfermería: (3250) Mejora de la tos.

Actividades: ayudar al paciente a sentarse con la cabeza ligeramente flexionada, los hombros relajados y las rodillas flexionadas, animar al paciente a que realice

varias respiraciones profundas, animar al paciente a que realice una respiración profunda, la mantenga durante 2 segundos y tosa dos o tres veces seguidas, indicar al paciente que siga tosiendo con varias inspiraciones máximas, fomentar uso de espirometría de incentivo, según corresponda.

Intervención de enfermería: (3140) Manejo de la vía aérea.

Actividades: colocar la paciente para maximizar el potencial de ventilación, realizar fisioterapia torácica, si está indicado, eliminar las secreciones fomentando la tos o mediante succión, fomentar una respiración lenta y profunda, girándose y tosiendo, enseñar a toser de manera efectiva, ayudar al paciente con la espirometría incentiva, según corresponda, auscultar los sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios, administrar broncodilatadores, según corresponda, enseñar al paciente a utilizar los inhaladores prescritos, si es el caso, administrar tratamientos con aerosol, si es el caso, colocar al paciente en una posición que alivie la disnea, vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, según corresponda.

Intervención de enfermería: (3230) Fisioterapia torácica.

Actividad: realizar la fisioterapia al menos dos horas después de comer, explicar al paciente la finalidad y los procedimientos usados durante la fisioterapia torácica, monitorizar el estado respiratorio y cardíaco (frecuencia, ritmo, sonidos respiratorios, y profundidad de la respiración), monitorizar la cantidad y características de las secreciones, golpear el tórax de forma rítmica y en sucesión rápida utilizando las manos ahuecadas sobre la zona que se va a drenar de 3 a 5 minutos, evitando la percusión sobre la columna, los riñones, las mamas femeninas, las incisiones y las costillas fracturadas, aplicar sistemas neumáticos, acústicos o eléctricos de percusión torácica, aplicar vibración manual de forma rápida y vigorosa, manteniendo los hombros y los brazos rectos y las muñecas rígidas, sobre las áreas que se van a drenar mientras el paciente espira o tose de 3 a 4 veces., animar al paciente a que tosa durante y después del procedimiento.

5. **Diagnóstico enfermero:** (00146) ansiedad relacionado con necesidades no satisfechas/ crisis situacional manifestado por insomnio, preocupación por los cambios en acontecimientos vitales, irritabilidad, sufrimiento, alteraciones en el patrón de dormir, alteración en la concentración.

Dominio 9: afrontamiento/ tolerancia al estrés, **Clase 2:** respuestas de afrontamiento.

Criterios de resultado: (1211) Nivel de ansiedad

Indicadores: (121108) irritabilidad, (121129) trastorno del sueño.

Intervención de enfermería: (5270) Apoyo emocional.

Actividades: rrealizar afirmaciones empáticas y de apoyo, abrazar o tocar al paciente para proporcionar apoyo, ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, la ira o la tristeza, escuchar las expresiones de sentimientos y creencias, no exigir demasiado del funcionamiento cognitivo cuando el paciente este enfermo o fatigado.

Intervención de enfermería: (6482) manejo ambiental: confort

Actividades: evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo, crear un ambiente tranquilo y de apoyo, proporcionar un ambiente limpio y seguro, colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo de articulaciones con movimiento).

Conclusiones

Dado que en los distintos países las medidas de prevención se han llevado a cabo, y que las vacunas ya son una realidad, es imprescindible contar con guías que nos permitan continuar el cuidado de los usuarios que cursan con esta patología.

Cabe mencionar que, al realizar la ponderación de resultados, muchos de los que priorizaron no tenían una relevancia clínica para el punto de vista de vista crítico profesional, motivo por el cual se priorizaron la necesidad de seleccionar aquellos aptos que cubrieran las necesidades que se consideraron profesionalmente, aunque no todos fueron prioritarios para los autores.

Declaración de conflicto de interés

El autor declara no tener conflicto de interés con respecto a la publicación de este artículo.

Referencias

Butcher H., Bulechek G., Dochterman J. y Wagner C. (2018) *Clasificación de Intervenciones de Enfermería*. Elsevier.

Cañizares Sánchez R., Gómez García H., Martín Aires A., Sánchez Pérez D., Fraile Vicente A. y Prieto Jiménez R. (2020) valoración, manejo y plan de cuidados del paciente covid-19 en urgencias. *Revista enfermería CyL* 12 (1). <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/264>

Estrada Zarazúa G. (2020) *Plan de Cuidados de Enfermería para Paciente Ambulatorio con COVID-19*.

http://educacionensalud.imss.gob.mx/es/system/files/PLACE%20COVID_Ambulatorio_VF_27_04_2020.pdf

Fernández Martín G., Padilla Romero L. y Requena Toro M. V. (2020) Plan de Cuidados Estandarizados de Infección por Coronavirus (Covid-19). *Enfermería Docente* <https://ciberindex.com/index.php/ed/article/view/11261ed>

Herdman, T., Kamitsuru S., (2019). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020*. Elsevier.

Ministerio de Salud Pública. (2020) *Atención de enfermería a pacientes adultos con COVID-19 sin complicaciones respiratorias*. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/08/PROTOCOLO-COVID-19-enfermer%C3%ADa-.pdf>

Moorhead S., Swanson E., Johnson M. y Maas M. (2018) *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. Elsevier.

Narvaez Beltran R. W. (2021) *Proceso de atención de enfermería en paciente primigesta juvenil con diagnóstico de embarazo gemelar, ruptura prematura de membrana y SARS-2-COVID-19* (Tesis de Licenciatura, Universidad Técnica de Machala). <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/16482>

Pérez M.R., Gómez J.J., y Dieguez R.A. (2020) *Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19*. <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v19n2/1729-519X-rhcm-19-02-e3254.pdf>

Piña Orozco A. V. y Preciado Vargas E. J. (2020) *Proceso de atención de enfermería en gestante obesa con COVID 19* (Tesis de Licenciatura, Universidad Técnica de Machala). <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/15795>

Rodriguez-Acelas A. L., Yampuezán Getial D. y Cañon-Montañez W. (2021) Correlación entre diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería en el cuidado al paciente hospitalizado por COVID-19. *Revista Cuidarte*. 12(1). <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1944>

Romero Valverde G.E. (2020) *Proceso de Atención de Enfermería en Paciente de 44 años de edad con Hipertensión Arterial más Covid-19* (Tesis de Licenciatura, Universidad Técnica de Babahoyo). <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/8640>

Toyohama Pocco G., Díaz Orihuela M. M., Agip Cabrejos A. E. y Moscoso Becerra J. (2020) Aplicación del proceso de atención de enfermería utilizando el lenguaje estandarizado NANDA, NIC, NOC con la COVID-19. *Revista de medicina intensiva y cuidados críticos*. <http://sopemi.org.pe/revistaintensivos/index.php/intensivos/article/view/104>

Intervenciones Estandarizadas de Cuidado Enfermero en personas con enfermedad de Sepsis Abdominal

Standardized Nursing Care Interventions in people with Abdominal Sepsis disease

Ma. Elena Vázquez Martínez²⁹ Ma. Martha Marín Laredo³⁰ Josefina Valenzuela Gandarilla³¹ Ruth E. Pérez Guerrero³²

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México

Resumen

Introducción. El proceso de enfermería es un método sistemático que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades, para diagnosticar y tratar las respuestas humanas del paciente ante los problemas de salud.

La sepsis es un síndrome de alteraciones fisiológicas, patológicas y bioquímicas, inducidas por infección, es una patología grave que a pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento, tiene una mortalidad elevada aproximada del 75%, en los E.E.U.U. tiene una mortalidad promedio del 33.3%, los costos en la atención llegan a 1,6700 millones de dólares cada año, y una incidencia de 750,000 nuevos casos.

Objetivo. Proponer un plan de cuidados estandarizados en enfermería en personas con enfermedad de sepsis abdominal. **Método.** Se realizó revisión de la literatura del proceso enfermero basado en evidencia científica, se recolectaron los datos, se basó en la teoría de Dorothea Orem, se realizaron diagnósticos con base en razonamiento deductivo y en la evidencia documental de acuerdo a las taxonomías de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Outcomes Classification (NOC) y la Nursing Interventions Classification (NIC) **Resultados.** Se estableció un plan de cuidados para realizar intervenciones de enfermería más específicas en el cuidado de estos pacientes. **Conclusión.** La metodología NANDA,

²⁹ Estudiante de la Maestría de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. maria.vazquez@umich.mx

³⁰ Doctora en Educación. Profesora- Investigadora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. martha.marin@umich.mx

³¹ Doctora en Educación. Profesora- Investigadora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. josefina.valenzuela@umich.mx

³² Maestra en Enfermería. Profesora- Investigadora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. ruth.perez@umich.mx

NIC y NOC nos facilita diagnósticos enfermeros, marca objetivos de consecución, sistematiza intervenciones y evalúa cuidados enfermeros. Todo ello nos permite universalizar el lenguaje del cuidado y la evaluación rigurosa de la profesión enfermera.

Palabras clave: *sepsis abdominal, Dorothea Orem, Proceso enfermero.*

Abstract

Introduction. The nursing process is a systematic method, it is practical that provides the mechanism by which the nursing professional uses their opinions, knowledges, proficiency to diagnose and try on the human answers of the patients and health's problems.

Standardized care in abdominal sepsis aims to help to standardized care in abdominal sepsis.

Sepsis is a syndrome of physiological, pathological and biochemical alterations caused by an infection; it is a serious pathology that it can have in spite of advances in diagnosis and treatment, a high mortality rate of about 75%; In the United States, it has an average mortality of 33.3%, the costs of care reach 16700 million dollars each year, and an incidence of 750,000 new cases.

Objective. The objective of the nursing process is to standardize care for the pathology of abdominal sepsis.

Method. It has been made a literature review of nursing process bases on scientific, it was collected bases, it was based on Dorothea's Orem theory. They were made diagnostics based on deductive reasoning and in documentary evidence according to taxonomy of North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Outcomes Classification (NOC) and Nursing Interventions Classification (NIC).

Results. It was established a care plan to realized interventions of nursing more specifics in care of type these patients. **Conclusions.** The NANDA, NIC and NOC methodology provides us with nursing diagnoses, sets achievement goals, systematizes interventions and evaluates nursing care, all this allows us to universalize the language of care and rigorous evaluation of the nursing profession.

keywords: *abdominal sepsis, Dorothea Orem, Nursing process.*

Introducción

La práctica de enfermería se basa en teorías que han sido desarrolladas científicamente y se aplican utilizando el Proceso de Enfermería (PE) como un método sistemático para favorecer el cuidado de las personas y la solución de problemas en el ejercicio de su disciplina.

El PE es un método sistemático, práctico que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas humanas del paciente ante los problemas de salud, el sustento metodológico del PE, permite que las experiencias de los profesionales del cuidado permitan establecer la teoría de Orem más eficiente, con el objetivo de que sea atendida y dirigida la situación de salud de la persona, basado en la "evidencia científica". La principal fuente de ideas sobre enfermería para Orem fueron sus experiencias en enfermería, a través de la reflexión sobre situaciones de la práctica enfermera, pudo identificar cinco amplias visiones de los seres humanos, necesarias para desarrollar el conocimiento de los constructos conceptuales de la teoría enfermera del déficit de autocuidado y para comprender los aspectos interpersonales y sociales de los sistemas enfermeros.

La sepsis es un síndrome de alteraciones fisiológicas, patológicas y bioquímicas inducidas por una infección, cuya incidencia está en aumento. Es así mismo una de las principales causas de enfermedad grave y de mortalidad en todo el mundo. Los pacientes que sobreviven a la sepsis con frecuencia sufren problemas físicos, psicológicos y cognitivos prolongados

La Ponderación de diagnósticos de enfermería en base a la información encontrada en la NANDA), NOC y NIC.

Se hizo una revisión de la literatura en proceso enfermero basado en evidencia científica, se recolectaron los datos, se basó en la teoría de Dorothea Orem, se realizaron los diagnósticos con base en razonamiento deductivo y en la evidencia documental de acuerdo a las taxonomías de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Outcomes Classification (NOC) y la Nursing Interventions Classification (NIC).

Objetivo

Proponer un plan de cuidados estandarizados en enfermería en personas con enfermedad de sepsis abdominal.

Marco teórico

La sepsis abdominal es una patología grave que puede tener a pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento una mortalidad elevada cerca del 75%; en los Estados Unidos tiene una mortalidad promedio del 33.3%, los costos en la atención llegan a 16700 millones de dólares cada año, y una incidencia de 750.000 nuevos casos, entre los principales factores de riesgo se encuentran: absceso apendicular, perforación de vísceras huecas, pancreatitis aguda, pelvi peritonitis, piocolecisto,

absceso hepático, heridas penetrantes de abdomen por arma blanca o de fuego, etc.. (Cortez, 2014).

La sepsis es un síndrome de alteraciones fisiológicas, patológicas y bioquímicas inducidas por una infección, cuya incidencia está en aumento. Es asimismo una de las principales causas de enfermedad grave y de mortalidad en todo el mundo. Los pacientes que sobreviven a la sepsis con frecuencia sufren problemas físicos, psicológicos y cognitivos prolongados (Gotts & Matthew, 2016).

La sepsis, ocurre cuando el cuerpo tiene una abrumadora respuesta inmunitaria a una infección bacteriana. Las sustancias químicas liberadas a la sangre para combatir la infección desencadenan una inflamación generalizada, lo que conduce a la formación de coágulos de sangre y la filtración de vasos sanguíneos. Esto causa un pobre flujo sanguíneo, lo que priva a los órganos de nutrientes y oxígeno. En los casos más serios, uno o más órganos pueden fallar. en el peor de los casos, la presión arterial baja y el corazón se debilita, lo que lleva a un shock séptico (Fernández Gil, Cruz Bajo, & Cruz García, 2017). Son múltiples bacterias que pueden ocasionar la sepsis como: aerobios y anaerobios *Gram positivos* y *Gram negativo*, *Echerichacoli*, *Estreptococo Faecalis*, *Pseudomona*, *Bacteridias Fragilis*, *Clostridium*.

La infección se puede presentar por varias rutas: Espontáneo ocurre por diseminación hematógena principalmente observada en ascitis es causada por limitada número de bacterias y esto se resuelve con terapia antibiótica. Infección cavidad peritoneal en pacientes con diálisis peritoneal también se resuelve con terapia antibiótica. (Scapellato, y otros, 2017).

Clasificación:

Peritonitis primaria tiene que ver con la infección del líquido peritoneal sin que haya ocurrido perforación de una víscera. Este fenómeno es causado por siembra del peritoneo por diseminación hematógena a partir de una fuente extra abdominal o a través de un conducto (como puede ocurrir con un catéter intraperitoneal), y casi siempre es responsable un solo patógeno microbiano. Pacientes con grandes cantidades de líquido peritoneal (ascitis, diálisis peritoneal) son más susceptibles de desarrollar el proceso, que se debe principalmente a deterioro de los mecanismos de defensa del peritoneo (MPS, 2009).

Peritonitis secundaria resulta de la perforación de una víscera intraabdominal. Puesto que el inoculo son los microorganismos presentes en la luz visceral, casi siempre es una infección polimicrobiana, con la presencia de microorganismos tanto aerobios como anaerobios (MPS, 2009).

La peritonitis terciaria o persistente ocurre en personas que sufren una peritonitis secundaria y que no son capaces de aclarar la infección, o quienes

subsecuentemente desarrollan supe infección de toda la cavidad peritoneal. Se caracteriza por alta mortalidad, y probablemente representa una forma de supe infección que indica inmunosupresión subyacente (MPS, 2009).

La mayor parte de los casos de sepsis intraabdominal incluye la participación de flora de la vía gastrointestinal del huésped. En sujetos sanos, en el estómago y la zona proximal del intestino delgado hay un número relativamente escaso de bacterias, por lo común menos del 10⁴/mililitro. La acidez gástrica constituye el principal factor que impide que las bacterias se adhieran en las paredes de la porción proximal del intestino delgado. (Chávez, 2002).

En la actualidad existen muchos avances sobre la fisiopatología de la sepsis, que comprende de manera categórica “una respuesta del huésped a la infección que involucra no solo la activación de respuestas pro y antiinflamatorias sino también modificaciones en vías no inmunológicas (cardiovascular, autonómica, neuronal, hormonal, energética, metabólica y de coagulación (Singer C., Deutschman, Shankar- Hari, & Djilali, 2016).

Método

Para llevar a cabo el presente plan de cuidados estandarizado para paciente con enfermedad de sepsis abdominal, se hizo una búsqueda y análisis en las bases de datos más consultadas sobre artículos científicos para cuidados en sepsis abdominal. Se implementó una estrategia para elaborar y estructurar los planes de cuidados para sepsis abdominal. El proceso de enfermería es el instrumento requerido para la practica profesional basado en teorías ya que es un método sistemático. La búsqueda de la información se basó en las taxonomías NANDA, NIC y NOC. De igual manera se analizó la teoría de Dorothea Orem para identificar los requisitos de desviación de la salud, la cual sustenta los cuidados estandarizados más comunes que presenta la sepsis abdominal, como son Dolor abdominal, Fiebre, Náuseas, Vómito, Ansiedad, Distención abdominal entre los más comunes. Se analizaron planes de cuidados estandarizados; de acuerdo a la NANDA se aplicaron diagnósticos de enfermería: hipertermia, dolor agudo, riesgo de infección, motilidad gastrointestinal disfuncional y ansiedad, a estos se les dio una puntuación diana que va del 1 que es grave a 5 que es no comprometido; esta puntuación diana se usara a criterio de quien use los planes de cuidados estandarizados la cual apoyara al profesional de enfermería a tomar decisiones y seleccionar las intervenciones mas adecuadas dependiendo de la gravedad del paciente.

Resultados

El plan de cuidados estandarizados para sepsis abdominal se tomó como referencias diversas bases de dato analizando diferentes fuentes de información donde se obtuvieron los siguientes resultados; el cual propone 5 diagnósticos de enfermería con sus intervenciones basados en las taxonomías NANDA, NIC y NOC.

Diagnostico 1:

Riesgo de infección según lo evidencia alteración del peristaltismo perteneciente al **dominio 11** seguridad/protección **clase 1** infección.

Resultados: control del riesgo: proceso infeccioso. Indicadores: identifica signos y síntomas de infección. Puntuación Diana: nunca demostrado 1, raramente demostrado 2, a veces demostrado 3, frecuentemente demostrado 4, siempre demostrado 5.

Intervenciones: control de infecciones: Minimizar el contagio y trasmisión de agentes infecciosos. limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes, aplicar las precauciones de aislamiento designadas que sean apropiadas, limitar el numero de visitas según corresponda, poner en práctica precauciones universales, limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano apropiado, rasurar y limpiar la zona, como se indica en la preparación para procedimientos invasivos y/o cirugía, asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada, utilizar sondaje intermitente para reducir la incidencia de infección de la vejiga.

Evaluación: puntuación diana Mantener a 2 aumentar a 4.

Diagnóstico 2:

Dolor agudo según lo evidencia agentes químicos biológicos como lo demuestra Autoinforme de la intensidad del dolor usando escalas estandarizadas de valoración del dolor. **Dominio 12** confort **clase 1** confort físico.

Resultados: nivel del dolor: intensidad del dolor referido o manifestado. Puntuación diana: grave 1, sustancial 2, moderado 3, leve 4, ninguno 5.

Intervenciones: manejo del dolor: observar signos no verbales de molestias, especialmente en pacientes que no pueden comunicarse eficazmente, Asegurase que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes, explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor, explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor, controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias, disminuir o eliminar factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor, seleccionar y desarrollar aquellas medidas que faciliten el alivio del dolor, según corresponda, utilizar medidas del control del dolor antes de que este sea muy intenso.

Evaluación: puntuación diana Mantener 3 aumentar a 5.

Diagnóstico 3

Hipertermia según lo evidencia enfermedad: sepsis como lo demuestra piel caliente al tacto. **Dominio 11** seguridad/protección **clase 6** termorregulación.

Resultados: severidad de la infección: fiebre. Puntuación diana grave 1, sustancial 2, moderado 3, leve 4, ninguno 5.

Intervenciones: tratamiento de la fiebre: controlar la temperatura y otros signos vitales, observar el color y la temperatura de la piel, administrar medicamentos IV controlar las entradas y salidas, prestando atención a los cambios de las pérdidas insensibles de líquidos, administrar oxígeno según corresponda, controlar la presencia de complicaciones relacionadas con la fiebre y de signos y síntomas de la infección causante de la fiebre, garantizar que se apliquen las medidas de seguridad si el paciente desarrolla agitación o delirio.

Evaluación: puntuación diana Mantener 3 aumentar a 5.

Diagnóstico 4

Ansiedad según lo evidencia crisis situacional como lo demuestra temor. **Dominio 9** afrontamiento/tolerancia al estrés **clase 2** respuestas de afrontamiento.

Resultados: nivel de ansiedad: inquietud. Puntuación diana: grave 1, sustancial 2, moderado 3, leve 4, ninguno 5.

Intervenciones: disminución de la ansiedad: establecer claramente las expectativas de comportamiento del paciente, explicar todos los procedimientos, incluidas las posibilidades sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento, tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante, proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico, crear un ambiente que facilite la confianza, observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

Evaluación: puntuación diana Mantener en 2 aumentar a 4.

Diagnóstico 5

Motilidad gastrointestinal disfuncional según lo evidencia infección como lo demuestra dolor abdominal. **Dominio 3** eliminación e intercambio. **Clase 2** función gastrointestinal.

Resultados: función gastrointestinal: distensión abdominal. Puntuación diana: grave 1, sustancial 2, moderado 3, leve 4, ninguno 5.

Intervenciones: control intestinal: monitorizar los sonidos intestinales, informar acerca de cualquier aumento de frecuencia y/o sonidos intestinales agudos, informar si hay disminución de los sonidos intestinales, monitorizar los signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación, evaluar el perfil de la medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales, realizar una prueba oculta en heces, según corresponda.

Evaluación: Mantener 3 aumentar a 5.

Conclusiones

La metodología NANDA, NIC y NOC ha facilitado establecer diagnósticos enfermeros, marcar objetivos de consecución, sistematizar intervenciones y evaluar la eficacia de los cuidados enfermeros. Todo ello permite universalizar el lenguaje del cuidado y la evaluación rigurosa de la profesión enfermera.

Todo paciente en estado crítico debe ser enfocado en forma y tiempo adecuados para evitar que se eleve la morbilidad y la mortalidad. Los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos que aplican el proceso enfermero el cuidado a pacientes con sepsis abdominal, disminuyen considerablemente los riesgos y complicaciones que genera esta patología. El paciente con sepsis abdominal es un paciente crítico y requiere de cuidados integrales, y del trabajo multidisciplinario.

De acuerdo al plan de cuidados estandarizados la percepción puede concluir que cuidados que brindan a los pacientes con integrales y de alta calidad, se cumple estándares de acuerdo a las condiciones de los pacientes y el nivel de complejidad; se debe contar con protocolos de atención específicos para la sepsis abdominal, para manejo y prevención de complicaciones ocasionadas con la patología.

Declaración de conflicto de interés

El autor declara no tener conflicto de interés con respecto a la publicación de este artículo.

Referencias

Andrew Rhodes, Laura E. Evans, Waleed Alhazzan. (2017). *Guía internacional para el manejo de la sepsis y el shock séptico*. 2021, de Intramed Sitio web: <http://clinicainfectologica2hnc.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2018/03/Gu%C3%ADa-internacional-para-el-manejo-de-la-sepsis-y-el-shock-s%C3%A9ptico.pdf>

Blechek, G. M. (2014). *clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)* (sexta ed.) Barcelona: elsevier.

- Brunnicardi, C. (2015). *Principios de Cirugia* . Huston, Texas: Mc Graw Hill.
- Herdman, H. K. (2018). *Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificaciones 2018-2020*. Barcelona: elsevier.
- Marriner Tomey A., Ralie Alligood, M. (2002). *Modelos y teorías en enfermería*. Madrid: elsevier
- Marriner, T. (1997). *Las grandes teorías de enfermería*. México: Harcourt Mosby.
- Moorhead, S. J. (2014). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC) medición de resultados en salud* (sexta ed.). Barcelona: Elsevier.
- Morales, J. (2017). *Tratado de cirugía general*. Ciudad de México: Manual Moderno.
- Napolinano, L. (2018). Sepsis 2018: Definitions and Guideline Changes. 2021, de SURGICAL INFECTIONS Sitio web: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29447109/> DOI:[10.1089/sur.2017.278](https://doi.org/10.1089/sur.2017.278)
- Singer, C., Deutschman, C., Shankar-Hari, M., & Djilali, A. (07 de 03 de 2016). Los nuevos criterios de sepsis. Obtenido de <https://www.semes.org/los-nuevos-criterios-de-sepsis/>
- Gotts , J., & Matthay , M. (2016). Sepsis: pathophysiology and clinical management. Obtenido de <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=89223&pagina=1>

Plan de cuidados personalizado a paciente con fistula entero-cutánea

Personalized care plan for patients with enterocutaneous fistula

María Celia García Martínez,³³ María Magdalena Lozano Zúñiga³⁴

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México

Resumen

Introducción. El Proceso Enfermero (PE) es un método sistemático, humanista, intencionado, dinámico, flexible e interactivo que brinda cuidados ante problemas reales o potenciales centrados en las respuestas humanas del individuo, familia y comunidad, con ello, se fundamenta científicamente el quehacer del profesional de enfermería. **Objetivo.** Realizar un Plan de Cuidados Personalizado (PCP) a usuaria con fístula entero-cutánea surgida como complicación pos-operatoria de colecistectomía abierta y sepsis abdominal. **Método.** Se realizó una revisión sistemática de la condición pos-operatoria presentada (fístula entero-cutánea) para dar sustento teórico de dicho padecimiento, se procedió a realizar la valoración individual a partir de la guía de valoración de la Macro Teoría del Déficit de Autocuidado (TDAE) de Dorothea E. Orem; partiendo de la taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Interventions Classification (NIC) y Nursing Outcomes Classification (NOC), además, de efectuar el análisis, selección y priorización de los diagnósticos de enfermería identificados, así como el plan de cuidados. **Resultados.** De los seis diagnósticos priorizados se ejecutó un plan de cuidados y se logró mantener la ingestión de nutrientes por la ministración de nutrición parenteral. De acuerdo a la propuesta de Orem se brindó cuidado compensatorio al atender el estado respiratorio de la paciente y mantener una vía aérea permeable, así como el equilibrio hídrico, con un cuidado oportuno de heridas. **Conclusiones.** El PCP fortalece el cuidado que el profesional de

³³ Estudiante de la Maestría de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. celia.martinez@umich.mx

³⁴ Profesora- Investigadora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. maria.lozano@umich.mx

enfermería otorga de manera individualizada basándose en las necesidades presentadas por cada paciente, contribuyendo en la salud y bienestar de la misma.

Palabras clave: *Proceso enfermero, Macro Teoría de Dorothea Orem, Fístula entero-cutánea.*

Abstract

Introduction: The Nursing Process (PE) is a systematic, humanistic, intentional, dynamic, flexible, interactive method that provides care for real or potential problems focused on the human responses of the individual, family and community; With this, the work of the nursing professional is scientifically based. **Objective:** To carry out a Personalized Care Plan (PCP) for a user with an enterocutaneous fistula arising as a postoperative complication of open cholecystectomy and abdominal sepsis. **Method:** A systematic review of the postoperative condition presented (enterocutaneous fistula) was carried out. To provide theoretical support for this condition, an individual assessment was carried out based on the Orem Macro Theory assessment guide of self-care deficit (TDAE); starting from North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Interventions Classification (NIC) and Nursing Outcomes Classification (NOC's) taxonomy carrying out the analysis, selection and prioritization of the nurses' diagnoses identified as well as the care plan. **Results:** Of the 6 prioritized diagnoses, a care plan was executed and it was possible to maintain nutrient intake by the administration of parenteral nutrition. According to the proposal of D. Orem, compensatory care was provided by attending to the respiratory condition of the patient and maintaining a permeable airway, as well as the water balance, with timely wound care. Nursing care contributes to the health and well-being of the person. **Conclusions:** The PCP strengthens the care that the nursing professional provides individually based on the needs presented by each patient.

Keywords *Nursing process, Dorothea Orem Macro Theory, Enterocutaneous fistula*

Introducción

El presente Plan de Cuidados Personalizado (PCP) se fundamenta con la metodología del PE, al ser un método sistemático, humanista, intencionado, dinámico y flexible fomenta el pensamiento crítico del profesional de enfermería. (González M 2016). A través de la observación, se inicia la etapa de valoración; para proseguir a realizar acciones vinculadas entre sí, partiendo de la condición de salud afectada. Este enfoque recae en los resultados esperados y obtenidos en relación con el problema del individuo, para ello, es sustentado en evidencia

científica estandarizada y reconocida internacionalmente plasmada en la taxonomía NIC, NOC y NANDA.

La fístula entero-cutánea es la forma más común de las fístulas intestinales, no obstante, es una patología compleja que obliga la estancia hospitalaria prolongada debido a complicaciones como desequilibrio hidroelectrolítico, desnutrición, desajustes metabólicos y sepsis. (Rodríguez, 2014). Se define como la comunicación anormal entre el tracto gastrointestinal y la piel, con salida de fluidos gastrointestinales a través de la piel por un periodo mayor a 24 horas. Cabe mencionar, que en México la mortalidad por fístulas del aparato digestivo se encuentra entre 20 y 30% considerando todos los grupos etarios (Clemente, 2017).

En el presente documento se encuentra descrito el PCP que se llevó a cabo en una mujer de 33 años de edad, con presencia de fístula entero-cutánea como complicación pos-operatoria de colecistectomía abierta y sepsis abdominal, con estancia hospitalaria prolongada de 180 días; las acciones de autocuidado se sitúan dentro del sistema parcialmente compensatorio y completamente compensatorio. (Raile, 2017) Se identificaron 6 diagnósticos de enfermería prioritarios para su condición de salud, de los cuales la mitad se ubica como de riesgo y la otra mitad están centrados en el problema; para el fundamento filosófico en el cuidado de enfermería se aplicó la guía de valoración sustentada con la Macro Teoría del autocuidado de Orem.(Raile, 2018).

Objetivo

Realizar un Plan de Cuidados Personalizado (PCP) a usuaria con fístula entero-cutánea surgida como complicación pos-operatoria de colecistectomía abierta y sepsis abdominal.

Método

Para llevar a cabo el presente plan de cuidados individualizado se considero a una paciente femenina de 33 años, portadora de fístula entero-cutánea como complicación pos-operatoria de colecistectomía con estancia hospitalaria prolongada. Se realizó una revisión documental, sistemática e histórica, para identificar datos relevantes en el cuadro clínico presentado, estos se obtuvieron a partir de revistas como Cielo, Guía de Práctica Clínica y Revista Mexicana de Cirugía, además, se abordan etiquetas diagnosticas vinculadas con la paciente. En ese sentido, se procedió a realizar un marco teórico con la información relevante mientras que, la valoración se realizó a partir de la macro teoría de Orem identificando los factores condicionantes básicos, requisitos de autocuidado universal alterados, autocuidado del desarrollo y requisitos de desviación a la salud.

Por otro lado, para el establecimiento de los diagnósticos enfermeros se consideran los signos y síntomas presentados por la usuaria, se priorizaron seis diagnósticos enfermeros de los cuales tres son de riesgo y el resto están centrados en el problema, además, a partir de la metodología del NIC y NOC se ubicaron los dominios y clases, así como las actividades e intervenciones.

Resultados

Se aborda el caso de agencia de autocuidado de un padecimiento que parte como complicación pos-operatoria de colecistectomía abierta y sepsis abdominal, la presencia de fistula entero-cutánea presentada en LGG femenina de 33 años cuyo estado de desarrollo es la adultez, ella manifestó que su agencia de autocuidado hasta antes de presentar colecistitis y haber sido sometida a colecistectomía abierta fue sana, con hábitos higiénicos regulares, baño cada tercer día y cambio de ropa diario, aseo bucal 2 veces al día, cuenta con todos los servicios básicos, refiere que su alimentación fue a base de frijoles, tortilla, refresco, sopa, pollo, frutas y verduras (tres comidas al día), además, indica haber fumado de 2 a 3 cigarrillos diarios desde los 16 años. Dentro de la agencia de cuidado dependiente su orientación sociocultural se encamina al catolicismo, vive con su esposo y 3 hijos (una mujer adolescente de 14 años y dos varones de 11 y 7 años de edad).

Para las demandas de apoyo terapéutico se identificó a usuaria que ingreso al servicio de cirugía general con un cuadro de abdomen agudo, en pos-operatorio inmediato de colecistectomía abierta dos semanas previas en clínica particular de Zinapécuaro Michoacán. Por un lado, al momento de su ingreso se detectó paciente icterica con datos francos de sepsis abdominal (fiebre, dolor abdominal intenso, leucocitosis, taquicardia, diaforesis, hipotensión), en tras-operatorio de LAPE se encontró cavidad séptica con materia fecal, se realizó lavado quirúrgico y se dejó herida abierta con bolsa de Bogotá colocada. Por otro lado, al momento de la valoración se encuentra a usuaria con estancia prolongada de 180 días y datos francos de desnutrición (albumina de 1.5, pérdida de peso, pérdida de cabello, en la piel se ubican zonas hiperpigmentadas en cara, codos y antebrazo). Asimismo, se detectan periodos de tristeza y llanto dado a lo incierto de su porvenir.

Dentro de la agencia de cuidado dependiente proveído a lo complejo de su condición (proceso séptico más fistula entero-cutánea) parten desde el manejo de la herida quirúrgica, el apoyo nutricio con alimentación enteral, aplicación de fármacos, aporte hídrico y apoyo de oxígeno binasal, hasta el autocuidado emocional, contribuyendo en una labor multidisciplinar entre la Enfermería, Psicología y Psiquiatría. A la valoración física se encuentra con demanda de autocuidado completamente compensatorio, con herida quirúrgica abierta con salida de líquido intestinal a través de fistula entero-cutánea (2400ml apx). En 24

horas, campos pulmonares hipoaereados con presencia de estertores, señala sentir dificultad para respirar y requerir apoyo de O2 binasal, el balance de líquidos se mantuvo negativo con ingresos de 1800 y egresos de 4200, con flujos urinarios de 1500 en 24horas. El análisis de la ponderación de diagnósticos enfermeros resultantes de la condición que aqueja a la usuaria fueron 6, a continuación, se describen en orden prioritario:

El primer diagnóstico indica un desequilibrio nutricional, es decir, se produce una ingesta inferior a las necesidades R/C, factores biológicos C/D, caída excesiva de pelo, tono muscular insuficiente, ingesta inferior a las cantidades recomendadas diarias. Entonces, el requisito de autocuidado que se detecta es la necesidad de mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos (dominio 1: nutrición, clase 1: ingestión, indicador: ingesta de nutrientes, ingesta de alimentos, energía, hidratación e ingesta de líquidos) (Heather et al.,2019; y Moorhead et al., 2019).

En ese sentido, las acciones a ejecutar por parte del profesional de la enfermería serían utilizar la vía central sólo para la infusión de nutrientes muy calóricos o hiperosmolares, mantener la permeabilidad y el apósito de la vía central según el protocolo del centro, comprobar la solución de NTP para asegurar que se han incluido los nutrientes correctos según la prescripción, mantener un flujo constante de la solución de NTP, evitar pasar rápidamente la solución de NPT que se ha retrasado, informar al médico acerca de los signos y síntomas anormales asociados con la NTP, mantener las precauciones universales, mantener una pequeña ingesta nutricional oral durante la NTP. Dicho de otra manera, son acciones de administración parenteral total y manejo de la nutrición. De ese modo, se espera mantener a 2 y aumentar a 5 en la puntuación Diana(Butcher et al., 2021).

El segundo diagnóstico es sobre la limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C, mucosidad excesiva y retención de las secreciones C/D, alteración del patrón respiratorio, disnea y sonidos respiratorios adventicios (Dominio:11 clase 2: limpieza de las vías aéreas, indicador: frecuencia respiratoria, sonidos respiratorios adventicios, saturación de oxígeno, diaforesis, tos.). Por ende, el requisito de autocuidado se limita al mantenimiento de un aporte suficiente de aire (Heather et al.,2019; y Moorhead et al., 2019).

Entonces, las acciones a implementar son: mantener una vía aérea permeable, colocar al paciente en forma que mejore la disnea, auscultar los ruidos respiratorios, monitorizar la saturación de oxígeno, iniciar y mantener el oxígeno suplementario según la prescripción, administrar medicamentos (broncodilatadores e inhaladores) que favorezcan la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio de gases, además, de enseñar técnicas de respiración según corresponda. En pocas palabras, es brindar ayuda en la ventilación y control de las infecciones del

paciente. Como efecto se espera mantener a 2 y aumentar a 5 en la puntuación Diana (Butcher et al., 2021).

El tercer diagnóstico remite al riesgo de déficit de volumen de líquidos R/C, alteraciones que afectan el aporte de líquidos y pérdida importante del volumen (dominio 2: nutrición, clase 5: hidratación, indicadores: hidratación cutánea, humedad de membranas mucosas, sed, entradas y salidas diarias equilibradas, velocidad del pulso radial, frecuencia respiratoria y albumina sérica). Es por ello, que el requisito de autocuidado implica el mantenimiento de un aporte suficiente de agua para lograr un equilibrio hídrico, así como equilibrio de ácido-base (Heather et al., 2019; y Moorhead et al., 2019).

Retomando lo anterior, las acciones a ejecutar son: monitorizar la presencia de signos y síntomas de deshidratación, obtener muestras para el control de análisis de laboratorio, mantener un ritmo adecuado de infusión, vigilar los signos vitales según corresponda, observar si hay manifestaciones de desequilibrio hidroelectrolítico, observar si existe pérdida de líquidos, instaurar medidas para controlar la pérdida excesiva de líquidos, administrar líquido si está indicado y llevar un registro preciso de entradas y salidas. De forma resumida es el manejo y monitorización de líquidos. Con el desarrollo de las actividades se quiere mantener a 1 y aumentar a 4 de acuerdo con la puntuación Diana (Butcher et al., 2021).

El cuarto diagnóstico detecta el retraso en la recuperación quirúrgica R/C, malnutrición, contaminación del sitio quirúrgico C/D y la necesidad de ayuda para completar el autocuidado (dominio: 11, clase: 2, indicadores: fistulización, piel macerada, eritema cutáneo circundante, administración de nutrición de parenteral total, ingestión alimentaria oral). Por ende, el requisito de autocuidado se relaciona con la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano (Heather et al., 2019; y Moorhead et al., 2019).

Entonces, las actividades a realizar fueron la administración parenteral total, cuidado de las heridas (ausencia de la cicatrización y monitorizar las características de ésta, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor, medir el lecho de la herida según corresponda, aplicar una crema adecuada en la piel/lesión según corresponda, asimismo, se tuvo que enseñar al paciente o a los familiares los procedimientos de cuidado de la herida), mantener las precauciones universales y una pequeña ingesta nutricional oral durante la NTP. Una vez realizadas esas acciones se espera mantener a 1 y aumentar a 4 en la puntuación Diana (Butcher et al., 2021).

El quinto diagnóstico es el riesgo de caídas relacionado con la presencia de factores fisiológicos, estado posoperatorio y deterioro del equilibrio (dominio 11: seguridad-protección, clase: 1 lesión física, indicadores: fuerza al apretar la mano, tono muscular, curación tisular, resistencia a la infección y energía). Por ello, el requisito de autocuidado es en la prevención de peligros para la vida, el

funcionamiento y el bienestar humano, se espera mantener a 2 y aumentar a 4 en la puntuación Diana (Heather et al.,2019; y Moorhead et al., 2019).

Por tanto, se necesitan ejecutar las siguientes intervenciones: se requiere preguntar al paciente por su percepción de equilibrio, identificar conductas y factores que afecten el riesgo de caídas, controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular, compartir con el paciente observaciones sobre la marcha y el movimiento, mantener los barandales de la cama en alto, disponer una vigilancia estrecha, colaborar con otros miembros del equipo de cuidados sanitarios para minimizar los efectos secundarios de los medicamentos que contribuyen a la posibilidad del riesgo. Es decir, las acciones giran en torno a la prevención de caídas y monitorización de los signos vitales(Butcher et al., 2021).

Finalmente, el diagnóstico 6 es de riesgo de impotencia, relacionado con la trayectoria impredecible de la enfermedad y la precariedad económica (dominio 9: afrontamiento y tolerancia al estrés, clase2, indicadores: tendencia a culpar a los demás, inquietud, explosiones de ira, temor verbalizado, preocupación por sucesos vitales, características de la enfermedad, signos y síntomas de las complicaciones de la enfermedad). Como consecuencia, el requisito de autocuidado es el mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad. Es decir, la respuesta al afrontamiento (nivel de miedo, conocimiento sobre el proceso de la enfermedad); para lograr mantener 2 y aumentar a 5 en la puntuación Diana(Heather et al.,2019; y Moorhead et al., 2019).

Por lo tanto, las intervenciones deben estar en relación con el apoyo emocional y la toma de decisiones, así como en la enseñanza del proceso de la enfermedad. Las labores son: comentar la experiencia emocional con el paciente, proporcionar apoyo durante la negación, ira, ansiedad, tristeza, revisar el conocimiento del paciente sobre su enfermedad, explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología; es decir, revisar el conocimiento del paciente sobre su afección, describir el proceso de la enfermedad e identificar las etiologías posibles según corresponda (Butcher et al., 2021).

De forma general, los diagnósticos permitieron el desarrollo de PCP logrando mantener la ingestión de nutrientes por la ministración de nutrición parenteral. De acuerdo a la propuesta de Orem se brindó cuidado compensatorio al atender el estado respiratorio de la paciente y mantener una vía aérea permeable, así como el equilibrio hídrico respetando un ritmo adecuado de infusión, vigilando los signos vitales y de deshidratación. Del mismo modo, se hizo el cuidado oportuno de las heridas con la monitorización de las características de estas, aunado a ello, se enseñó a los familiares los procedimientos de cuidado sobre las mismas. Además, se realizó la prevención de caídas por estado posoperatorio con una vigilancia estrecha y colaboración con otros miembros del equipo de cuidados sanitarios, para

minimizar los efectos secundarios de los medicamentos que contribuyen a la posibilidad de riesgo.

Por último, se brindó apoyo emocional a la paciente al explicar en forma sencilla el proceso de recuperación en el que se encuentra, haciendo sentir a la persona que al brindar los cuidados de enfermería se contribuye a mejorar su estado de salud y bienestar.

Conclusiones

El PCP fortalece el cuidado que el profesional de enfermería otorga de manera individualizada, basándose en las necesidades presentadas por cada paciente. Es así, que al aplicar el Proceso Enfermero en una paciente con estancia hospitalaria prolongada brinda la oportunidad de dirigir cuidados de manera integral, en este tipo de pacientes, por ello, la elección de un diagnóstico prioritario es complejo debido a las necesidades reales y potenciales que presentan en el transcurso de su enfermedad.

Declaración de conflicto de interés

El autor declara no tener conflicto de interés con respecto a la publicación de este artículo.

Referencias

Butcher, H., Bulechek, G., Dochterman, J. y Wagner, C. (2021). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. ELSIVER.

Clemente, U., Santes, O. y Morales, J. (2017). Fístulas enterocutáneas. *Revista Mexicana de Cirugía del aparato digestivo* 6 (3) 120-122 <https://www.researchgate.net/publication/321288796>

González, M. y Monroy, A. (2016). Proceso enfermero de tercera generación. *Enfermería Universitaria*, 13(2),124-129 <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.03.003>

Guirao, J. (2003). La agencia de autocuidados. Una perspectiva desde la complejidad. *e-ducare21 aprendiendo a cuidar. Educere 21 aprendiendo a cuidar* (2). <https://10.13140/2.1.2936.2889>

Heather, H y Kamitsuru, S. (2019) *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación (NANDA) 2018-2021*. ELSIEVER. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&ing=es&nrm=iso

Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M y Maas, M, (2019). *Clasificación de Resultados de Enfermería* (NOC). ELSEVIER.

Naranjo, y., Concepción, J. y Rodríguez, M. (2017). La Teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Medica Espirituana*, 19 (3), 89-100

Raile, M. y Marriner, A. (2018). *Modelos y Teorías en enfermería*. ELSEVIER

Rodríguez, A. (2014). Terapia nutricia en fístula entero-cutánea; de la base fisiológica al tratamiento individualizado. *Nutrición hospitalaria en línea*, 29(1), 37-49. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30923166500>

Protocolo estandarizado en un neonato con síndrome de dificultad respiratoria

Standardized protocol in a neonate with respiratory distress syndrome

Abrego López María Candelaria³⁵, Ruiz-Recéndiz Ma. de Jesús³⁶, Ma. Lilia Alicia Alcántar-Zavala³⁷, Jiménez-Arroyo Vanesa³⁸

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México.

Resumen

El síndrome de dificultad respiratoria (SDR) es una condición muy frecuente en los recién nacidos, principalmente en prematuros, considerándose como un problema de salud por la elevada morbilidad y mortalidad. El siguiente Plan de Cuidados Estandarizado (PCE) se elaboró tomando como base a los neonatos que presentan esta condición y bajo un enfoque de la Teoría del Autocuidado de Dorothea E. Orem. **Objetivo** Realizar un PCE para profesionales de enfermería responsables del cuidado de los neonatos con SDR. **Metodología:** se realizó una revisión sistemática en las bases de datos Scielo, Cuiden y Dialnet con un muestreo no probabilístico por conveniencia; se analizaron artículos publicados entre 2015 y 2020 en idioma español; se utilizaron los términos “plan de cuidados estandarizados”, “plan de cuidados en neonatos” y “plan de cuidados en neonatos con SDR”. **Resultados:** diez artículos cumplieron con los criterios de inclusión y 100% mencionan diagnósticos que se presentan en un recién nacido con SDR. Posterior a ello se efectuó una ponderación de los mismos y se obtuvieron cinco principales diagnósticos: cuatro de clasificación real y un diagnóstico de riesgo. Con ellos se realizó la planeación de intervenciones, acciones y evaluación a partir de las taxonomías *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*, *Nursing Outcomes Classification (NOC)*, y *Nursing Interventions Classification (NIC)*. **Conclusión:** se elaboró un PCE dirigido al neonato con SDR con el referente teórico de Orem, cinco diagnósticos y los correspondientes resultados, indicadores, intervenciones y actividades.

Palabras clave: *Plan estandarizado, Síndrome de dificultad respiratoria, Neonato.*

³⁵ Correspondencia remitir a: Estudiante de maestría de la Facultad de Enfermería UMSNH , Morelia México candyabrego29@gmail.com

³⁶ Profesor de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia México madejesus.ruiz@umich.mx

³⁷ Profesor de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia México lilia.alcantar@umich.mx

³⁸ Profesor de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia México vanesa.jimenez@umich.mx

Abstract

Respiratory distress syndrome (RDS) is a very common condition in newborns, mainly premature infants, and is considered a health problem due to its high morbidity and mortality. The following Standardized Care Plan (PCE) was developed based on newborns with this condition and based on the Self-Care Theory of Dorothea E. Orem. **Objective:** To carry out a PCE for nursing professionals responsible for the care of neonates with RDS. **Methodology:** a systematic review was carried out in the Scielo, Cuiden and Dialnet databases with a non-probabilistic convenience sampling; Articles published between 2015 and 2020 in Spanish were analyzed; The terms “standardized care plan”, “neonatal care plan” and “care plan for neonates with RDS” were used. **Results:** ten articles met the inclusion criteria and 100% mention diagnoses that occur in a newborn with RDS. After this, a weighting of them was made and five main diagnoses were obtained: four of real classification and one risk diagnosis. With them, the planning of interventions, actions and evaluation was carried out based on the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Outcomes Classification (NOC), and Nursing Interventions Classification (NIC) taxonomies. **Conclusion:** a PCE was developed for the newborn with RDS with the theoretical reference of Orem, five diagnoses and the corresponding results, indicators, interventions and activities.

Keywords: *Standardized plan, Respiratory distress syndrome, Neonate.*

Introducción

Enfermería históricamente cuida a las personas y se encuentra en la búsqueda de metodologías que le permitan sistematizar su cuidado. De manera especial, desde 1970 en Estados Unidos se evidenció el hecho de que “las enfermeras diagnosticaban y trataban algo de manera independiente relacionado con los pacientes y sus familias” (Herdman y Kamitsuru, 2019) que es conocido actualmente como un diagnóstico de enfermería, y es definido por la *North American Nursing Diagnosis Association* (por sus siglas en inglés NANDA) como “un juicio clínico relacionado con una respuesta humana a las condiciones de salud / proceso de vida, o la vulnerabilidad de esa respuesta, por parte de un individuo, familia, grupo o comunidad” (Herdman y Kamitsuru, 2019).

Junto con la taxonomía de los diagnósticos de enfermería, surge la taxonomía de Resultados de Enfermería (*Nursing Outcomes Classification* o NOC por sus siglas en inglés), que se define como un “estado, conducta o percepción de una persona, familia o comunidad, medido a lo largo de un continuo, en respuesta

a una intervención o intervenciones enfermeras” (Moorhead, Johnson, Maas y Swanson, 2013).

La tercera taxonomía esencial son las Intervenciones de Enfermería (*Nursing Interventions Classification* o NIC por sus siglas en inglés), que permite a la enfermera describir los tratamientos que realiza. La NIC describe a la Intervención de Enfermería como “Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente” (Bulechek, Butcher, Dochterman y Wagner, 2013).

Las metodologías ya mencionadas permiten al profesional de enfermería disponer de elementos para la aplicación del Proceso de Enfermería, la herramienta metodológica propia de la disciplina y la profesión que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada (Secretaría de Salud, 2013). Además, la utilización de las clasificaciones taxonómicas, facilita a los profesionales de enfermería la planificación de los cuidados al utilizar un lenguaje estandarizado, así como, un marco de análisis y reflexión en la toma de decisiones.

Considerando lo anterior, es que en México la Comisión Permanente de Enfermería (CPE) consideró necesario establecer líneas metodológicas que permitieran la elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería (PLACE, ahora denominados PCE) con criterios unificados y homogéneos, encaminados a “mejorar la calidad de la atención y seguridad del paciente” que se han elaborado en el seno de la CPE con la colaboración de instituciones de salud, educativas y de organismos gremiales, utilizando la metodología incluida en el Lineamiento General para la elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería (Secretaría de Salud, 2012).

El Plan de Cuidados Estandarizado (PCE) constituye una herramienta de soporte vital para la profesión de enfermería, caracterizado por el enfoque humanístico que abarca no sólo los cuidados específicos de la patología, sino los componentes sociales, culturales y espirituales que rodean al paciente, además de la vinculación de las clasificaciones taxonómicas de NANDA, NOC y NIC como un sistema propuesto para la protocolización de cuidados de enfermería, con soporte científico (Secretaría de Salud, 2012).

Debido a que el PCE es una herramienta metodológica que guía la práctica de enfermería, se aplica en diversas condiciones clínicas como el síndrome de dificultad respiratoria (SDR), que es la principal causa de insuficiencia respiratoria en recién nacidos prematuros (RNP) (Morales-Barquet, Reyna-Ríos, Cordero-González, Arreola-Ramírez, Flores-Ortega, Valencia-Contreras, Fernández-Carrocerá y Villegas-Silva, 2015) y cuyos criterios diagnósticos clínicos y paraclínicos fueron definidos en 2015 por un Comité Internacional en Montreaux, Suiza (Sánchez, Suaza-Vallejo, Reyes-Vega y Fonseca-Becerra, 2020).

La incidencia de SDR se incrementa con una edad gestacional menor; algunos datos muestran que en 2010 la incidencia fue del 92% en recién nacidos (RN) de 24 a 25 semanas, de 88% en RN de 26 a 27 semanas, de 76% en prematuros de 28 a 29 semanas y del 57% en niños con 30 y 31 semanas de gestación (Morales-Barquet et al, 2015).

Debido a su importancia se planteó realizar un PCE en neonatos que presentan la condición del síndrome de dificultad respiratoria, tomando como base la valoración de la teoría de Dorothea E. Orem (Berbibglia y Banfield, 2018) y las taxonomía NANDA, NOC y NIC.

El PCE reviste una trascendencia importante en virtud de la sistematización de cuidados que se otorga por parte del profesional de enfermería al neonato con síndrome de dificultad respiratoria (SDR). Enseguida se muestran las etapas del proceso enfermero llevado a cabo en donde se destacaron los cinco principales diagnósticos. De igual manera se encuentran descritos los resultados y las conclusiones del presente PCE

Objetivo

Realizar un PCE para profesionales de enfermería responsables del cuidado de los neonatos con la condición de SDR con la metodologías NANDA-NOC-NIC.

Método

Para llevar a cabo el presente plan de cuidados estandarizado, el primer paso del proceso enfermero fue realizar la valoración del paciente empleando como referente teórico la macro teoría de Dorothea E. Orem. En esta etapa se identificaron los requisitos de autocuidado universal, de desarrollo y de desviación de la salud. También se clasificaron de datos para identificar los requisitos de autocuidado alterados.

En seguida se efectuó una búsqueda bibliográfica de artículos científicos a partir de la metodología de revisión sistemática. La búsqueda se realizó en las bases de datos Scielo, Cuiden y Dialnet, además de revistas indexadas y guías de práctica clínica durante el período de 2015 al 2020 y en idioma español; se utilizaron los términos libres “plan de cuidados estandarizados”, “plan de cuidados en neonatos” y “plan de cuidados en neonatos con síndrome de dificultad respiratoria”.

Del total de artículos localizados se seleccionaron diez artículos de casos clínicos con la condición de síndrome de dificultad respiratoria (Aguilar, 2019; Brena-Ramos, Cruz-Cortés, Contreras-Brena, 2015; Chinchay, 2016; Fernández, 2019; Gómez, 2016; Herrera, 2020; López, 2020; Soria, 2020; Sánchez-Quiroz, F. y Álvarez-Gallardo, 2018; Pacha, 2018). Con estos artículos se realizó un cuadro de ponderación de diagnósticos, y se identificaron cinco de ellos con la ponderación más alta.

Para identificación de los diagnósticos se utilizó la taxonomía NANDA, seguidamente se obtuvieron los resultados esperados utilizando la taxonomía NOC y, finalmente, se definieron las intervenciones y actividades mediante la taxonomía NIC.

Resultados

En este apartado se presentan cada uno de los cinco diagnósticos de enfermería que se conforman de Resultados, con sus indicadores, mencionando también las intervenciones y sus respectivas Actividades.

Diagnóstico No. 1

Patrón respiratorio ineficaz relacionado con fatiga de los músculos de la respiración, hiperventilación y posición corporal que inhibe la expansión de los pulmones como lo demuestran taquipnea, retracciones intercostales, aleteo nasal, disnea y respiración irregular.

Dominio 4 actividad/reposo clase 4 respuestas cardiovasculares/ pulmonares

Resultados: estado respiratorio y permeabilidad de las vías respiratorias

Indicadores: aleteo nasal, disnea en reposo, uso de músculos accesorios y acumulación de esputo.

Intervenciones: ayuda a la ventilación.

Actividades: mantener una vía aérea permeable, colocar al paciente de forma que se minimicen los esfuerzos respiratorios, auscultar los ruidos respiratorios, observar las zonas de disminución o ausencia de ventilación, observar si hay fatiga muscular respiratoria e iniciar y mantener el oxígeno suplementario según prescripción.

Intervención: monitorización respiratoria,

Actividades: vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones; evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, la utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares; monitorizar los patrones de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación; aplicar sensores de oxígeno continuos no invasivos con sistemas de alarma apropiados en pacientes con factores de riesgo; monitorizar si aumenta la inquietud, ansiedad o disnea e instaurar tratamientos de terapia respiratoria (nebulizador) cuando sea necesario.

Intervención: aspiración de las vías aéreas.

Actividades: realizar lavado de manos; usar precauciones universales; determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal; hiperoxigenar con oxígeno al 100%, durante al menos 30 segundos mediante la utilización del ventilador o bolsa de

reanimación manual antes y después de cada pasada; monitorizar el estado de oxigenación del paciente, estado neurológico y estado hemodinámico inmediatamente antes, durante y después de la succión; detener la aspiración traqueal y suministrar oxígeno suplementario si el paciente experimenta bradicardia, un aumento de las extrasístoles ventriculares y/o desaturación.

Puntuación diana: 1 grave, 2 sustancial, 3 moderado, 4 leve, 5 ninguno.

Evaluación: de 2 aumentar a: 5

Diagnóstico No. 2

Patrón de alimentación ineficaz del lactante relacionado con prematuridad, como lo demuestra incapacidad para coordinar la succión, la deglución y la respiración. Dominio 2 clase 1 concepto: patrón de alimentación.

Resultado: estado nutricional del lactante.

Indicadores: hidratación, ingestión oral de líquido, administración intravenosa de líquidos e ingestión por sonda de alimentos.

Intervención: alimentación enteral por sonda.

Actividades: insertar una sonda nasogástrica de acuerdo con el protocolo del centro; observar si la colocación de la sonda es correcta comprobando si hay residuo gástrico; marcar el tubo en el punto de salida para mantener la colocación correcta; vigilar el estado de líquidos y electrolitos; utilizar una técnica higiénica en la administración de este tipo de alimentación.

Intervención: ayuda para ganar peso.

Actividades: pesar al paciente a los intervalos determinados, según corresponda; alimentar al paciente, según corresponda; proporcionar alimentos adecuados al paciente; crear un ambiente agradable y relajado a la hora de la comida; y, registrar el progreso de la ganancia de peso.

Intervención: administración de nutrición parenteral total (NPT).

Actividades: utilizar las vías centrales sólo para la infusión de nutrientes muy calóricos o de soluciones hiperosmolares; mantener la permeabilidad y el apósito de la vía central, según el protocolo del centro; mantener una técnica estéril al preparar y colgar las soluciones de NPT; evitar el uso del catéter para fines distintos a la administración de NPT; utilizar una bomba de infusión para el aporte de las soluciones de NPT; pesar al paciente diariamente; controlar las entradas y salidas; controlar los signos vitales; mantener las precauciones universales.

Intervención: manejo de la nutrición.

Actividad: determinar el estado nutricional del paciente.

Puntuación diana: 1 inadecuado, 2 ligeramente adecuado, 3 moderadamente adecuado, 4 sustancialmente adecuado, 5 completamente adecuado.

Evaluación: de 2 aumentar a: 5

Diagnóstico No. 3

Riesgo de infección según lo evidencia procedimiento invasivo, exposición a brotes de enfermedades.

Dominio 11 seguridad/protección. Clase 1 infección.

Objetivo: control del riesgo

Indicador: adapta las estrategias de control del riesgo.

Intervención: protección contra las infecciones.

Actividades: observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones; observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada; limitar el número de visitas, según corresponda; observar si hay cambios en el nivel de vitalidad o malestar; control de las infecciones; cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro; aplicar las precauciones de aislamiento designadas que sean apropiados; limitar el número de las visitas, según corresponda; lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados del paciente; poner en práctica las precauciones universales; administrar un tratamiento antibiótico cuando sea adecuado.

Intervención: identificación de riesgos.

Actividades: identificar las estrategias de afrontamiento típicas; instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo; fijar objetivos mutuos, si procede; considerar criterios útiles para priorizar áreas de reducción del riesgo; aplicar las actividades de reducción del riesgo; evitar las exposiciones innecesarias; facilitar medidas de higiene.

Intervención: manejo ambiental: seguridad.

Actividades: identificar las necesidades de seguridad del paciente según el nivel físico, la función cognitiva y el historial de conducta; identificar los riesgos de seguridad en el ambiente (físicos, biológicos y químicos); eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible; disponer dispositivos adaptativos para aumentar la seguridad del ambiente.

Intervención: monitorización de los signos vitales.

Actividades: monitorizar la presión arterial: pulso, temperatura y estado respiratorio según corresponda; monitorizar la pulsioximetría; monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel; monitorizar si hay cianosis central y periférica; identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales; comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de los datos del paciente.

Intervención: vigilancia.

Actividades: determinar los riesgos de salud del paciente, según corresponda; determinar la presencia de elementos de alerta del paciente para una respuesta inmediata; comprobar el estado neurológico; vigilar los patrones conductuales; monitorizar los signos vitales según corresponda; observar si hay infección, según corresponda.

Puntuación diana: 1 nunca demostrado, 2 raramente demostrado, 3 a veces demostrado, 4 frecuentemente demostrado, 5 siempre demostrado.

Evaluación: de 2 aumentar a: 5.

Diagnóstico No. 4

Dolor agudo relacionado con agente químico lesivo, lesión por agentes biológicos, lesiones por agentes físicos según lo evidencia la conducta expresiva y conducta defensiva.

Dominio 12 confort Clase 1 Confort físico.

Resultados: nivel del dolor.

Indicadores: gemidos y gritos, inquietud, agitación, irritabilidad y tensión muscular.

Intervención: manejo ambiental: confort.

Actividades: crear un ambiente tranquilo y de apoyo; proporcionar un ambiente limpio y seguro de apoyo; determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes, posición de la sonda, ropa de cama y factores ambientales irritantes; evitar exposiciones innecesarias, corrientes exceso de calefacción o frío; facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona.

Intervención: manejo del dolor agudo.

Actividades: realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan; asegurarse de que el paciente reciba atención analgésica inmediatamente antes de que el dolor se agrave o antes de las actividades; seguir los protocolos del centro en la selección de analgésicos y dosis; administrar analgésicos por la vía menos invasiva posible, evitando la vía intramuscular.

Intervención: administrador de analgésicos.

Actividades: asegurar un enfoque holístico para el dolor de los pacientes con alteraciones de comunicación; determinar el nivel actual de comodidad y el nivel de comodidad deseado del paciente utilizando una escala de medición del dolor apropiada; documentar todos los hallazgos de la observación del dolor; elegir el analgésico adecuado cuando se prescribe más de uno.

Puntuación diana: 1 grave, 2 sustancial, 3 moderado, 4 leve, 5 ninguno.

Evaluación: de 2 aumentar a: 5.

Diagnóstico No. 5

Termorregulación ineficaz relacionada con aumento de la demanda de oxígeno, como lo evidencia la disminución de la temperatura.

Resultado: termorregulación: recién nacido.

Indicadores: inestabilidad de la temperatura, respiraciones irregulares, irritabilidad, cambios de coloración cutánea.

Intervención: regulación de la temperatura.

Actividades: vigilar la temperatura del recién nacido hasta que se estabilice; observar la temperatura y el color de la piel; poner un gorro de malla para evitar la pérdida de calor del recién nacido; colocar al recién nacido en incubadora o calentador, si es necesario; mantener la humedad al 50% o más en la incubadora para reducir la pérdida de calor por evaporación.

Intervención: tratamiento de la hipertermia.

Actividades: asegurar la permeabilidad de la vía aérea; monitorizar los signos vitales; administrar oxígeno si es necesario; retirar al paciente de la fuente de calor; trasladarlo a un ambiente más frío si fuera posible; aflojar o quitar la ropa; monitorizar la temperatura corporal central utilizando el dispositivo adecuado.

Intervenciones: tratamiento de la hipotermia.

Actividades: monitorizar la temperatura del paciente usando el dispositivo de medición y la vía más apropiada; apartar al paciente del ambiente frío; minimizar la estimulación del paciente para no precipitar una fibrilación ventricular; monitorizar el color y la temperatura de la piel.

Puntuación diana: 1 grave, 2 sustancial, 3 moderado, 4 leve, 5 ninguno.

Evaluación: de 2 aumentar a: 5

Conclusiones

El presente PCE pretende guiar la estandarización del cuidado de enfermería dado la inexistencia de un PCE en la unidad hospitalaria dirigido al neonato con SDR y de esa manera contribuir a la homogenización del conocimiento, garantizar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de enfermería en las unidades de cuidados intensivos neonatales.

Con este PCE se proporciona a los profesionales de enfermería elementos teóricos disciplinares básicos de las metodologías propias de enfermería para impulsarlos a realizar un cuidado integral y de alta calidad a los neonatos con SDR.

Declaración de conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés con respecto a la publicación de este artículo.

Referencias

- Aguilar, K. M. (2019). *Proceso de atención de enfermería en recién nacido prematuro con síndrome de dificultad respiratoria según la teoría de Margory Gordon*. [Tesis de licenciatura, Universidad Técnica de Machala]. <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/13332>
- Berbibglia, V. A, y Banfield, B. (2018). Teoría del déficit de autocuidado en enfermería. En Raile-Alligood. (2018). *Modelos y teorías en enfermería*. (9ª ed., pp. 540 – 578). Editorial Elsevier.
- Brena-Ramos, V. M., Cruz-Cortés, I. y Contreras-Brena, J.C. (2015). Proceso enfermero Aplicado a Paciente Prematuro con Síndrome de Distrés Respiratorio. *Salud y administración*, 2(6), 17 – 38. http://www.unsis.edu.mx/revista/doc/vol2num6/A2_Proceso_Enfermero.pdf
- Bulechek, G. M., Butcher, H.K., Dochterman, J. M. y Wagner, C.M. (2013). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Elsevier.
- Chinchay, C. (2016). *Plan de cuidados al prematuro con síndrome de dificultad respiratoria*. *CASUS*, 1(1), 41 – 50. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6258751>
- Fernández, N. J.(2019). *Desarrollo del proceso de atención de Enfermería en un recién nacido pretérmino + síndrome de dificultad respiratoria*. [Tesis de licenciatura, Universidad de Babahoyo]. <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/6681/E-UTB-FCS-ENF-000219.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Gómez, J. (2016). Plan de cuidados de enfermería en prematuro con enfermedad de membrana hialina. *CASUS*, 1(1), 51 – 58. [http://repositorio.ucss.edu.pe/bitstream/handle/UCSS/248/Gomez Juliana articulo CASUS 2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucss.edu.pe/bitstream/handle/UCSS/248/Gomez%20Juliana%20articulo_CASUS_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Guasmo Sur. [Tesis de licenciatura, Universidad Técnica de Babahoyo]. <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/7493>

Herdman, T.H. y Kamitsuru, S. (2019). *Diagnósticos Enfermeros definiciones y clasificación. (2018 - 2020)*. Elsevier.

Herrera, N. A. (2020). *Proceso de atención de enfermería en neonato con dificultad respiratoria*. [Tesis de licenciatura, Universidad Técnica de Babahoyo]. [\http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/8557/E-UTB-FCS-ENF-000333.pdf?sequence=1&isAllowed=y

López, K. M. (2020). *Aplicación del proceso de atención de enfermería en neonato a termino con síndrome de dificultad respiratoria y riesgo de exposición al virus del VIH*. [Tesis de licenciatura, Universidad Técnica de Babahoyo]. <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/8574/E-UTB-FCS-ENF-000341.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Moorhead, S., Johnson, M, Maas, M.L. y Swanson, E. (2013). *Clasificación de Resultados de Enfermería*. Elsevier.

Morales-Barquet, D.A., Reyna-Ríos, E.R., Cordero-González, G., Arreola-Ramírez, G., Flores-Ortega, J., Valencia-Contreras, C., Fernández-Carrocer, L.A. y Villegas-Silva, R. (2015). Protocolo clínico de atención en el recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria. *Perinatología y Reproducción Humana*, 29(4), 168 – 179. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rprh.2016.02.005>

Pacha, A.E. (2017). *Aplicacion del proceso de atencion de enfermeria en el neonato con sindrome de distress respiratorio*. [Tesis de licenciatura, Universidad Técnica de Babahoyo]. <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/10801>

Sánchez, J.L., Suaza-Vallejo, C., Reyes-Vega, D.F. y Fonseca-Becerra, C. (2020). Síndrome de dificultad respiratoria aguda neonatal. *Revista Mexicana de Pediatría*, 87(3), 115 – 118. <https://dx.doi.org/10.35366/94843>

Sánchez-Quiroz, F. y Álvarez-Gallardo, L. (2018). Cuidado especializado a neonato prematuro fundamentado en la teoría general del autocuidado. *Enfermería Universitaria*, 15(4), 428 – 441. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.4.539>

Secretaría de Salud (2013). *Lineamiento general para la documentación y evaluación de la implementación de los planes de cuidados de enfermería*.

http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/lineamiento_implementacion_cuidados_enfermeria.pdf

Secretaría de Salud. (2012). Catálogo Nacional de Planes de Cuidados de Enfermería.

http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/catalogo_planes_cuidado_enfermeria.pdf

Soria, J. (2020). *Proceso de atención de enfermería en nonato pretérmino con síndrome de dificultad respiratoria en el área de UCIN del Hospital General De Guasmo Sur*. [Tesis de licenciatura, Universidad Técnica de Babahoyo].

[<http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/7493/E-UTB-FCS-ENF-000274.pdf?sequence=1&isAllowed=y>]

Intervenciones Estandarizadas De Cuidado Enfermero En Personas Con Hipertensión Arterial

Standardized Nursing Care Interventions in People with Hypertensive Disease

Pérez Santana Julieta,¹ Pérez Guerrero Ruth Esperanza², Valenzuela Gandarilla
Josefina² Marín Laredo Ma. Martha²,

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México.

Resumen

Introducción: El proceso enfermero ha evolucionado de tal forma que ha dado grandes aportes a la ciencia enfermera, Dorotea Elizabeth Orem por mencionar alguna, dicho proceso ha adoptado cambios metodológicos para dar guía y sustento a la práctica de enfermería. La Teoría de Dorothea E. Orem del déficit de autocuidado se tomó como referente en el presente trabajo, donde describe de manera general dicha teoría adaptándola a la patología elegida, “Hipertensión arterial”, tomando en cuenta las taxonomías Asociación Internacional de Diagnósticos de Enfermería de América del Norte (NANDA), la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) Y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) que brindan un método para facilitar y estandarizar el cuidado de enfermería que se otorga. **Objetivo:** Realizar Intervenciones estandarizadas de cuidado enfermero en personas con enfermedad de hipertensión arterial. **Método:** Se selecciona la condición a estudiar, posteriormente se realizó una revisión documental, sistemática e histórica, para la elaboración de los elementos que conforman el presente. La valoración se realizó a partir del referente de la macroteoría de Dorothea E. Orem, posteriormente se lleva a cabo la ponderación de diagnósticos enfermeros seguidos de la planeación a partir de las taxonomías NANDA NIC, NOC. **Conclusiones:** La hipertensión arterial es una enfermedad que mejorara satisfactoriamente con la aplicación de planes de cuidados estandarizados de enfermería, apoyada por la agencia de cuidado con apoyo educativo y cambios en el estilo de vida.

Palabras clave. *Proceso enfermero, Macroteoría de Dorotea E. Orem, Hipertensión arterial.*

¹ Correspondencia remitir a: Estudiante De Maestría En La Facultad De Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia México. cony_jpsm@hotmail.com

² Profesor de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia México. ruth.perez@umich.mx

Abstract

Introduction: The nursing process has evolved in such a way that it has made great contributions to nursing science, Dorothea Elizabeth Orem to mention some, this process has adopted methodological changes to guide and support nursing practice. Dorothea E. Orem's Theory of self-care deficit was taken as a reference in the present work, where he describes this theory in a general way, adapting it to the chosen pathology, "Arterial hypertension", taking into account the taxonomies International Association of Nursing Diagnoses of North America (NANDA), the Nursing Outcomes Classification (NOC) and the Nursing Interventions Classification(NIC) that provide a method to facilitate and standardize the nursing care provided. Objective: To carry out standardized nursing care interventions in people with high blood pressure disease. Method: The condition to be studied is selected, subsequently a documentary, systematic and historical review was carried out, for the elaboration of the elements that make up the present. The assessment was made from the reference of the Dorothea E. Orem macro-therapy, later the weighting of nursing diagnoses is carried out, followed by planning from the NANDA NIC, NOC taxonomies. Conclusions: Hypertension is a disease that will improve satisfactorily with the application of standardized nursing care plans, supported by the care agency with educational support and changes in lifestyle.

Keywords. *Nursing process, Macro theory by Dorotea E. Orem, Arterialhypertension*

Introducción

El presente plan de cuidado estandarizado se basa en el proceso enfermero el cual es de gran importancia puesto que su metodología sirve de guía y sustento en el cuidado enfermero, su trascendencia a través del tiempo ha marcado el hacer en la disciplina, puesto que de una manera integral y sistemática facilita los cuidados al individuo, familia o comunidad de una manera organizada, brindando el cuidado humanizado y más eficiente, la patología abordada a la cual se hace referencia es la hipertensión arterial, la importancia del sustento teórico se otorga con base en la Macroteoría de Dorotea Elizabeth Orem ya que es adaptable en los diferentes contextos y patologías. Su teoría (T.) la desarrolla en T. de autocuidado, T. del déficit del autocuidado y T. de sistemas de enfermería, y de la igual manera las taxonomías NANDA, NOC, NIC, como parte fundamental para el desarrollo del proceso, selección de diagnósticos, intervenciones, planeación de los cuidados y medición de los resultados, una vez realizado lo anterior se determinó la puntuación diana.

Objetivo General

Realizar intervenciones estandarizadas de cuidado enfermero en personas con hipertensión arterial.

Método

Para llevar a cabo el presente plan de cuidados estandarizados se selecciono la condición a estudiar, asimismo a la persona con hipertensión arterial como referente de la valoración a partir de la guía de autocuidado, posteriormente se realizó una revisión documental, sistemática e histórica, y a partir de la base de datos Scielo, de igual manera se consultaron revistas tales como: umbral científico, revista de enfermería UNAM, sociedad castellana de cardiología, revista mexicana de cardiología, enfermería global y guías de prácticas clínicas de la Comisión Permanente de Enfermería identificando artículos con etiquetas diagnosticas que incluyera a la condición "hipertensión arterial" y a partir de ahí seleccionar las etiquetas diagnósticas.

La valoración se realizó en base a la macroteoría de Elizabeth Orem identificando los factores condicionantes básicos, requisitos de autocuidado universal, de desarrollo y desviación de la salud. Para la discriminación de los diagnósticos a partir de la revisión de la literatura de los diversos autores que abordan diagnósticos, se realizó un análisis- determinando una ponderación de diagnósticos enfermeros, que inicialmente fueron 27, a los que se realizó un proceso de análisis, síntesis y selección de los mismos, resultando seleccionados cinco diagnósticos reales. Una vez seleccionados cinco diagnósticos reales se realizó la planeación de intervenciones, acciones y evaluación misma que incluye, la puntuación diana para

la calificar el estado del paciente a partir de las taxonomías NANDA, NIC, NOC.

Resultados

El análisis de la ponderación de diagnósticos enfermeros fueron cinco que a continuación se describen.

Diagnostico I Sobrepeso

Según lo evidencia el consumo de bebidas endulzadas con azúcar, actividad física diaria es menor a la recomendada por sexo y edad, periodos cortos de sueño, sedentarismo de mayor de 2 horas /día y como lo demuestra índice de masa corporal (IMC) $>25\text{kg}/\text{m}^2$ en adulto.

Taxonomía NANDA II: Dominio 2: Nutrición, Clase 1: Ingestión.

Resultados. Peso: masa corporal.

Indicadores.

Peso, grosor del pliegue cutáneo, tasa del perímetro cuello/cintura (hombres) porcentaje de grasa corporal.

Intervenciones.

Ayuda para disminuir el peso y asesoramiento nutricional.

Actividades.

Establecer una meta de pérdida de peso semanal, pesar al paciente semanalmente, comentar los inconvenientes para ayudar al paciente a superar las dificultades y tener más éxito. Establecer un plan realista con el paciente que incluya la disminución de la ingesta de alimentos y aumento de gasto de energía, ayudar a ajustar las dietas al estilo de vida y nivel de actividad, planificar un plan de ejercicios, teniendo en cuenta las limitaciones del paciente. Asimismo, determinar la ingesta y hábitos alimentarios del paciente, proporcionar información acerca de la necesidad de modificar la dieta por cuestiones de salud, ayudar al paciente a considerar los factores de la edad, estado de crecimiento y desarrollo, determinar el conocimiento del paciente de los cuatro grupos de alimentos, así como percepción de la modificación necesaria de la dieta.

Resultado esperado puntuación Diana.

1 desviación grave del rango normal, 2 desviación sustancial del rango normal, 3 desviación moderada del rango normal, 4 desviación leve del rango normal y 5 sin desviación del rango normal. Se pretende se mantenga en una puntuación de 3 y se trabajara para que se logre aumentar a 4.

Diagnóstico II Dolor agudo

Según lo evidencia lesión por agentes biológicos, lesión por agentes físicos y como

lo demuestra conducta expresiva, desesperanza y expresión facial del dolor.

Taxonomía NANDA II: Dominio: 12 confort, Clase: 1 Dolor.

Resultados

Control del dolor

Indicadores

Utiliza analgésicos como se recomienda, Evita el abuso del alcohol Utiliza los recursos disponibles, Reconoce los síntomas asociados al dolor, refiere dolor controlado.

Intervenciones.

Manejo del dolor

Actividades.

Realizar una valoración exhaustiva que incluya localización, duración, frecuencia, intensidad, así como los factores que lo alivian y lo agudizan, Explorar los conocimientos y creencias del paciente sobre el dolor utilizando una herramienta de medición válida, Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y capacidad de comunicación, Preguntar al paciente sobre el nivel del dolor que permita su comodidad y tratarlo adecuadamente intentando mantenerlo en un nivel igual o inferior y Asegurar su analgesia inmediata antes de que el dolor se agrave o antes de las actividades que lo induzcan.

Resultado Esperado Puntuación Diana.

1 Nunca demostrado, 2 Raramente demostrado, 3 A veces demostrado, 4 Frecuentemente demostrado y 5 Siempre demostrado. Se pretende se mantenga en una puntuación de 3 y se trabajara para que se logre aumentar a 4.

Diagnóstico III Conocimientos de deficientes

Según lo evidencia conocimiento deficiente sobre los recursos disponibles, información insuficiente, alteración de la memoria y como lo demuestra conocimientos insuficientes y seguimiento incorrecto de las instrucciones.

Taxonomía NANDA II: Dominio 5 Percepción/ Cognición. Clase 4 Concepto conocimiento.

Resultados.

Conocimiento: control de la hipertensión.

Indicadores.

Uso correcto de la medicación prescrita, Efectos secundarios de la medicación, Importancia de la adherencia al tratamiento, Beneficios de la pérdida de peso,

Beneficios de modificar el estilo de vida y beneficios de modificar el estilo de vida.

Intervenciones.

Enseñanza proceso de enfermedad.

Actividades.

Evaluar el nivel de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico, Revisar conocimiento del paciente sobre su afección, Describir signos y síntomas de la enfermedad según corresponda, Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de la enfermedad y Enseñar al paciente medidas para minimizar signos y síntomas según corresponda.

Resultados Esperados Puntuación Diana.

1 Ningún conocimiento, 2 conocimiento escaso, 3 conocimiento moderado, 4 conocimiento sustancial, 5 conocimiento extenso. Se pretende se mantenga en una puntuación de 3 y se trabajara para que se logre aumentar a 4.

Diagnóstico IV Perfusión tisular periférica ineficaz

Según lo evidencia la hipertensión, conocimiento insuficiente sobre proceso de la enfermedad, conocimiento insuficiente sobre factores modificables y como lo demuestra dolor en las extremidades, edema, palidez de la piel a la elevación de las extremidades y rellenocapilar mayor a 3 segundos.

Taxonomía NANDA II: Dominio 4 Actividad y reposo. Clase 4 Perfusión tisular.

Resultados.

Perfusión tisular celular.

Indicadores.

Presión arterial sistólica, presión arterial diastólica, saturación de oxígeno, equilibrio de líquidos, relleno capilar y gasto urinario.

Intervenciones.

Manejo de hipertensión y precauciones circulatorias.

Actividades.

Evaluar los factores de riesgo asociados y contribuyentes tales como obesidad, síndrome metabólico, mayor a 60 años, sexo, raza, tabaquismo, estilo de vida y antecedentes familiares; medir presión arterial (PA), para determinar la presencia de hipertensión; asegurar una medición adecuada de PA, es decir la clasificación se basa en la medida de dos o más lecturas de PA correctamente medidas, sentadas y tomadas en dos o más visitas en la consulta), ayudar a los pacientes pre hipertensos a modificar el estilo de vida para reducir el riesgo de hipertensión en el

futuro (p. ej. aumentar el ejercicio, disminuir el peso, modificar la dieta, obtener un sueño adecuado) e instruir al paciente para que reconozca y evite las situaciones que puedan causar aumento de PA, por ejemplo: estrés o interrupción repentina del tratamiento farmacológico.

Realizar una evaluación exhaustiva de la circulación periférica tales como: comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de la extremidad, así como índice tobillo-brazo, si está indicado; centrarse en los pacientes de riesgo por ejemplo diabéticos, fumadores, ancianos, hipertensos e hipercolesterolémicos, para realizar evaluaciones periféricas exhaustivas y una modificación de los factores de riesgo; o medir la presión arterial en la extremidad afectada; no aplicar presión ni realizar torniquetes en la extremidad afectada. Mantener una hidratación adecuada para evitar el aumento de viscosidad de la sangre, instruir al paciente sobre medidas dietéticas para mejorar la circulación p. ejemplo: dieta baja en grasas saturadas e ingesta adecuada de aceites de pescado con omega 3; proporcionar al paciente y la familia información sobre cómo dejar de fumar, si corresponde, y explorar las extremidades en busca de áreas de calor, eritema, dolor o tumefacción.

Resultado Esperado Puntuación Diana.

1 desviación grave del rango normal, 2 Desviación sustancial del rango normal, 3 Desviación moderada del rango normal, 4 Desviación leve del rango normal y 5 Sin desviación del rango normal. Se pretende se mantenga en una puntuación de 3 y se trabajara par que se logre aumentar a 4.

Diagnóstico V Intolerancia de la actividad

Según lo evidencia desequilibrio entre aporte y demanda de O₂, estilo de vida sedentario, mala condición física, problema respiratorio y como lo demuestra disnea por esfuerzo, fatiga, frecuencia cardiaca anormal en respuesta a la actividad y presión arterial anormal en respuesta a la actividad.

Taxonomía NANA II: Dominio 4 Actividad y reposo. Clase 4 Tolerancia a la actividad.

Resultados.

Tolerancia a la actividad.

Indicadores.

Paso al caminar, tolerancia a la caminata, resistencia de la parte inferior del cuerpo, facilidad para realizar actividades de la vida diaria (AVD), facilidad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria, y habilidad para hablar durante la actividad física.

Intervenciones.

Manejo de la energía

Actividades.

Determinar los déficits del estado fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo; determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente/allegados; seleccionar intervenciones para reducir la fatiga combinando medidas farmacológicas y no farmacológicas, según proceda; determinar qué actividad y en qué medida es necesaria para aumentar la resistencia; controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados; ayudar al paciente a identificar las preferencias de actividades; establecer actividades físicas que reduzcan la competencia de aporte de oxígeno a las funciones corporales vitales tales como evitar la actividad inmediatamente después de las comidas, y evaluar el aumento programado de los niveles de actividades.

Resultados Esperados Puntuación Diana.

1 gravemente comprometido, 2 sustancialmente comprometido, 3 moderadamente comprometido, 4 levemente comprometido y 5 no comprometido. Se pretende que se mantenga en una puntuación de 3 y se aumente a 4.

Conclusiones

Se evidencia que el proceso enfermero es un método sistemático que facilita la aplicación del cuidado de enfermería en personas con hipertensión arterial, mejorando satisfactoriamente el estado de salud apoyada por la agencia de cuidado dependiente, reforzada con el apoyo educativo a partir de los sistemas parcialmente compensatorio y cambios en el estilo de vida de la persona, asimismo es necesario la implementación y actualización continua del proceso enfermero en las instituciones para fortalecer el proceso de enseñanza aprendizaje en los profesionales de enfermería.

Declaración de conflicto de interés

El autor declara no tener conflicto de interés con respecto a la publicación de Este artículo.

Referencias

- Ajacopa, P. R. (2020). APA: Citas y referencias según 7ma edición. CAIEM.
- Alfaro-LeFevre, R. (2003). Aplicación Del Proceso Enfermero Fomentar el Cuidado en Colaboración. Masón.
- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2009). Nursing Theorists and Their Work (7.aed.). Mosby-Year Book.
- Butcher, B. (2018). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (7.^a ed.). Elsevier España, S.L.U.
- Díaz N., M., & Beristáin García, I. (2011). Proceso Enfermero Basado en el Modelo de Promoción de la Salud. Desarrollo Científico de Enfermería, 19(4).
- Gómez, J. F., Camacho, P. A., López-López, J., & López-Jaramillo, P. (2019). Control y tratamiento de la hipertensión arterial: Programa 20–20. Revista Colombiana de Cardiología, 26(2), 99–106. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2018.06.008>
- González-C., M., & Monroy-R., A. (2016). Proceso enfermero de tercerageneración. Enfermería Universitaria, 13(2), 124–129. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.03.003>
- CENETEC (2008). Hipertensión Arterial. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento. Ciencias médicas. www.cenetec.salud.gob.mx.
- López Velarde, M. J., & Martínez Estévez, L. (s. f.). Proceso de Atención de Enfermería en Paciente de 56 Años de Edad con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus Tipo II. Recuperado 30 de abril de 2021, ¿de <https://dspace.utb.edu.ec/./8576/E-UTB-FCS-ENF-000342.pdf?sequenc>.
- Magaña L, & Moreno Pérez, N. E. (2010). Aplicación de la teoría de Orem y taxonomías NANDA, NIC, NOC a una paciente hipertensa. Desarrollo Científico de Enfermería, 18(9), 376–382.
- Modelos Moorhead, S. (2018). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud (6.^a ed.). Elsevier España, S.L.U y teorías de enfermería. (2011). <https://books.google>
- NANDA International, & Herdman, H. T. (2019). Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018–2020. Edición hispanoamericana (undécima edición ed.). Elsevier.
- Regina G., Nadia carolina (2010) El proceso de enfermería: Instrumento para el cuidado Umbral científico, N.17. pp. 18-23.
- Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-030-SSA2-2017, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial

sistémica. (2017). Diario Oficial de la Federación. http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/6533/salud12_C/salud12_C.html.

Vargas Chávez, M. Y., Gutiérrez Díaz, V., Rosete Suarez, L., & Díaz Cortina, E. (2008). Cuidado enfermero dirigido a la persona con hipertensión arterial pulmonar. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 16(3), 93–104.

Una nueva guía de la Organización Mundial de Salud y Sociedad Internacional de Hipertensión para el Manejo de la Hipertensión arterial: hacia la guía común. (2021). <https://www.revespcardiol.org>

Intervenciones Estandarizadas de Cuidado de Enfermería en el puerperio Fisiológico Mediato y Tardío en un Primer Nivel de Atención

Standardized nursing care interventions in the mediate and late physiological puerperium at a first level of care

LEO. Rea Elizarraráz Agueda Pilar¹, Dra. Valenzuela Gandarilla Josefina², Dra. Ma. Martha Marín Laredo³ Ma. Dolores Flores Solís⁴, ME. Azucena Lizalde Hernández⁵, ME Ruth Esperanza Pérez Guerrero⁶

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México.

Resumen

Introducción: El proceso de enfermería, permite utilizar el pensamiento crítico, emitir un juicio clínico al elaborar un Plan de Cuidados (PC), sustentado en evidencia científica; el referente teórico que guio este trabajo fue la macro-Teoría de Dorothea E Orem, integrada por 3 subteorías y el metaparadigma: persona, entorno, salud y enfermería; así como las taxonomías North American Nursing Diagnosis (NANDA), Nursing Outcomes Classification (NOC), Nursing Interventions Classification (NIC); la condición de salud abordada en los PC fue el Puerperio: que inicia después del parto y hasta los 42 días, periodo donde la mujer experimenta cambios anatomofisiológicos y emocionales, algunas complicaciones presentes en el puerperio son causa de muerte materna. **Objetivo:** Realizar intervenciones estandarizadas de cuidado de enfermería en el puerperio fisiológico mediato y tardío en un primer nivel de atención. **Método:** Se realizó una revisión documental, histórica para la elaboración de este trabajo. En la valoración se utilizó la Guía de colecta de datos de la Teoría del Déficit de Autocuidado, se hizo un análisis, síntesis y una selección de diagnósticos, previa ponderación de los mismos, así como la planeación de intervenciones, acciones y evaluación a partir de las taxonomías de la NANDA, NOC y NIC. **Resultados:** Se estructuraron 5 diagnósticos, siendo los más representativos de la ponderación. **Conclusión:** Los planes de cuidados estandarizados permiten al profesional de enfermería optimizar los tiempos de atención y otorgar cuidados de calidad en base a respuestas humanas, así como evidenciar el trabajo propio de la profesión.

Palabras clave. *Pensamiento crítico, Proceso Enfermero, Puerperio.*

Abstract

Introduction: The nursing process allows the use of critical thinking, making a clinical judgment when developing a Care Plan (PC), supported by scientific evidence; the theoretical reference that guided this work was the macro-theory of Dorothea E Orem, made up of 3 sub-theories and the meta-paradigm: person, environment, health and nursing; as well as the taxonomies North American Nursing Diagnosis (NANDA), Nursing Outcomes Classification (NOC), Nursing Interventions Classification (NIC); The health condition addressed in the CP was the Puerperium: which begins after delivery and up to 42 days, a period in which the woman experiences anatomophysiological and emotional changes, some complications present in the puerperium are the cause of maternal death. Objective: To carry out standardized nursing care interventions in the mediate and late physiological puerperium at a first level of care. Method: A documentary, historical review was carried out for the elaboration of this work. In the assessment, the Data Collection Guide of the Self-Care Deficit Theory was used, an analysis, synthesis and a selection of diagnoses were made, after weighing them, as well as the planning of interventions, actions and evaluation based on the NANDA, NOC and NIC taxonomies. Results: 5 diagnoses were structured, being the most representative of the weighting. Conclusion: Standardized care plans allow the nursing professional to optimize care times and provide quality care based on human responses, as well as to demonstrate the work of the profession.

Keywords. *Critical thinking, Nursing Process, Puerperium.*

Introducción

El presente artículo aborda intervenciones estandarizadas de cuidados enfermeros en la atención a mujeres que cursan la etapa de puerperio fisiológico, etapa de la vida de la mujer que comienza después del parto y termina cuando las modificaciones que sufrió el organismo durante el embarazo, retornan prácticamente al estado previo a la gestación, período que puede durar hasta 42 días, algunas de las alteraciones que presenta la mujer en el puerperio pueden ser dolor abdominal, dolor perineal o mamario, así como trastornos emocionales los cuales pueden provocar dificultades en el autocuidado y en el cuidado del recién nacido, por lo tanto la mujer requiere de apoyo de manera integral para garantizar el bienestar físico y emocional del binomio, por parte de una agencia de cuidado dependiente por parte de un familiar o por parte de profesionales de enfermería,

utilizando el proceso enfermero, así como la guía de valoración de la Teoría del Autocuidado, cuyo objetivo es involucrar a la persona familia o comunidad a trabajar de manera activa en el autocuidado.

La importancia del cuidado en este periodo radica en la identificación de los problemas reales o potenciales y a partir de ello sistematizar los cuidados que otorga el profesional de enfermería y con ello contribuir a la disminución de la morbimortalidad materna, presente por complicaciones en el parto o en el puerperio.

Objetivo

Realizar intervenciones estandarizadas de cuidado de enfermería en el puerperio fisiológico mediato y tardío en un primer nivel de atención

Método

Para llevar a cabo el presente plan de cuidados se realizó una búsqueda de artículos científicos a partir de la metodología de revisión sistemática para contextualizar la condición de puerperio fisiológico, posteriormente se hizo una ponderación de los diagnósticos encontrados en dichos artículos, los diagnósticos fueron 15, de los cuales se eligieron los 5 más representativos, posterior a ello se realizó un ejercicio de la valoración, que es la primera etapa del proceso de enfermería, la cual está fundamentada teóricamente con la Macroteoría de Dorothea E. Orem, se utilizó la guía de valoración de la teoría realizando una clasificación de datos considerando sus factores condicionantes básicos, los requisitos de autocuidado universales alterados, los requisitos de autocuidado de desviación y desarrollo y los requisitos de desviación de la salud; el sustento científico se obtuvo del uso de las taxonomías NANDA, NOC y NIC. Finalmente se realizaron 5 planes de cuidados estandarizados, con 4 diagnósticos reales y 1 de riesgo, para su evaluación se realizó la puntuación Diana, que es el indicador que permite conocer el estado de respuesta de la agente de cuidado, a los cuidados proporcionados por la agencia de cuidados dos, la evaluación del puntaje Diana se realiza en escala tipo liker que va de 1 a 5, donde 5 es el puntaje que refleja la mejor situación de la paciente.

Resultados

Al implementar la Teoría del Autocuidado, en la cual se sustentó el Proceso Enfermero realizado, se trabajó para lograr que la paciente se empoderara del rol de agencia de autocuidado de manera activa; los planes de cuidados estandarizados realizados tienen como sustento científico el uso de las taxonomías NANDA, NOC y NIC, lo cual permite al profesional de enfermería valorar, diagnosticar, planear, ejecutar y evaluar, los cuidados otorgados, mediante el pensamiento crítico y emitiendo un juicio clínico

Se realizarán 5 planes de cuidados estandarizados de apoyo educativo, cuyo objetivo es contribuir a prevenir o detectar complicaciones de manera oportuna en

el puerperio mediato y tardío que generalmente repercuten en la calidad de vida; las complicaciones que ocupan las primeras causas de mortalidad materna se presentan generalmente en el puerperio inmediato el cual es vigilado en la unidad de salud donde se atiende el evento obstétrico.

Valoración

Femenina de 31 años de edad, se encuentra cursando el séptimo día de puerperio fisiológico mediato, refiere constipación rectal, cólico abdominal, disuria, tenesmo vesical tiene obesidad grado 1 de acuerdo a Índice de Masa Corporal (IMC) 32.1 ya que tiene un peso de 80 kg y una talla de 1.58 mts., ofrece lactancia materna mixta a su recién nacida, refiere mastodinia y grietas en el pezón. Ha tenido 5 embarazos, 4 partos vaginales y 1 aborto. Los sistemas de cuidados utilizados fueron parcialmente compensatorios y de apoyo educativo, las limitaciones de autocuidado detectadas principalmente son creencias y tabúes, respecto al cuidado del puerperio en casa.

Diagnóstico 1

Lactancia materna ineficaz: según lo evidencia el conocimiento insuficiente de los padres acerca de la importancia del amamantamiento, el conocimiento insuficiente de los padres acerca de las técnicas de amamantamiento, el dolor en la madre y la alimentación suplementaria con tetina y como lo demuestra la Incapacidad del lactante de acoplarse correctamente al pecho, el vaciado insuficiente de los pechos en cada toma, y la persistencia de úlceras en el pezón después de la primera semana de lactancia.

Taxonomía NANDA. Dominio 2: Nutrición, Clase 1: Ingestión, Concepto: Lactancia materna.

Resultado esperado Establecimiento de la lactancia materna: lactante

Indicadores: Sujeción areolar adecuada, reflejo de succión y mínimo de 8 tomas al día

Intervenciones: Asesoramiento en la lactancia

Actividades: Informar a la madre y familiares sobre los beneficios psicológicos y fisiológicos de la lactancia materna, corregir conceptos equivocados mala información e imprecisiones acerca de la lactancia materna, ayudar a la madre a asegurar que el lactante se sujete bien de la mama (monitorizar una alineación correcta del lactante, sujeción y compresión areolar y deglución audible), instruir sobre las distintas posiciones para la lactancia, explicar la diferencia de la succión nutritiva y no nutritiva, enseñar a la madre a dejar que el lactante termine con la primera mama antes de ofrecer la segunda, explicar a la madre los cuidados del

pezón, monitorizar la presencia del dolor del pezón y de alteración de la integridad cutánea de los pezones y explicar las técnicas para evitar o minimizar la congestión mamaria y las molestias asociadas (tomas frecuentes, masaje mamario, compresas calientes, extracción de la leche, aplicación de compresas de hielo tras la lactancia o la extracción de leche).

Puntuación del resultado: 1 Inadecuado, 2 Ligeramente adecuado, 3 Moderadamente adecuado, 4 Sustancialmente adecuado y 5 Completamente adecuado. **Puntuación Diana:** Mantener de 3 a 5.

Diagnóstico 2

Riesgo de infección de la herida quirúrgica (episiotomía): según lo evidencia el aumento de la exposición ambiental a patógenos y la contaminación de la herida

Taxonomía NANDA Dominio 11: Seguridad/ protección, Clase I: Infección, Concepto: Infección de la herida quirúrgica

Resultado esperado Conducta de la salud maternal post parto

Indicadores: Mantener los cuidados de la incisión quirúrgica, los cuidados de la episiotomía, controlar la incomodidad de la episiotomía y Controla los signos y síntomas de la infección

Intervenciones: Cuidados posparto

Actividades: Instruir a la paciente sobre los modos no farmacológicos para aliviar el dolor (baños de asiento, deambulación, masaje, compresas de hielo, compresas de hamamelis), Instruir a la paciente sobre los cuidados perianales para evitar la infección y reducir las molestias, Controlar el periné o la incisión quirúrgica, así como el tejido circundante (vigilar la presencia de eritema, edema, equimosis, exudado y la aproximación de los bordes de la herida y Controlar el dolor de la paciente.

Puntuación del resultado: 1 Nunca demostrado, 2 Raramente demostrado, 3 A veces demostrado, 4 Frecuentemente demostrado y 5 Siempre demostrado.

Puntuación Diana: Mantener de 3 a 5.

Diagnóstico 3:

Estreñimiento según lo evidencian los cambios recientes en el entorno, la deshidratación, la disminución de la motilidad gastrointestinal, los hábitos dietéticos inadecuados y habitualmente reprime la urgencia de ir a defecar u como lo demuestra la disminución de la frecuencia de defecar, la disminución del volumen de heces, el dolor abdominal, el esfuerzo excesivo en la defecación y las heces duras y formadas.

Taxonomía NANDA: Dominio 3: Eliminación e intercambio, Clase 2: Función gastrointestinal, Concepto: Estreñimiento

Resultado esperado: Eliminación intestinal

Indicadores: Estreñimiento, Dolor con el paso de las heces, cantidad de heces en relación con la dieta, facilidad de eliminación de las heces y Eliminación fecal sin ayuda

Intervenciones: Manejo del estreñimiento / impactación fecal

Actividades: Comprobar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color según corresponda, vigilar la existencia de peristaltismo, identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento., fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que este contraindicado, instruir a la paciente/familia acerca de la dieta rica en fibra, según corresponda, instruir a la paciente/ familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento/ impactación fecal.

Puntuación del resultado: 1 Gravemente comprometido, 2 Sustancialmente comprometido, 3 Moderadamente comprometido, 4 Levemente comprometido y 5 No comprometido. **Puntuación Diana:** Mantener de 3 a 5.

Diagnóstico 4:

Conocimientos deficientes según lo evidencian los conocimientos insuficientes sobre los recursos disponibles, el interés deficiente en el aprendizaje y la mala interpretación de la información presentada por otros, así como lo demuestra el conocimiento insuficiente, seguimiento incorrecto de las instrucciones y el comportamiento inapropiado.

Taxonomía NANDA: Dominio 5: Percepción/ cognición, Clase 4: Cognición, Concepto conocimientos

1. Resultado esperado: Conocimiento: cuidados del lactante

Indicadores: Características del lactante normal, desarrollo y crecimiento normales, baño del lactante, cuidados del cordón umbilical, colocación de los pañales y vestido adecuado para el entorno.

Intervenciones: Arropear al recién nacido para estimular el sueño y proporcionar una sensación de seguridad, Reforzar o proporcionar la información sobre las necesidades nutricionales del recién nacido, limpiar el cordón umbilical con la preparación prescrita, mantener el cordón umbilical seco y expuesto al aire colocando el pañal del recién nacido por debajo del mismo, monitorizar la aparición de eritema y drenaje en el cordón umbilical, fomentar y facilitar el vínculo y apego

familiar con el recién nacido, instruir a los progenitores para que identifiquen los signos de dificultad respiratoria, instruir a los progenitores para que coloquen al recién nacido en decúbito supino al dormir.

Puntuación del resultado: 1 Ningún conocimiento, 2 Conocimiento escaso, 3 Conocimiento moderado, 4 Conocimiento sustancial y 5 Conocimiento extenso.

Puntuación Diana: Mantener de 3 a 5.

2. Resultado esperado: Conocimiento: salud materna en el puerperio

Indicadores: Estrategias para equilibrar el descanso y la actividad, reanudación de la actividad sexual, opciones anticonceptivas y cambios del cuerpo durante el puerperio

Intervenciones: Evaluar los conocimientos y la comprensión del paciente sobre las opciones de anticoncepción, comentar los métodos de anticoncepción (ej. Sin medicación, de barrera, hormonal, DIU y esterilización) incluyendo su eficacia, efectos secundarios, contraindicaciones, así como signos y síntomas que deban notificarse a un profesional sanitario, ayudar a las pacientes a determinar la ovulación mediante la temperatura basal, los cambios de secreción vaginal y otros indicadores fisiológicos, informar sobre las relaciones sexuales seguras, según corresponda.

Puntuación del resultado: 1 Ningún conocimiento, 2 Conocimiento escaso, 3 Conocimiento moderado, 4 Conocimiento sustancial y 5 Conocimiento extenso.

Puntuación Diana: Mantener de 3 a 5.

Diagnóstico 5:

Obesidad según lo evidencia: Consumo de bebidas endulzadas con azúcar/ El gasto de energía se encuentra por debajo del consumo de energía basado en estándares de evaluación/ La actividad física diaria promedio es menor a la recomendada por sexo y edad/ Sedentarismo de > 2 horas/día/ Tamaño de las porciones mayor que la recomendada y como lo demuestra índice de masa corporal (IMC) > 30

Taxonomía NANDA: Dominio 2: Nutrición, Clase 1: Ingestión, Concepto: obesidad

Resultado esperado: Conocimiento: dieta saludable,

Indicadores: Objetivos dietéticos alcanzables, relación entre dieta y ejercicio, Ingesta de líquidos adecuadas a las necesidades metabólicas, ingesta diaria de calorías adecuada, ingesta diaria de nutrientes adecuada para las necesidades metabólicas, alimentos compatibles con las pautas nutricionales recomendadas.

Intervenciones: Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto, determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente, facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar, establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio nutricional, utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valorar la conveniencia de la ingesta dietética, proporcionar información acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud, determinar el conocimiento por parte del paciente de los cuatro grupos de alimentarios básicos, así como la percepción de la modificación necesaria de la dieta, comentar las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada, determinar las actitudes y creencias de los allegados acerca de la comida, el comer y el cambio nutricional necesario del paciente.

Puntuación del resultado: 1 Ningún conocimiento, 2 Conocimiento escaso, 3 Conocimiento moderado, 4 Conocimiento sustancial y 5 Conocimiento extenso.

Puntuación Diana: Mantener en 3 y aumentar a 5

Conclusión

La aplicación del Proceso de Enfermería en con cuidados estandarizados permite al profesional de enfermería, optimizar tiempo en la atención al paciente, brindar atención integral de acuerdo a las necesidades y respuestas humanas ya sea de la persona, familia o comunidad, con un respaldo científico y teórico, además de permitir evidenciar el hacer propio de la profesión.

En base a la información obtenida y en virtud de que los planes de cuidado estandarizados (guías de práctica clínica) existentes en las unidades de salud no cuentan con un diagnóstico de enfermería, se sugiere se implementen los diagnósticos de enfermería estructurados para este caso clínico, creando el vínculo con el uso de las taxonomías NANDA, NOC y NIC para fortalecer y complementar los planes de cuidados ya existentes de manera institucionalizada.

Declaración de conflicto de interés

El autor declara no tener conflicto de interés con respecto a la publicación de este artículo.

Referencias

Secretaria de Salud, CENETEC, 2015. Intervenciones de Enfermería durante el puerperio fisiológico, Resumen de evidencias y recomendaciones: Guía de Práctica

Intervenciones Estandarizadas de Cuidado Enfermero para personas en estado crítico por COVID-19

Standardized Nurse Care Interventions for People in Critical condition due to COVID-19

Contreras García Sadoc¹, Valenzuela Gandarilla Josefina², Ma. Martha Marín Laredo³, Jiménez Arroyo Vanesa⁴, Jesús Zarate Eréndira⁵

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México.

Resumen

Introducción. La COVID-19 es una enfermedad infecciosa que va desde un resfriado común hasta Neumonía grave, fue declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Marzo del 2020 como una pandemia por el aumento rápido de personas infectadas y muertes que ocurrían a nivel mundial. El Proceso Enfermero (PE) es el instrumento que guía la práctica de Enfermería, hacia unos cuidados de calidad, es un método sistemático, dinámico, flexible, centrado en el logro de los resultados. La presente tiene como **objetivo** realizar un plan de Intervenciones estandarizadas de Cuidado Enfermero para personas en estado crítico por COVID-19, la **metodología** empleada fue a través de la revisión documental e histórica con búsqueda de información a partir de la revisión sistemática y para la valoración de la información se hizo bajo el referente de la guía de colecta de datos de la Macroteoría de Dorothea E. Orem que permea el sustento teórico del PE, simultáneamente se realizó el análisis, síntesis y selección de diagnósticos, así como la planeación de intervenciones, acciones y evaluación a partir de las taxonomías de enfermería, los **resultados** obtenidos son 5 diagnósticos reales y 3 de riesgo: deterioro del intercambio de gases, hipertermia, patrón respiratorio ineficaz, limpieza ineficaz de las vías aéreas, riesgo de aspiración, deterioro de la movilidad en cama, riesgo de ulcera por presión, riesgo de shock, llegando a la **conclusión** que los cuidados estandarizados facilitan la aplicación del PE favoreciendo a la profesión con cuidados eficientes seguros y de calidad.

Palabras clave: *Proceso Enfermero, Teoría de Dorothea E. Orem. Taxonomía NANDA, NOC, NIC.*

Abstract

introduction. COVID-19 is an infectious disease ranging from a common cold to severe pneumonia, was declared by the World Health Organization (WHO) in March

2020 as a pandemic due to the rapid increase in infected people and deaths occurring globally. The Nursing Process (PE) is the instrument that guides nursing practice, made quality care, is a systematic, dynamic, flexible method. is a systematic, dynamic, flexible method, focused on achieving results. The present objective is to carry out a plan of standardized Nursing Care Interventions for people in critical condition due to COVID-19, the methodology used was through the documentary and historical review with search for information from the systematic review and for the assessment of the information was made under the reference of the Guide of data collection of the Macrotheoría of Dorothea that permeates the theoretical support of the PE, simultaneously the analysis, synthesis and selection of diagnoses were carried out, as well as the planning of interventions, actions and evaluation from nursing taxonomies the results obtained are 5 real diagnoses and 3 of risk: deterioration of gas exchange, hyperthermia, ineffective breathing pattern, ineffective cleaning of the airways, risk of aspiration, impaired mobility in bed, risk of pressure ulcer, risk of shock, concluding that standardized care facilitates the implementation of the PE by favoring the profession with safe and quality efficient care.

Keywords: *Nurse process, Theory of Dorothea E. Orem, Taxonomy NANDA, NOC, NIC.*

Introducción

En diciembre de 2019, aparecieron casos de neumonía de etiología desconocida en Wuhan, China. Días después, esta enfermedad se extendió a diversos países como Tailandia, Japón y Corea (Accinelli et al., 2020). El 30 de Enero del 2020 la (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020) señala la existencia de un total de 7818 casos confirmados en todo el mundo, la mayoría de ellos en China y 82 en otros 18 países. Y ante el aumento descontrolado de casos positivos en personas de todo el mundo la OMS declara el 11 de Marzo del 2020, como una pandemia a la nueva enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). La COVID-19 es producida por un virus que provoca el síndrome respiratorio agudo severo tipo 2 (SARS-CoV2) (Mencía y Ruiz, 2020). La transmisión entre humanos se realiza a través de secreciones de pacientes infectados, por contacto directo con gotas de más de 5 micras que diseminan hasta 2 metros, pudiéndose instalar en manos, fómites y mucosas (Cañizares, 2020).

El periodo de incubación es de 5-6 días, con un rango de 1 a 14 días. No hay un tratamiento específico y como principal medida terapéutica se realiza el control sintomático de la enfermedad. Los síntomas de la enfermedad, en más de un 80% de los casos, son leves como fiebre, tos, expectoración, malestar general; mientras que un 20% pueden tener manifestaciones graves como neumonía severa, edema

pulmonar, síndrome de dificultad respiratoria aguda o insuficiencia orgánica múltiple requiriendo ingreso hospitalario (Cañizares, 2020).

Un plan de cuidados estandarizado es el resultado de un trabajo fundamentado científicamente, en el que se definen las respuestas de una persona, familia o grupo, a una situación de salud y en el que se especifica la responsabilidad y actuación de enfermería. Además, utiliza un lenguaje común a toda la enfermería con el uso de las taxonomías Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA), Clasificación de Diagnósticos de Enfermería (NOC), y Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (Martínez, 2014).

Según Martínez (2014), Alfaro y Carpenito, proponen el uso de una lista de diagnósticos de enfermería para cada grupo de pacientes, con el fin de facilitar la aplicación del PE. Esta lista de diagnósticos de enfermería es lo que se denomina Plan de cuidados estandarizados o Mapa de cuidados enfermeros, para un grupo de pacientes.

El presente plan de intervenciones estandarizados de cuidado enfermero para personas en estado crítico por covid-19 se basa en el método científico organizado y sistemático de la investigación e integra el Proceso Enfermero (PE) como la herramienta fundamental para la práctica profesional de enfermería y para su elaboración se requirió de un modelo de enfermería y de una teórica que diera sustento tanto al marco teórico como a la práctica del que hacer de Enfermería. La Macroteoría de Dorothea E. Orem esta conformada por elementos conceptuales que se relacionan entre sí y las teorías que representa son: Teoría de autocuidado, Teoría del déficit de autocuidado y Teoría de sistemas enfermeros (Alligood y Tomey., 2018) y para tal propósito, fue necesario la utilización de las taxonomías (NANDA), (NOC), y (NIC) para establecer un diagnóstico, proponer resultados e intervenciones y valorar las actividades a través de una puntuación Diana que define la calidad de los cuidados otorgados.

Objetivo General

Realizar un plan de Intervenciones Estandarizadas de Cuidado Enfermero para personas en estado crítico por COVID-19

Método

Se realizó una revisión sistemática (RS), la estrategia de búsqueda incluyó todos los descriptores conocidos en diferentes base de datos de manera aleatoria en Cochrane, MEDLINE (PubMed), CINAHL y Scielo siendo esta última en la que se encontró mayor información del tema través de las palabras clave: planes de cuidados, COVID-19, Proceso Enfermero y para llevar a cabo el presente plan de cuidados estandarizados se utilizó la progresión diagnóstico, resultados esperados

e intervenciones de enfermería con base en el PE como método científico de resolución de problemas, as intervenciones y actividades de enfermería se seleccionaron de acuerdo a los diagnósticos más concurridos de los artículos seleccionados que abordaban PE y planes de cuidado en pacientes con COVID-19.

Para la obtención y análisis de los datos, se utilizó el método descriptivo y deductivo para identificar las etiquetas diagnósticas de mayor relevancia empleadas por otros autores en la elaboración de planes de intervención de cuidados enfermeros en pacientes con COVID-19.

Resultados

Se dispuso de diez artículos para la ponderación de los diagnósticos enfermeros en personas con COVID-19 en estado crítico y se identificaron ocho etiquetas diagnósticas, 5 diagnósticos reales y 3 de riesgo: deterioro del intercambio de gases, hipertermia, patrón respiratorio ineficaz, limpieza ineficaz de las vías aéreas, riesgo de aspiración, deterioro de la movilidad en cama, riesgo de ulcera por presión, riesgo de shock, el dominio más afectado es la seguridad y protección (dominio 11) apareciendo en cinco etiquetas diagnósticas, seguido de la actividad y reposo (dominio 4) citadas en dos diagnósticos y por último la eliminación y el intercambio (dominio 3) en solo uno de los diagnósticos.

A continuación, se muestra una valoración de un paciente con COVID-19 solo como una referencia en este plan de cuidados para darle importancia al respaldo teórico y justificar el empleo de la Teoría y las generalidades de la patología.

Requisitos de autocuidado

Se trata de un paciente masculino de 47 años de edad el cual inicio hace 3 días con síntomas específicos de COVID 19, fiebre, tos seca , cefalea, e insuficiencia respiratoria, a su ingreso al Triage Respiratorio presenta una saturación de oxígeno de 13% al cual de inmediato se le inicio apoyo de la vía aérea (ventilación mecánica invasiva), con un desequilibrio del aporte de líquidos, presenta resequedad de la mucosa oral, piel semihidratada, edema general y anuria, el aporte nutricional no es suficiente para satisfacer las demandas calóricas que el requiere, se encuentra en coma inducido con apoyo ventilatorio y se le coloca sonda nasogástrica para recibir nutrición enteral , el peso para la talla esta normal, Talla= 1.70 mts. Peso = 70 kg., se le provee de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos ya que antes de su ingreso al hospital presentaba Enfermedad Renal Crónica sin tratamiento sustitutivo por lo que fue de suma importancia llevar un control estricto de entradas y salidas de líquidos, además presenta anuria y los laboratorios demuestran que los azoados se encuentra muy por encima de los normal, por lo que es necesario la colocación de un cateter mahurkar para iniciar la hemodiálisis, hay hipomotilidad y las defecaciones son de consistencia blandas y de color cafe.

el equilibrio entre la actividad y el reposo se encuentra en coma inducido, con apoyo ventilatorio asistido control por volumen, con parámetros dinámicos Fio2 70% manteniendo una saturación de un 94 %, PEEP de 7, volumen t. 350, Fr 20, en posición decúbito prono con movilidad cada 2 hrs. por lo que todos los cuidados dependen de enfermería, desde su ingreso al área del Triage Respiratorio del hospital se perdió toda comunicación e interacción con los familiares, en lo que concierne a la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano, se encuentra en coma inducido, con las patologías antes mencionadas y con una estancia hospitalaria de 12 días, por lo que se debe cuidar, vigilar y brindar todas las medidas de seguridad y protección que puedan comprometer la vida. La agencia de autocuidado es dependiente totalmente de Enfermería y los sistemas de cuidados totalmente compensatorios.

Se continua con la descripción de cinco diagnósticos de los 8 encontrados y que son aquellos que obtuvieron mayor ponderación.

1.- Diagnóstico (00030) Deterioro del intercambio de gases r/c Cambios en la membrana alvéolo capilar, y desequilibrio ventilación-perfusión como lo demuestra la hipoxia, hipoxemia, cianosis, disnea y gasometría arterial anormal (NANDA, 2019).

Resultado (0402) Estado Respiratorio: Intercambio gaseoso

Indicadores (040208) Presión parcial del oxígeno en la sangre arterial PaO₂., (040209) Presión parcial del dióxido de carbono en la sangre arterial PaCO₂., (040210) pH arterial (04021) Saturación de Oxígeno, (040214) Equilibrio entre ventilación y perfusión (NOC, 2019).

Intervenciones (1910) Manejo del equilibrio ácido base

Actividades de Enfermería

Mantener la vía aérea permeable, colocar al paciente para facilitar una ventilación adecuada, monitorizar las tendencias de pH arterial, PaCO₂, y HCO₃ para determinar el tipo concreto de desequilibrio (p. ej., respiratorio o metabólico), mantener la evaluación simultánea del pH arterial y de los electrolitos plasmáticos para una planificación terapéutica precisa, monitorizar la gasometría arterial y los niveles de electrolitos séricos y urinarios, según se precise, obtener una muestra para el análisis de laboratorio del equilibrio ácido-básico, monitorizar los determinantes del aporte tisular de oxígeno (p. ej., PaO₂, SaO₂, niveles de hemoglobina y gasto cardíaco), si se dispone de ellos, monitorizar el estado hemodinámico, administrar las medicaciones prescritas basándose en las tendencias del pH arterial PaCo₂, HCo₃ y electrolitos séricos (NIC, 2019).

Valoración Diana. 1 Desviación grave del rango normal, 2 Desviación sustancial del rango normal, 3 Desviación moderada del rango normal, 4 Desviación leve del rango normal, 5 Sin desviación del rango normal. Se propone Mantener en 2 y aumentar a 4 (NOC, 2019).

2.- Diagnóstico (00007) Hipertermia r/c Enfermedad COVID-19 como lo demuestra la piel caliente al tacto, taquicardia, taquipnea y el rubor (NANDA, 2019).

Resultado (0800) Termorregulación (NOC, 2019).

Indicadores (080001) Temperatura cutánea aumentada

(080019) Hipertermia, (080004) Dolor muscular, (080007) Cambios de coloración cutánea, (080003) Cefalea.

Intervenciones (3900) Regulación de la temperatura

Actividades de Enfermería

Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas, según corresponda, observar el color y la temperatura de la piel, administrar medicamentos antipiréticos, si está indicado, observar y registrar si hay signos y síntomas hipertermia, utilizar compresas de hielo o aplicación de compresas de Gel (NIC, 2019).

Valoración Diana. 1 Grave, 2 Sustancial, 3 Moderado, 4 Leve, 5 Ninguno. Se propone mantener a 2 y aumentar a 4 (NOC, 2019).

3.- Diagnóstico (00032) Patrón Respiratorio Ineficaz r/c Hiperventilación y fatiga de los músculos respiratorios como lo demuestra la disnea, taquipnea > 30/min., uso de los músculos accesorios para respirar, disminución de la capacidad vital, esfuerzo respiratorio y patrón respiratorio anormal (NANDA, 2019).

Resultado (0403) Estado respiratorio: ventilación

Indicadores. (040301) Frecuencia respiratoria, (040302) Ritmo respiratorio, (040303) Profundidad de la respiración, (040325) Capacidad vital, (040326) Hallazgos en la radiografía de tórax (NOC, 2019).

Intervención (3390) Ayuda a la ventilación

Actividades de Enfermería

Mantener una vía aérea permeable, colocar al paciente de forma que se alivie la disnea, colocar al paciente de forma que se facilite la concordancia ventilación/perfusión («el pulmón bueno abajo»), según corresponda, auscultar los ruidos respiratorios, observando las zonas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de ruidos adventicios, observar si hay fatiga muscular respiratoria,

iniciar y mantener el oxígeno suplementario, según prescripción, administrar medicamentos (broncodilatadores e inhaladores) que favorezcan la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio de gases (NIC, 2019).

Valoración Diana. 1 Desviación grave del rango normal, 2 Desviación sustancial del rango normal, 3 Desviación moderada del rango normal, 4 Desviación leve del rango normal, 5 Sin desviación del rango normal. Se propone mantener en 2 y aumentar a 5 (NOC, 2019).

4.- Diagnóstico (00031) Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c Mucosidad excesiva y retención de secreciones como lo demuestra la tos ineficaz, cantidad excesiva de esputo, secreciones por boca, sonidos respiratorios anormales y sialorrea (NANDA, 2019).

Resultado (0410) Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias

Indicadores (041011) Profundidad de la inspiración, (041005) Ritmo respiratorio, (041012) Capacidad de eliminar secreciones (NOC, 2019).

Intervención (3160) Aspiración de las vías aéreas

Actividades de Enfermería

Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal, auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración, proporcionar sedación, según corresponda, hiperoxigenar con oxígeno al 100%, durante al menos 30 segundos mediante la utilización del ventilador o bolsa de reanimación manual antes y después de cada pasada, utilizar aspiración de sistema cerrado, según esté indicado, utilizar la mínima cantidad de aspiración, cuando se utilice un aspirador de pared, para extraer las secreciones (80-120 mmHg para los adultos), aspirar la orofaringe después de terminar la succión traqueal (NIC, 2019).

Valoración Diana. 1 Desviación grave del rango normal, 2 Desviación sustancial del rango normal, 3 Desviación moderada del rango normal, 4 Desviación leve del rango normal, 5 Sin desviación del rango normal. Se propone mantener e 3 y aumentar a 5 (NOC, 2019).

5.- Diagnóstico (00091) Deterioro de la movilidad en cama r/c fuerza muscular insuficiente y agente farmacológico como lo demuestra el deterioro de la habilidad para cambiar de posición por sí mismo en la cama (NANDA, 2019).

Resultado (0414) Estado cardiopulmonar

Indicadores (041415) Deterioro cognitivo, (041423) Edema pulmonar, (041424) Disnea en reposo, (041426) Fatiga, (041414) Intolerancia a la actividad (NOC, 2019).

Intervención (0840) Cambio de posición

Actividades de Enfermería

Colocar sobre un colchón/cama terapéuticos adecuados, proporcionar un colchón firme, vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición, colocar en posición de alineación corporal correcta, poner apoyos en las zonas edematosas (almohadas debajo de los brazos y apoyo escrotal), según corresponda, minimizar la fricción y las fuerzas de cizallamiento al cambiar de posición al paciente, colocar en una posición que favorezca el drenaje urinario, según corresponda, girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, según el programa específico, según corresponda (NIC, 2019).

Valoración Diana. 1 Desviación grave del rango normal, 2 Desviación sustancial del rango normal, 3 Desviación moderada del rango normal, 4 Desviación leve del rango normal, 5 Sin desviación del rango normal. Se propone mantener en 2 y aumentar a 4 (NOC, 2019).

Conclusiones

De acuerdo a la teoría de Orem, el requisito de autocuidado mayormente comprometido en los pacientes con COVID-19 es el mantenimiento de un ingreso suficiente de aire y la prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar y el factor condicionante básico, son los cuidados personales de los trastornos de la salud, y como existe un déficit de autocuidado, los enfermeros (as) deben aplicar un sistema que puede ser: totalmente compensatorio o parcialmente compensatorio. Estructuralmente se identificaron 8 diagnósticos de enfermería, cinco de ellos reales y tres de riesgo, en su mayoría enfocados a mantener la ventilación perfusión. Se considera de vital importancia cuidar la parte emocional de los pacientes, y se sugiere de manera personal que se consideren dentro de los diagnósticos el, temor, la ansiedad y la incertidumbre ya que en estos pacientes su vida está gravemente comprometida. Se espera que este documento facilite la aplicación del PE, pero sobre todo pretende que a través de la identificación de los diagnósticos de enfermería se contribuya a la mejora la calidad de vida de los pacientes con esta patología a través de cuidados seguros y estandarizados.

Declaración de conflicto de interés

El autor declara no tener conflicto de interés con respecto a la publicación de este artículo.

Referencias

Accinelli, R.A., Zhang Xu, C., Ju Wang, J., Yachachin-Chávez, J., Cáceres J.A., Tafur K.B., Flores R.G., y Paiva A.C. (2020). COVID-19: La pandemia por el nuevo virus SARS-CoV-2. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 302-11. Recuperado de: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/5411/3722>

Alligood M.R. y Tomey A.M. (2018). *Modelos y teorías en enfermería* (9ª ed.) España Elsevier

American Psychological Association.(2019). Publication manual of the American Psychological Association (7ª ed.) Washington, DC: Autor.

Bulechek G.M., Butcher H.K., Dochterman J.M., y Wagner C.M. (2014) *Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC* (6ª ed.) España Elsevier

Cañizares R., Gómez H., Aires M., Sánchez D., Fraile V.A., y Prieto R. (2020) Valoración, Manejo y Plan de Cuidados del Paciente COVID-19 en urgencias. *Rev. Enfermería CyL12*(1) 57-68 Recuperada de file:///C:/Users/HP/Downloads/264-712-1-PB.pdf

Herdman T.H. y Kamitsuru S. (2018) *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación. NANDA-I*. Undécima ed. España: Elsevier. 2019.

Martínez M.M.. (2014). Estandarización de los cuidados de enfermería en los pacientes ingresados en un centro penitenciario. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 16(1), 11-19. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S157506202014000100003&lng=es&tlng=es.

Mencía S., y Ruiz M. (2020) Informe de un caso de infección por coronavirus en un trasplantado renal. *Rev. Enfermería Nefrología*, 23(3):294-302 Recuperado de <https://doi.org/10.37551/S2254-28842020031>

Moorhead S., Johnson M., Maas M.L. y Swanson E. (2014) *Clasificación de Resultados de Enfermería: Medición de Resultados de Salud NOC* (5ª.ed.) España Elsevier.

Intervenciones personalizadas de cuidado enfermero en persona con enfermedad de tromboembolia pulmonar como complicación en SARS-COV-2

Personalized nursing care interventions in person with pulmonary thromboembolic disease as a complication in SARS-COV-2

Renato Hernández Campos¹ Ma. Martha Marín Laredo² M.E. Ruth E. Pérez-Guerrero³ Josefina Valenzuela Gandarilla⁴

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México

Resumen

Introducción: Proceso de Enfermería (PE) método sistemático, estandarizado que proporciona mecanismos para que el profesional de enfermería utilice sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar, tratar las respuestas humanas del paciente ante los problemas de salud reales, potenciales o de riesgo, permite que las experiencias del profesional establezca la Macro Teoría del Autocuidado de Dorotea Elizabeth Orem más eficientemente, la tromboembolia pulmonar genera la obstrucción del tronco de la arteria pulmonar o algunas de sus ramas, por un trombo desprendido de su sitio de formación y proveniente del sistema venoso, condición de alta letalidad. **Objetivo:** del presente trabajo fue aplicar un plan de cuidado personalizado con intervenciones del cuidado enfermero en persona con enfermedad de tromboembolia pulmonar como complicación en SARS-COV-2. **Método:** se realizó una búsqueda sistemática y aplico la guía de valoración de Dorothea E. Orem, para determinar requisitos de autocuidado alterados, aplicar diagnósticos de enfermería avalados por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), la planeación del cuidado individualizado, determinando Indicadores de resultado basando la interrelación, Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), Ejecutando intervenciones y actividades que corrijan la condición de salud o mantengan el estado sin deterioro de la persona, con la Clasificación completa de Intervenciones de Enfermería (NIC), evaluando continuamente permite redireccionar la atención o mantener los cuidados. **Resultados:** evidencian la interrelación de PE y teoría de Orem, se logró mantener la vida de la persona, aplicando cuidados fundamentales, rehabilitación fisis pulmonar, guiando la reincorporación a su vida cotidiana y orientando a mantener su autocuidado.

Palabras clave: *Proceso de enfermería, Teoría de Déficit de Autocuidado, Tromboembolia Pulmonar.*

Abstract

Introduction: Nursing Process (NP) a systematic, standardized method that provides mechanisms for the nursing professional to use their opinions, knowledge and skills to diagnose, treat the human responses of the patient to real, potential or risk health problems, it allows that the experiences of the professionals establish the Macro Theory of Self-care of Dorotea Elizabeth Orem more efficiently, the pulmonary thromboembolism generates the obstruction of the trunk of the pulmonary artery or some of its branches, by a thrombus detached from its site of formation and coming from the system venous, high lethality condition. **Objective:** to apply the NP methodology to a person with pulmonary thromboembolism a complication of SARS-VOC-2. **Method:** a systematic search was carried out and was applied the Orem Assessment guide, to determine altered self-care requirements and apply Nursing Diagnoses endorsed by the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), the Individualized Care Planning, determining outcome indicators based on the interrelation, Nursing Outcomes Classification (NOC), executing interventions and activities that correct the health condition or maintain the state without deterioration of the person, with the complete Nursing Interventions Classification (NIC), continuously evaluating allows to redirect care or maintain care. **Results:** they show the interrelation of NP and Orem's theory, it was possible to maintain the life of the person, applying fundamental care, physio-pulmonary rehabilitation, guiding the reincorporation to their daily life and guiding them to maintain their self-care.

Keywords: *Nursing process, Self-care deficit theory, Pulmonary thromboembolism.*

Introducción

En el presente plan de cuidado personalizado describen los elementos teóricos que fundamentan este Proceso de Enfermería, se describen las competencias profesionales que implica la capacidad para llevar a la práctica los conocimientos, habilidades y destrezas en el cuidado personalizado aplicado a un paciente con tromboembolia pulmonar como complicación, en paciente post-SARS COV II. Siendo un método que guía la práctica clínica, estandariza el lenguaje de la profesión y los cuidados en el paciente.

La "Teoría del déficit de autocuidado" integra sus elementos, el Autocuidado: (Orem, 2001) lo describe como la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano,

continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo. (Berbiglia y Banfi, 2011).

La tromboembolia Pulmonar representa un trastorno potencialmente fatal con una amplia presentación de manifestaciones clínicas, que va desde ser silente hasta condicionar inestabilidad hemodinámica, actualmente como complicación de paciente con diagnóstico de SARS – COV-2 (Covid-19). Se describen los elementos teóricos relacionados a tromboembolia pulmonar como la obstrucción del tronco de la arteria pulmonar o algunas de sus ramas, por un trombo desprendido de su sitio de formación y proveniente del sistema venoso, (Zavaleta, Morales 2006)

Se desarrollan los Diagnósticos de enfermería implementando la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), de la cual su propósito es definir, promover y seguir trabajando para que se implemente la terminología que refleja los juicios clínicos de las enfermeras, también conocidos como diagnósticos de enfermería. Nursing Outcomes Classification (NOC) que hace referencia a la clasificación de resultados de enfermería y La Nursing Interventions Classification (NIC), que es un lenguaje completo y estandarizado que permite describir tratamientos que el profesional de enfermería administra en todos los escenarios posibles y en todas las especialidades.

Este plan de cuidado personalizado permite fortalecer la evidencia científica del profesional de enfermería a partir de la implementación de las etapas del PE en un paciente al cual se aplicaron Intervenciones y actividades del cuidado enfermero dirigida a persona con enfermedad de tromboembolia pulmonar como complicación en SARS-COV-2.

Objetivo General

Realizar un plan de cuidado personalizado con intervenciones del cuidado enfermero en persona con enfermedad de tromboembolia pulmonar como complicación en SARS- COV II.

Método

Para llevar a cabo el presente artículo se realizó una revisión sistemática, documental e histórica en base al caso de paciente adulto mayor con tromboembolia pulmonar como complicación de SARS COV II. Para ello se realiza la búsqueda de información a partir de las bases de datos científicas, encontrando mayor información en revistas indexadas de cardiología ELSEVIER, Revespcardio, Neumología y cirugía de tórax, INDEX, , PUBMED, SCIELO, Se realiza la búsqueda del tema por medio del sistema: paciente, intervención, comparador, variable/resultado. En los artículos considerados se busca que describan intervenciones aplicables a autocuidado, manejo clínico y tratamiento en pacientes

con tromboembolia pulmonar, escritos en inglés, español y disponibles en su totalidad en la web y que son textos completos.

Se aplicó la guía de valoración con el referente teórico de Dorotea E. Orem, se implementó la taxonomía NANDA determinando etiquetas diagnósticas, NOC especificando resultados e indicadores y NIC determinando intervenciones y actividades, que se ejecutaron en una persona con enfermedad de tromboembolia pulmonar como complicación en SARS-COV-2, por último se evalúa considerando la puntuación diana asignada en cada indicador.

Resultados

Se trata de un paciente masculino B.H.G. de 73 años de edad, diagnosticado con infección por SARS-COV-2 (Covid-19), con 26 días de evolución y al realizar estudios hematológicos y de imagen TAC de torax se detecta una tromboembolia pulmonar relacionada a la misma infección, Teniente coronel jubilado, actualmente trabaja en el campo y cría de animales de granja, vive en casa habitación de material de concreto y tabique, cuenta con todos los servicios, espacios amplios con tres pisos, patio y jardín, se traslada de Valle de Santiago Guanajuato al Hospital militar de Irapuato ya que su condición genera una demanda de cuidado terapéutico, asistido por especialista médico neumólogo y enfermería especialistas en urgencias y terapia intensiva por lo que se queda hospitalizado de urgencia, al realizar inspección, palpación, percusión y auscultación se identifican características de déficit de autocuidado que en este caso son: SPO2 de 79 %, frecuencia cardíaca de 112 latidos por minuto, presión arterial 140/110 mm/hg, 26 respiraciones por minuto, cociente, con disnea y dolor en región torácica, taquipnea, uso de músculos accesorios de la respiración, manifiesta no fumador, y en su infancia en casa cocinaban con leña, presenta mucosas orales dehidratadas, piel seca, manifiesta consumir de 1 a 2 litros diarios de agua natural, consume refresco con frecuencia, mide 1.70 metros de estatura y pesa 84 kg, manifiesta pérdida de peso en los últimos 15 días, presenta dentadura completa y desgastada, peristaltismo presente, manifiesta frecuentemente acidez y ardor en región abdominal, realiza periodos de ayuno de más de 8 horas, presenta una dieta sin restricciones, manifiesta no tener problemas a la evacuación de heces fecales, informa que hace 2 años presentó dolor causado por litos renales, al momento no presenta alteración en la micción, presenta sudoración profusa (diaforesis), refiere dormir normalmente menos de 6 horas, en los últimos días despierta fatigado e incómodo, durante el día toma siestas de manera frecuente, manifiesta dolor en articulación de las rodillas al momento no realiza actividad física pero su trabajo en el campo implica mucha actividad, presenta problemas en la audición hipoacusia, utiliza lentes de aumento para leer y manifiesta que de noche le dificulta leer o manejar, vive con su esposa y 1 hijas,

frecuentemente recibe visitas de familiares hijos, nietos, presenta riesgos heredofamiliares de hipertensión y CA de estómago, dejó de tomar hace más de 30 años sin problemas toxicológicos al momento, considera que su vida como productiva, identifica el riesgo de complicación en su patología covid 19, y solicita información, posteriormente capacitación realizar su rehabilitación física, manifiesta temor por el riesgo de perder la vida a causa de la enfermedad, se determinan sistemas de cuidado parcialmente compensatorios con riesgo de complicación y evolucionar a totalmente compensatorios.

A continuación, se presentan los 3 principales diagnósticos de enfermería del caso de intervención de cuidados personalizado realizado.

Diagnóstico No. 1

00030 Deterioro del intercambio de gases según lo evidencia los cambios en la membrana alveolocapilar y como lo demuestra con disnea, hipoxemia, inquietud, patrón respiratorio anormal, taquicardia.

Taxonomía II NANDA en *Dominio: 3 eliminación e intercambio Clase: 4 respuesta cardiovasculares / respiratorias.*

Resultados: (0408) Perfusión tisular: pulmonar

Indicadores: Saturación de oxígeno, Ritmo respiratorio.

Dolor torácico Intercambio gaseoso alterado

Intervenciones: (6680) monitorización de signos vitales

Actividades: Monitorización de presión arterial, temperatura y estado respiratorio, colocando electrodos de 5 terminales RA, LA, RL, LL, V, pulsioximetría en apéndice derecho, brazalete de presión arterial en miembro superior izquierdo programado en intervalos de 15 minutos.

(3390) Ayuda a la ventilación.

Actividades: Mantener una vía aérea permeable, valorando mediante inspección la presencia de secreciones que impidan el flujo de aire, auscultando campos pulmonares para identificar estertores, sibilancias que indiquen alteración en el intercambio de gas.

Gasometría arterial. Tomando muestra de sangre arterial, colocándola en gasómetro y obteniendo resultados para determinar estado de homeostasis del organismo.

Observar si hay fatiga muscular respiratoria. Valorar el patrón respiratorio determinando tiempo I:E, tipo de respiración, uso de músculos accesorio para la respiración u otro dato significativo.

Iniciar y mantener oxígeno suplementario. Implementar dispositivo de oxigenoterapia, manteniendo oximetría por arriba de 90 % de SPO2 y valorando su efectividad o necesidad de cambiar de dispositivo no invasivo para la respiración.

(1400) Manejo del dolor

Realizar valoración del dolor localización, características, aparición/duración, frecuencia intensidad y gravedad. Evaluando con escala de dolor, facies de dolor y descripción del dolor.

Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. Con el equipo multidisciplinar en el proceso de administración de medicamentos cuidando los correctos para administración de medicamentos.

Utilizar un enfoque multidisciplinario para manejo del dolor.

(4104) Cuidados en embolismo pulmonar.

Evaluar todos los episodios de dolor torácico, del hombro, de espalda o pleurotorácico.

Observar si hay síntomas de insuficiencia respiratoria.

Vigilar valores de laboratorio para ver si hay cambios en la oxigenación. Con monitorización de la SPO2.

Preparar terapia trombolítica. Indicada por el médico urgenciólogo o intensivista en la sala de choque.

Instruir a paciente y familia sobre cualquier tratamiento previo a la extracción del embolo. Posterior a la valoración y verificando opciones de tratamiento definitivo considerando riesgo veneficio.

Mantener trombopprofilaxis después del émbolo. Para prevenir la formación de un nuevo trombo y disminuir el riesgo de presentar un segundo episodio de obstrucción arterial.

Instruir a paciente y familia sobre la necesidad de anticoagulación después del émbolo durante mínimo tres meses. Para determinar el rol cuidador para el cuidado del paciente convaleciente.

Puntuación Diana

NOC / CRE

(040821) *Saturación de oxígeno*

(040814) Ritmo respiratorio

Mantener a (3) aumentar a (5)
(040805) Dolor torácico

Mantener a (3) aumentar a (5)
(040824) Intercambio gaseoso alterado

Mantener a (1) aumentar a (5)

Mantener a (3) aumentar a (5)

Evaluación

Se logra lo proyectado en los indicadores seleccionados (NOC), al realizar las intervenciones y actividades requeridas (NIC), manifestándose con una escala de dolor EVA de 2, POO2 de 93% con puntas nasales a 5 litros por minuto, cambios hemodinámicos T/A de 126/70 y pulso de 84 latidos por minuto. Se mantiene en observación al momento si datos de sangrado.

Diagnostico No. 2

00103 Deterioro de la deglución según lo evidencian los problemas de comportamiento en la alimentación y como lo demuestra con ardor de estómago, epigastralgia, regurgitación y expresa «tener algo atascado en esófago».

Taxonomía II NANDA en *Dominio: 2 Nutrición* Clase: *2 Digestión*.

Resultados: (1011) Estado de deglución: fase esofágica

Indicadores: (101102) Reflujo gástrico
(101103) Dolor epigástrico

Intervenciones: (1570) manejo del vomito

Actividades: Identificar los factores (medicación y procedimientos) que pueden causar o contribuir al reflujo.

Mantener una posición cedente 30 minutos después de terminar de comer.

Ayudar a mantener una ingesta calórica y de líquidos adecuada.

(1400) Manejo del dolor

Explorar con el paciente los factores que alivian o empeoran el dolor.

Disminuir o eliminar los factores que precipitan o aumentan la experiencia del dolor.

Realizar valoración del dolor localización, características, aparición/duración, frecuencia intensidad y gravedad. Evaluando con escala de dolor, facies de dolor y descripción del dolor.

Explorar el uso actual de métodos farmacológicos de alivio del dolor por parte del paciente.

Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.

Con el equipo multidisciplinar en el proceso de administración de medicamentos cuidando los correctos para administración de medicamentos.

Utilizar medidas de control del dolor antes de que este sea muy intenso.

Puntuación Diana

(1011) Estado de la deglución fase esofágica

mantener a (3) aumentar a (5)

NOC / CRE

(101102) *Reflujo gástrico*

(101103) Dolor epigástrico

Mantener a (3) aumentar a (5)

Mantener a (1) aumentar a (5)

Evaluación

Se logra lo proyectado en los indicadores seleccionados (NOC), al realizar las intervenciones y actividades requeridas (NIC), manifestando disminución de manera importante de la intensidad y frecuencia del reflujo, el cambio de dieta y el apego al tratamiento aplicados disciplinadamente son factor para lograr esta evolución.

Manifiesta desaparición de dolor en región epigástrica, requirió 4 días de tratamiento farmacológico, aunado al cambio de dieta y estilo de vida fue innecesario el uso de medicamentos y al momento se mantiene en esta situación.

Conclusiones

La aplicación del PE como método individualizado, permite sistematizar y proporciona un lenguaje propio para el profesional de enfermería, la implementación del PE en registros clínicos, aunque lenta y temerosa en las unidades de salud se está dando, en el Instituto Mexicano del Seguro Social ya se implementa desde el año 2011, dentro de sus formatos de registro clínico de enfermería se consideran las 5 etapas del PE, fundamentando en las taxonomías las etiquetas diagnósticas (NANDA) de resultado (NOC) e intervención (NIC) como parte oficial, incorporándolas a sus expedientes clínicos, la secretaria de salud en el estado de Michoacán en el 2016 aplica una prueba piloto y posteriormente se avala por la comisión permanente aplicándose de manera parcial en las diferentes unidades en el estado y en el ISSSTE en el proceso y pruebas piloto de las nuevas hojas de enfermería que implementan el PE en sus registros. El personal de enfermería con antigüedad mayor de 20 años, presenta resistencia a los cambios, sin embargo, los cursos de actualización y capacitación en este tema cada vez son más continuos y aceptados.

La aplicación en este trabajo del PE, fue fundamental para dar sustento teórico y metodológico en la valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, las taxonomías NANDA, NIC, NOC dieron la terminología propia de la profesión de enfermería y lo más importante, con la guía y aplicación de las intervenciones, actividades, apego al tratamiento y ganas de vivir del paciente, se logra mantener y restablecer la salud de la persona considerando el problema de muy alta letalidad por el cual curso.

Declaración de conflicto de interés

El autor declara no tener conflicto de interés con respecto a la publicación de este artículo.

Referencias

Alfaro, L. (2002), *Aplicación del Proceso Enfermero: Guía paso a paso*. 4ta. Ed. Masson. Barcelona.

Berbiglia, V. A., y Banfield, B. (2011). Dorothea E. Orem: Teoría del déficit de autocuidado. En M. Raile Alligood, y Marriner Tomey, A. (Ed.), *Modelos y Teorías en Enfermería*. (pp. 265-323). España: Elsevier.

Iyer, Patricia W. (1997), *Proceso y Diagnóstico de Enfermería*. Tercera edición. McGraw-Hill Interamericana.

Marriner, A. (1983), *Proceso de Atención de Enfermería*. Un enfoque científico. Editorial Pirámide. Madrid.

Morales J, Salas J, Rosas M, Valle M. (2011), Diagnóstico de tromboembolia pulmonar. *Archivo de Cardiología de México*. 81(2):126-136

NANDA, Nursing Diagnoses. Definitions and Classification 2015-2017, Wiley-Blackwell.

Prado, L. González, M. Gómez, N. Romero, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado : Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención The theory Deficit of selfcare : Dorothea Orem , starting-point for quality in health care. *Rev Médica Electrónica*, 36(6):835–45. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004

Sue Moorhead. Marion Johnson. Meridean L. Maas y Elizabeth Swanson, (2014), *Nursing Outcomes Classification (NOC)*, “5ta ed.”, Elsevier España.

Vélez J. (2020). Fibrinólisis en tromboembolia pulmonar en paciente con COVID-19. Reporte de un caso. *Revista científica INSPILIP V. (4), Número 3*, Guayaquil, Ecuador. Disponible en: <http://www.inspilip.gob.ec/>

White R. (2003), The epidemiology of venous thromboembolism. *Circulation*, 107:14–18.

Zavaleta M, Morales B.(2006),Tromboembolia pulmonar. Neumol Cir Torax, 65(1):24-39