



**UNIVERSIDAD
DA VINCI
DE GUATEMALA**

**“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES
DE 60 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE BRONQUITIS EN EL HOSPITAL
NACIONAL DE LA AMISTAD JAPÓN DE GUATEMALA, PUERTO BARRIOS,
IZABAL”**

INGRID ROCÍO MANSILLA PINEDA

Guatemala, enero 2025



**“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES
DE 60 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE BRONQUITIS EN EL HOSPITAL
NACIONAL DE LA AMISTAD JAPÓN DE GUATEMALA, PUERTO BARRIOS,
IZABAL”**

**Tesis presentada para optar el grado académico de Licenciada en Enfermería
con Énfasis en Terapia Respiratoria**

Por:

INGRID ROCÍO MANSILLA PINEDA

Guatemala, enero 2025

Nota Responsabilidad

El contenido de esta investigación es responsabilidad únicamente del autor.

Capítulo III Normativo de Tesis, Facultad de Enfermería y Ciencias del cuidado de la salud, UDV.

AUTORIDADES DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Licda. Ingrid Yojana Rucal Velásquez

Presidente de Tribunal Examinador.

Mgtr, Amanda Ruby Miranda Godínez

Secretario de Tribunal examinador.

Mgtr. María Guadalupe Ardón Palencia.

Vocal de Tribunal Examinador



FACULTAD DE ENFERMERÍA Y
CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD
UNIVERSIDAD DA VINCI
DE GUATEMALA

ORDEN DE IMPRESIÓN DE TESIS

No. 07-2025

La Decanatura de la Facultad de Enfermería y Ciencias del Cuidado de la Salud, teniendo a la vista el Dictamen Favorable de la coordinación de Programa Académico de esta Facultad de Enfermería y Ciencias del Cuidado de la Salud, extiende la presente orden de impresión para la tesis de **INGRID ROCÍO MANSILLA PINEDA**, quien se identifica con carné No. **202202166**, tesis denominada **“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE BRONQUITIS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE LA AMISTAD JAPÓN DE GUATEMALA, PUERTO BARRIOS, IZABAL”**, previo a obtener el grado de Licenciada en Enfermería con Énfasis en Terapia Respiratoria.

Guatemala, enero 2025


Dra. Rutilia Herrera Acajabon
DECANA

Facultad de Enfermería y Ciencias del Cuidado de la Salud
Universidad Da Vinci de Guatemala





DICTAMEN No. 07-2025

La Coordinación de programas académicos, extiende el presente **Dictamen Favorable** para el trabajo de investigación titulado “**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE BRONQUITIS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE LA AMISTAD JAPÓN DE GUATEMALA, PUERTO BARRIOS, IZABAL**”, elaborado por **INGRID ROCÍO MANSILLA PINEDA**, quien se identifica con carné **No. 202202166**. Dictamen que se extiende después de ser revisado el documento por esta Coordinación y confirmar que cumple con todos los requerimientos del Normativo de Tesis y Trabajos de Graduación de esta Facultad.

Guatemala, enero 2025

Licda. Antonia Catalina Girón Conde
Coordinadora de Programas Académicos
Facultad de Enfermería y Ciencias del Cuidado de la Salud
Universidad Da Vinci de Guatemala



FACULTAD DE ENFERMERÍA Y
CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD

UNIVERSIDAD DA VINCI
DE GUATEMALA

**Dictamen Informe Final
Tesis
Licenciatura en Enfermería**

Guatemala, 26 de enero 2025.

Licda. Antonia Catalina Girón Conde
Coordinadora de Programas Académicos
Facultad de Enfermería y Ciencias del Cuidado de la Salud
Universidad Da Vinci de Guatemala

Por este medio hago de su conocimiento que la tesista Ingrid Rocío Mansilla Pineda Carnet 202202166, de Licenciatura en Enfermería, ha completado a mi entera satisfacción el informe final de su tesis titulada, **"INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DULTOS MAYORES DE 60 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE BRONQUITIS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE LA AMISTAD JAPON DE GUATEMALA, PUERTO BARRIOS" IZABAL**. Por lo que emito la presente **opinión favorable**, para que realice su examen privado de tesis.

Atentamente me suscribo:

Licenciado Gilberto Adolfo Robelo Alvarez
DPI 2484959410101



Universidad Da Vinci de Guatemala
3 avenida 1-44 zona 13 Pamplona
Tf.s. 2314 0285 2314 0247
www.udv.edu.gt

DEDICATORIA

A Dios:

Por permitirme seguir mis estudios, por brindarme la provisión económica y darme la sabiduría para realizar cada proceso y tareas necesarias para culminar cada etapa de la carrera.

A mis padres:

Por ser el pilar fundamental que me ayudo avanzar en este proceso, ya que hubo momentos buenos y malos, y ellos me ayudaron a seguir adelante y poder ser lo que soy ahora gracias a su apoyo incondicional y con mi padre que en paz descansa poder ser su orgullo.

A mi hija:

Ha sido mi regalo más grande y mi motor a seguir en este proceso en altas y bajas a seguir luchando hasta el final siempre dando mi mayor esfuerzo.

A la Universidad, autoridades, compañeros (as) y licenciados (as):

Por permitirme y darme la oportunidad de estudiar en tan prestigiosa universidad y poder lograr mi sueño y culminarlo con honores, con el aprendizaje y la enseñanza de cada licenciado (a), y con los compañeros apoyándonos en todo momento para llegar al final en victoria hasta la graduación.

INDICE

Resumen	x
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	4
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
IV. JUSTIFICACIÓN	17
V. MARCO REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO	20
VI. METODOLOGÍA.....	51
VII. PRESENTACION Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	57
VIII.CONCLUSIONES.....	97
IX. RECOMENDACIONES.....	98
X. BIBLIOGRAFIA.....	99
XI. ANEXOS.....	109

RESUMEN

El siguiente estudio de caso se basa en las intervenciones de enfermería en pacientes adultos mayores de 60 años con diagnóstico de bronquitis. La metodología es de tipo cualitativo y descriptivo, porque permitió describir y analizar de qué manera se aportaron a la mejoría del paciente y a su vez facilitó su comprensión. El objetivo del estudio de caso es determinar las intervenciones de enfermería en pacientes adultos mayores de 60 años con diagnóstico de bronquitis, que se encuentran internados durante el mes de septiembre del año 2024, en el Hospital Nacional de la Amistad Japón, Puerto Barrios, Izabal, Guatemala, en el servicio de Medicina de Hombres y de Mujeres, realizando la valoración a través de un cuestionario que se utilizó para recolectar datos de los pacientes, estructurado las 14 necesidades de la teorista Virginia Henderson, ayuda a la identificación de problemas facilitando la planificación de las intervenciones de enfermería, que permiten la incorporación de cada paciente a la sociedad. En el estudio de caso se abordaron seis casos de los cuales se obtuvieron excelentes resultados; brindando educación al paciente, esto favorece la recuperación de la salud, la alimentación, hidratación y estancia del paciente en el hospital, la administración de medicamentos y aerosoles que ayudan a fluidificar y eliminar secreciones del árbol bronquial favoreciendo la oxigenación y el intercambio gaseoso. No olvidando que los cambios de posturas ayudan también a evitar úlceras por presión y los drenajes bronquiales a remover las secreciones que obstruyen las vías respiratorias provocando fallo ventilatorio.

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación se realizó durante el periodo del mes de septiembre del año 2024, en el Hospital Nacional de la Amistad Japón, Puerto Barrios, Izabal, Guatemala, en el servicio de Medicina de Hombres y Medicina de Mujeres, con una población de 6 adultos mayores de 60 años de edad. Este trabajo fue ejecutado por Ingrid Noelia Lazaro Guerra, Ingrid Rocío Mansilla Pineda y Marlin Evelia López Gutiérrez

El Hospital Nacional de la Amistad Japón-Guatemala, ubicado en la Colonia San Manuel, Puerto Barrios, Izabal, es un centro hospitalario que está dedicado a la atención de la población adolescente, joven, adulto y adulto mayor, es un Hospital de Referencia, por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. EL Hospital Nacional posee los servicios de emergencia, consulta externa, encamamiento de cirugía y traumatología de ambos sexos, sala de maternidad, Trabajo Social, Psicología, Fisioterapia y terapia respiratoria, Infectología, Clínica de HIV/SIDA, Sala de Operaciones, Laboratorio, Banco de Sangre, Rayos X, Nutrición y Dietética, Unidad de Intensivo, Farmacia Interna y Farmacia para la Consulta Externa, Banco de Leche, Clínica de Odontología. La investigación se llevó a cabo en el servicio de Medicina de Hombres y Medicina de Mujeres, donde los pacientes con Bronquitis acuden para ser tratados por Profesionales de Salud, tomando en cuenta que los cuidados son atribuidos al profesional de enfermería.

La investigación esta estructurada de la siguiente manera: basado en el tema Intervenciones de enfermería en pacientes adultos mayores de 60 años con diagnóstico de bronquitis en el hospital nacional de la amistad Japón de Guatemala, Puerto Barrios, Izabal. La bronquitis es una enfermedad conocida que afecta al sistema respiratorio. Sus síntomas más conocidos son la tos y la mucosidad, también dificultad para respirar, jadeo, fiebre y presión en el pecho, siendo de carácter agudo o crónico. Es producida por la inflamación de la tráquea, bronquios y bronquiolos por causa infecciosa.

Capítulo I Introducción. Contiene información generalizada del trabajo

Capítulo II Antecedentes del problema se refleja la historia, evolución y análisis de tesis realizados por otros profesionales de salud basado en bronquitis en adulto mayor.

Capítulo III. Planteamiento del problema de la investigación incluyendo ámbito geográfico, personal, institucional y temporal.

Capítulo IV. Justificación aborda la importancia, factibilidad, que aporta al gremio de enfermería y que impacto social brinda la investigación.

Capítulo V. Marco referencial bibliográfico contiene la base teórica que sustenta todo el trabajo de investigación realizado. Se hace referencia el posicionamiento teórico científico y las bases que apoyan la ejecución del estudio sobre bronquitis en adultos mayores de 60 años.

Capítulo VI. Describe la metodología del estudio. Contiene las directrices de nuestra investigación y cómo trabajaremos para alcanzar nuestros objetivos, incluyendo el tipo y diseño de la investigación, los métodos utilizados, las técnicas e instrumentos, la población con la que trabajamos.

Capítulo VII. Presentación y análisis de resultados, hace constar toda recopilación de datos de los pacientes con diagnóstico de bronquitis que incluye los datos obtenidos con los instrumentos aplicados en la investigación, de manera que se pueda demostrar el logro de los objetivos planteados. Y por último se describen las conclusiones, recomendaciones y anexos de la investigación.

Las intervenciones de un paciente con bronquitis comienzan siempre con el reconocimiento de la enfermedad sobre los signos y síntomas de ella misma. Los objetivos a través de las intervenciones de enfermería es mejorar la oxigenación y sus constantes vitales, a través de una adecuada oxigenoterapia. Asegurar la permeabilidad de la vía periférica para hidratación y extracción de sangre para análisis específico.

A través de la investigación se desarrolló este estudio con el objetivo de determinar las intervenciones de los enfermeros profesionales sobre el cuidado que brindan a los adultos mayores de 60 años con diagnóstico de Bronquitis, en el servicio de Medicina de Hombres y Medicinas de Mujeres del Hospital Nacional Japón-Guatemala.

Entre las novedades se encuentra: que existe un alto número de porcentaje con personas que tienen malos hábitos alimenticios y falta de desinformación respecto a que es la enfermedad de bronquitis, la importancia de cumplir con los ejercicios respiratorios y llevar una dieta balanceada según orden médica, Sin embargo, es considerada la necesidad de implementar charlas educativas para los pacientes, para ayudar al paciente y a la familia a disminuir su nivel de estrés durante el proceso de atención, durante su estancia hospitalaria.

Es importante la actualización constante para todo el personal de enfermería en general, que quiera desarrollar y adquirir habilidades y procedimientos para prevenir complicaciones y evitar patologías adicionales a los pacientes adultos mayores con diagnósticos de bronquitis, tomando en cuenta que las enfermedades respiratorias tiene un mayor porcentaje en esta edad de las personas ya que su nivel de defensas se va deteriorando con el paso de los años, esta enfermedad seda con mayor frecuencia en la temporada de invierno por el cambio climático que se da en el área de Izabal, afectando las vías aéreas respiratoria de la persona.

II. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Historia de la patología respiratoria bronquitis es la causa de las afecciones de las vías respiratorias inferiores puede ser vírica, bacteriana o por bacterias atípicas, aunque a menudo responden a un origen mixto. En menor medida, otros virus responsables de la bronquitis son rinovirus, parainfluenza, adenovirus, VRS e influenza, actualmente se considera a los metapneumovirus, como una causa emergente de la infección siendo responsables de cuadros agudos y graves, con mayor repercusión clínica y socioeconómica. La mayoría de los casos por bronquitis aguda son ocasionados por virus respiratorios. (Fernández Alonso, 2001 - 2014)

La bronquitis es la inflamación del revestimiento de los conductos bronquiales con la presencia permanente de secreciones en la vía aérea y la dificultad para su aclaramiento causan la tos de estos enfermos. La tos puede ser el único síntoma referido o asociarse con una rinosinusitis, un goteo, un asma o un reflujo gastroesofágico. (Alvarez, Pere Casan, Rodriguez de Castro, Rodríguez Hermosa, & Villena Garrido, Neumología Clínica, 2017, pág. 18)

Cuando la sangre no llega de forma eficiente al organismo, los tejidos acumulan fluidos o sustancias y la persona pueda experimentar fatiga y dificultad para respirar. Con existen enfermedades del pulmón, o hay dificultad para que el oxígeno llegue a los pulmones, como en el caso del asma y bronquitis, o los pulmones no pueden pasar de forma efectiva el oxígeno a la sangre, como en el caso del enfisema. En ambos casos hay una obstrucción del flujo de aire hacia adentro y fuera de los pulmones, privando al organismo de oxígeno. (González, y otros, 2013, pág. 5)

La sangre llega a los pulmones a través de dos sistemas distintos: las arterias pulmonares, que proporcionan alrededor del 99% del flujo sanguíneo pulmonar, y las arterias bronquiales. Ambos sistemas se comunican entre sí por una conexión (anastomosis), que son más abundantes en los bronquiólos respiratorios y alveolares. Las arterias bronquiales son parte de la circulación sistémica y de ellas depende la irrigación en los bronquios, del parénquima pulmonar y de la pleura. Luego siguen a los bronquios principales y se van ramificando sucesivamente hasta

llegar a los bronquíolos, donde su número comienza a disminuir hasta llegar a los alvéolos. En ese lugar se constituye una red capilar en la que se originan vénulas (vasos delgados que recogen la sangre de los capilares), que más tarde forman, las venas pulmonares. (Alvarez, Pere Casan, Rodriguez de Castro, Rodríguez Hermosa, & Villena Garrido, 2017, pág. 22)

La palabra bronquitis, empleada para designar la inflamación de la membrana mucosa de los bronquios, es preferible a la de catarro pulmonar porque, esta expresión da idea de un flujo mucoso que muchas veces es independiente de todo trabajo inflamatorio, y porque puede además haber flegmasía de la mucosa bronquial, sin que por esto haya necesariamente aumento en la secreción de la membrana. (Augustin, 2008, pág. 321)

En la historia y dimensiones se conoce desde muy antiguo la bronquitis, no se ha descrito, sin embargo, bien hasta después de los inmortales trabajos de Laennec. Entre las numerosas divisiones que se han admitido en la historia de esta afección, hay algunas tan importantes, que es menester conservarlas: tal es la división de la bronquitis en aguda y crónica, y después la distinción de la primera en bronquitis ordinaria, capilar y pseudomembranosa. (Augustin, 2008, pág. 321)

Caracteres anatómicos, en el bronquio inflamatorio contiene mayor o menor cantidad de un moco blanco, viscoso, airado, opaco y purulento. La membrana mucosa esta roja. Es raro encontrar engrosado su tejido, pero no lo es tanto verlo reblandecido y granuloso. Sin embargo, parece que nunca se ha observado ni supurado del tejido celular subyacente, ni gangrena en la mucosa bronquial. Estos caracteres anatómicos de la inflamación, que son más o menos extensos, casi siempre se observan en ambos pulmones a la vez, pero limitados a ciertos números de bronquios. Muchas veces no pasan de los tubos gruesos; otras existen solo en las ramificaciones más tenues, y entonces se dice que es capilar la bronquitis. (Augustin, 2008, pág. 321)

Inciendiando en estos casos los bronquios pequeños, se encuentran llenos de una materia mucosa-purulenta, espesa, no aurificada, que los oblitera desde las segundas o terceras divisiones hasta las ramificaciones capilares; mucosidad que

produce mecánicamente una dilatación uniforme en estos conductos, menos producida en los adultos que en los niños. Aunque la membrana mucosa conserve su grosor y consistencia normal, tiene un rojo subido, que se va debilitando conforme se pasa de las grandes a las pequeñas ramificaciones: otras veces se observa lo contrario. (Augustin, 2008, pág. 321)

Cuando la obstrucción es generalizada en los bronquios pequeños, produce necesariamente la dilatación de las vesículas (enfisema vesicular), principalmente en los bordes cortantes del órgano; enfisema que más rara vez es interlobular, y es la lesión que aplica el deprimirse los pulmones cuando se abre el pecho, ya que tienden, por el contrario, a salir de esta cavidad. (Augustin, 2008, pág. 321)

Fauvel es uno de los primeros que en concepto ha hecho ver que infinitas vesículas dilatadas contenían en los niños la misma materia que los bronquios, pero bajo las formas de granulaciones blanquecinas o amarillentas, y que es menester guardarse muy bien de confundir con las tuberculosas, a las que se parecen por su aspecto y volumen. (Augustin, 2008, pág. 322)

La forma más benigna de la bronquitis no produce más accidentes que una tos poco fuerte, apenas dolorosa, con expectoración de algunos esputos mucosos; por lo general no hay malestar ni calentura, el apetito disminuye o parecen insípidos los alimentos. Esta incomodidad, llamada vulgarmente resfriado, muchas veces sucede coriza, y desaparecerse frecuentemente al cabo de algunos días, aunque puede prolongarse durante un tiempo más o menos largo. (Augustin, 2008, pág. 322)

Históricamente se han propuesto diferentes algoritmos de actuación ante una tos crónica, pero todos ellos se basan en aspectos relacionados con la localización anatómica del trastorno, el estudio etiológico y los diversos protocolos estratégicos existentes para el tratamiento empírico de la tos. Para la valoración del reflujo gastroesofágico, la prueba que se debe efectuar es la PH-metría de 24 horas. La tomografía computarizada de los senos paranasales y la exploración otorrinolaringológica deben realizarse si se sospecha un goteo nasal posterior. En un tercer paso han de buscarse causas poco comunes, y ello puede llevar la

realización de una fibrobroncoscopia, una ecocardiografía o una tomografía computarizada torácica. (Marroquín Pazos, 1994, pág. 19)

En algunos pacientes con bronquitis crónicas la radiografía de tórax es normal. En otros se observa lo que se denomina “pulmón sucio”. Con aumento de las marcas bronquiales, en especial en las bases de los pulmones, donde pueden ser borrosas. Esto se debe en parte al engrosamiento de las paredes bronquiales. La pared engrosada de los grandes bronquios puede producir sombras paralelas que disminuyen vías de tren similares a las que se observan en las bronquiectasias. Al ser observadas de punta, estas paredes bronquiales engrosadas son más anchas que los bronquios normales, cuyas paredes tienen el grosor de una línea trazada con un lápiz bien afilado. Dado que están engrosados, los bronquios parecen extenderse hacia la periferia más de lo normal. (Loren H.Ketai, 2006, pág. 60)

Si la zona superior de los pulmones posee enfisema extenso y bullas. Las sombras bronquiales pueden estar acentuadas en la base de los pulmones. La parte superior dañada del pulmón tiene mayor distensibilidad que lo normal y permite que contraiga la parte inferior. Esto produce una confluencia de bronquios y vasos en una zona pequeña. En algunos casos estas combinaciones de vasos agrupados y sombras bronquiales mal definidas se confunde con neumonitis basal, si no se cuenta con radiografía anterior para comprar. Este es uno de los posibles errores de interpretación de las radiografías de tórax en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónicas (EPOC). (Loren H.Ketai, 2006)

Los signos radiológicos que se observan en la bronquitis crónica no son sensibles ni específicos. En paciente con insuficiencias cardíaca congestiva o bronquiectasia se observa un engrosamiento similar de la pared bronquial, y sujetos con sobrepeso muchas veces presentan un aumento de las marcas bronco vasculares en la base de los pulmones. Gran parte de la patología de la bronquitis crónica se presenta en vías aéreas más pequeñas que en el caso de las bronquiectasias y por eso no son viables en la radiografía de tórax. Tampoco es posible diagnosticar bronquitis crónica en una HRCT. (Loren H.Ketai, 2006, pág. 60)

Marcos Romero, Juana María, Tesis titulada Gestión de Salud Pública y su relación con el proceso de atención en infección de Bronquitis aguda en pacientes mayores de 50 años en el Hospital Militar Central, 2014. Con el objetivo General Determinar la relación que existe entre la Gestión de Salud Pública y el proceso de atención de infección de Bronquitis Aguda en pacientes mayores de 50 años en el Hospital Militar Central, Período 2014. Población de 80 pacientes, Tipos de estudio analítico, deductivo e inductivo, Características del instrumento cuestionario de 27 ítems de preguntas cerradas dirigidas a pacientes mayores de 50 años, fichaje de libros, separatas, enciclopedias, revistas, sitios webs, entre otros, Se transfiere por medio de interrogatorio a los entrevistados, Se concluye que el nivel de calidad de atención que se brinda en la Unidad de Cuidados Intensivos es alto 96,9%, existe influencia entre nivel de calidad e indicadores de calidad, donde se recomienda a los pacientes mayores de 50 años alimentarse sanamente, para subir sus defensas y no estar propensos a la enfermedad de la gripe y posterior bronquitis aguda. Por consiguiente, el sistema inmune se debilita, dificultando el proceso de recuperación de las enfermedades, por lo cual es muy importante la vacunación en los ancianos. (Marcos Romero, 2015)

Marroquín Pazos, Luis Fernando. Tesis titulada prevalencia de infecciones respiratorias agudas asociadas a concentración de partículas suspendidas totales, con objetivo general determinar la asociación entre las afecciones respiratorias agudas y crónicas y la presencia de partículas suspendidas totales del aire en dos grupos comparativos de población de la universidad de San Carlos de Guatemala, participaron 464 personas las cuales se seleccionaron aleatoriamente, tomando una muestra proporcional, Tipos de estudio analítico, deductivo e inductivo. (Marroquín Pazos, 1994)

García Morales de Díaz, Sonia Zucelly. Tesis titulada La exclusión social del adulto mayor en los servicios de salud de Guatemala, con objetivo general conocer las formas de exclusión social del adulto mayor respecto al acceso a los servicios de salud y su incidencia en la calidad de vida de acuerdo a los derechos económicos,

sociales y culturales, Tipos de estudio analítico, deductivo e inductivo. (García Morales de Díaz, 2009)

Yunga Paccha, Tesis titulada factores de riesgo relacionados a afecciones respiratorias en adultos mayores del Hogar Santa Teresita “Del Niño Jesús” De Loja. Con el objetivo proporcionar conocimientos básicos para el desarrollo de destrezas de cuidados para la asistencia a las personas adultas mayores dependientes, a nivel institucional, asegurando en lo posible una buena calidad de vida, conjuntamente con el equipo profesional de los diferentes centros de cuidado. Y así mismo para la obtención del título médico general, población corresponde a 60 adultos mayores que se encuentran conviviendo durante el periodo de estudio, se tomó una muestra, solo aquellas personas que tengan afecciones y estén en condiciones neurológicas de manifestarla, tipo de estudio fue de tipo cuantitativo, porque la recolección de datos se contempla a través de la encuesta, el instrumento utilizado para la recolección de la información la aplicación de una encuesta con preguntas cerradas. Se determinó que los factores de riesgos más frecuentes como causa de afecciones respiratorias en el adulto mayor (hombres y mujeres) del Hogar Santa Teresita “Del Niño Jesús” de la ciudad de Loja fueron; en primer lugar fue el hacinamiento con un número de 42 adultos mayores con un porcentaje de 87,50%; en segundo lugar antecedentes de tener animales intradomiciliarios y extra domiciliarios con una numero de 36 adultos con un porcentaje de 75% en tercer lugar se encuentra 35 adultos mayores con antecedentes de cocinar sus alimentos en leña con un porcentaje de 72.9% ; el cual nos indica que tienen un alto porcentaje de padecer afecciones respiratorias por todos sus antecedentes. Donde se recomienda al Hogar Santa Teresita “del Niño Jesús” para que dentro de su presupuesto anual implemente recursos necesarios para un mejor cuidado, promoción, prevención de afecciones respiratorias, para que el personal de cuidado de estos adultos mayores tome todas las medidas necesarias para protección de ellos y de los demás adultos mayores implementando; guantes, mascarillas y materiales para aseo personal para cada miembro de esta casa de salud. (Yunga Paccha, 2015)

Pineda Landaverde, Joseline Andrea, Masaya Rodríguez, Jennifer Michelle, tesis titulada “Caracterización epidemiológica de pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias” con el objetivo describir las características epidemiológicas de los pacientes pediátricos de 0 a 14 años con enfermedades respiratorias registrados en el Sistema de Información Gerencial de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de los años 2017 al 2019 y así mismo para la obtención del título Médico y Cirujano, población corresponde 5 863 943 usuarios registrados en el sistema de Salud Pública de Guatemala, tipo de estudio descriptivo, análisis secundario de base de datos del Sistema de Información Gerencial de Salud, el instrumento utilizado por la base de datos proporcionadas por el MSPAS utilizando SIGSA, se determinó que las enfermedades respiratorias más frecuentes a nivel nacional en la población estudiada durante los años 2017 al 2019 fueron: rinofaringitis aguda (53.26%), amigdalitis aguda (24.63%), neumonía (7.3%), bronquiolitis y bronquitis aguda (5%), donde se recomienda fortalecer el primer nivel de atención de salud pública de Guatemala para la atención oportuna y con calidad en la identificación y tratamiento de las enfermedades respiratorias que presenten los usuarios. (Pineda Landaverde, 2021)

Sandoval Emeterio, Mireya, Tesis titulada proceso de atención de enfermería, aplicar en un paciente adulto mayor con bronquitis crónica. Con el objetivo general aplicar al proceso de atención de enfermería desde un enfoque multidisciplinario al ser humano e individuo que cursa con bronquitis crónica inducida por varios factores mediante las teorías y técnicas de enfermería. Y así mismo para la obtención del título de licenciatura en enfermería y obstetricia, Población adulto mayor con 2 personas, 1 con padecimientos de bronquitis y otro con diferentes padecimientos, Tipos de estudio cuantitativo, características del instrumento preguntas cerradas, Se concluye que la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, es la cuarta causa de muerte y es con morbo-mortalidad, pero aumenta progresivamente, en el número de ingresos hospitalarios como en las visitas en el servicio de urgencias, especial en los grupos socioeconómicos bajos. A pesar de la importancia de la enfermedad y del impacto sobre el sistema sanitario en los pacientes con bronquitis crónica no se realiza correctamente debido que los pacientes se presentan asintomáticos o se

confunde con otras enfermedades. Donde se recomienda que es necesario que la licenciada de enfermería proteja la salud del individuo, por medio de prevenir, controlar y retardar la presencia de la enfermedad y la muerte, para elevar la calidad de vida del ser humano para alcanzar una cultura a favor del envejecimiento. (Sandoval Emeterio, 2007)

Villalva Morillo, Joselyn Aidee Tesis titulada “Cuidados de enfermería y autocuidado en el adulto mayor del centro gerontológico “San Joaquín”, ciudad de baños, provincia tungurahua, enero-abril 2021”. Esta investigación tuvo como objetivo aplicar cuidados de enfermería y autocuidado en el adulto mayor del Centro Gerontológico “San Joaquín” de la ciudad de Baños, en la provincia de Tungurahua, en el periodo de enero a abril de 2021. La metodología de la investigación fue de tipo bibliográfica, de campo y descriptiva, el diseño fue no experimental con carácter cuantitativo, la muestra fue de 10 adultos mayores de 70 a 90 años, los instrumentos usados fueron la entrevista que se aplicó al gerente y la encuesta donde se identificó la calidad de la atención de los cuidados de enfermería. Los resultados enuncian que el casi el 40% de adultos mayores consideran que el Centro Gerontológico tiene un mantenimiento limpio y agradable, el 50% del personal de enfermería valora física y mental a diario, dan apoyo de la atención integral, atención a sus necesidades fisiológicas oportunamente y al horario requerido y educación respetando la cultura, costumbres y creencias, siendo este medianamente satisfactorio, mientras que la entrevista dio resultados que no existe el personal cuidador suficiente para los cuidados, por lo, se elaboró un plan de cuidados para proporcionar los conocimientos básicos de la atención de salud integral geriátrica y precautelar la seguridad, integridad y bienestar general. Se logró puntualizar y fortalecer los cuidados de enfermería al cuidador para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, además con enfoque de autocuidado en los adultos mayores, ya que gracias a la capacitación y entrega del manual educativo tendrán información para su diario convivir. Y se recomienda en próximas investigaciones enfocar la determinación de las necesidades, de las actividades y de los conceptos de autocuidado como bases que permiten a los profesionales de enfermería educar al

adulto mayor y sus familiares en la importancia del autocuidado en esa etapa de la vida. (MORILLO, 2022)

Reyes Zúñiga, Karla Marleny, Urrutia Bran, Ana Lucía. Tesis titulada “Caracterización de los pacientes con patología pulmonar asociada a la exposición del humo de leña”, con objetivo general caracterizar a los pacientes con patología pulmonar asociada a la exposición de humo de leña, atendidos en la consulta externa de neumología en Hospital San Vicente de enero 2016 a enero 2017. Participaron 820 expedientes de pacientes, utilizando el tipo de estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, transversal. El instrumento de recolección de datos fue una boleta impresa en hoja papel bond tamaño carta, con este se generó una base de datos en el programa Excel. Se concluye que entre las características epidemiológicas la edad media de los pacientes fue de 61 años, siendo más común el sexo femenino. Se recomienda invertir en educación e infraestructura para que las familias guatemaltecas no utilicen la combustión de biomasa como fuente de energía y así prevenir patologías pulmonares. (Reyes Zuñiga & Urrutia bran, 2018)

Celeiro, Tatiana María, Galizzi, María Paula. Tesis titulada “Calidad de vida en adultos mayores entre 70 a 85 años institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Nogoyá” con el objetivo general, que evalúa las características de las hospitalizaciones. Tipos de estudio observacional y descriptivo. La población de estudio está constituida por 21548 casos. La patología respiratoria bronquitis supone el 7.6% de todas las altas hospitalarias. (Celeiro, 2019)

Serrano Uchabanda, Raúl Fernando. Tesis titulada Manejo integral de la bronquitis crónica secundaria al tabaquismo en paciente masculino de 65 años, con objetivo general. Aplicar los métodos fisioterapéuticos de la terapia respiratoria para mejorar la calidad de vida de un paciente de 65 años de edad con impresión diagnóstica de bronquitis crónica secundaria al tabaquismo. Participo el 75% de pacientes adulto mayor que asistieron a consulta externa con síntomas de tos persistente, con tipo de estudio analítico cuantitativo utilizando un instrumento de selección múltiple y se concluyó: El proceso de atención de terapia respiratoria es una herramienta básica y primordial al momento de realizar las fisioterapias ya que mediante la metodología

que se aplica está constituido de una serie de pasos entre sí, en donde el personal interactúa con el paciente para tener la información necesaria que facilita a la elaboración del diagnóstico y de esa manera explicar las necesidades que se deben satisfacer en el paciente. Recomendando se debe explicar al paciente el uso correcto de los inhaladores y los beneficios que tiene para la salud, de las técnicas de drenaje posturales para facilitar la movilización y expulsión de secreciones y además se debe realizar charla educativa al paciente y familiares sobre la influencia que tiene el humo del tabaco sobre la salud respiratoria. (Serrano Uchubanda, 2017)

Díaz Duque, Adolfo Enrique estudio de caso titulado: Bronquitis aguda: diagnóstico y manejo en la práctica clínica* Más de 90% de los episodios de bronquitis aguda son de etiología viral y, por lo tanto, el uso de antibióticos no está recomendado y no debe ofrecerse. Con objetivo general de hacer un acercamiento hacia la epidemiología, el diagnóstico y el manejo actual de la bronquitis aguda. concluyó: El diagnóstico de bronquitis aguda en pacientes, por demás, sanos es clínico, por lo que los exámenes paraclínicos, incluida la radiografía de tórax, no se justifican para confirmarlo. (Duque, 2008)

Guaylla Paguay, José Moisés estudio de caso titulado Plan Educativo de enfermería en adultos mayores con infecciones respiratorias agudas de la comunidad tolte, cantón alausí, provincia chimborazo, septiembre–octubre 2021. Con objetivo general Desarrollar un plan educativo de enfermería dirigido a los adultos mayores con infecciones respiratorias agudas de la comunidad Tolte para la reducción de las complicaciones en este grupo vulnerable. La muestra fue de 10 adultos mayores identificados con IRA, pertenecientes a la comunidad Tolte, parroquia Pistishí. Esta investigación es de tipo descriptiva, porque se describió los factores de riesgo identificados y es necesario estudiar los diferentes conceptos del tema a tratar, para posteriormente dar a conocer los resultados obtenidos tras la ejecución del mismo. El enfoque para la investigación fue de tipo cuantitativo, porque en el proceso de la investigación, se contempla la recolección de datos numéricos a través de la encuesta, que luego serán tabulados y presentados en tablas y gráficos estadísticos que reflejan el problema a investigar. Cualitativo,

porque se aplicó una entrevista a la directora del centro de salud para recopilar información de la investigación. Se concluyó: Los factores de riesgo encontrados para las IRAs en los adultos mayores de la comunidad Tulte fueron exposición al humo 20%, polvo 30%, vivienda en malas condiciones 20%, hacinamiento 10% y animales dentro del hogar 20%, son factores importantes que afectan la salud en los usuarios y recomienda Fomentar campañas para concientizar sobre la importancia de los cuidados y evitar el incremento de infecciones respiratorias agudas. A futuros estudios que trabajen con más población para que los resultados sean favorables y que las personas obtengan información de cómo actuar frente a esta problemática. (Paguay, 2022)

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La bronquitis es una enfermedad que afecta al sistema respiratorio. Sus síntomas y síntomas más conocidos son la tos, fiebre y la mucosidad, también dificultad para respirar, jadeo, fiebre y presión en el pecho, siendo de carácter agudo o crónico. La bronquitis es la inflamación de los conductos bronquiales,

Los adultos mayores son más propensos a desarrollar bronquitis debido a que su sistema respiratorio es más vulnerable y a la presencia de otros factores de riesgo, algunos de estos factores son: disminución de la capacidad pulmonar, enfermedades agudas, exposición a irritantes, enfermedad por reflujo gastroesofágico, entre otras enfermedades respiratorias.

¿Cuáles son las intervenciones de enfermería en pacientes adultos mayores de 60 años con diagnóstico de Bronquitis en el hospital nacional de la amistad Japón de Guatemala?

3.1 Ámbitos de la investigación

Ámbito Geográfico: Puerto Barrios, Izabal, Guatemala

Ámbito Institucional: Hospital Nacional de la Amistad Japón Guatemala, puerto Barrios, Izabal.

Ámbito Personal: 6 Adultos Mayores de 60 años.

Ámbito Temporal: septiembre 2024

3.2 Objetivo General

Determinar las intervenciones de enfermería en pacientes adultos mayores de 60 años, con diagnóstico de bronquitis en el Hospital Nacional de la Amistad Japón de Guatemala, Puerto barrios, Izabal, durante el mes de septiembre 2024.

3.2.1 Objetivos Específicos

Identificar las intervenciones de enfermería en paciente adulto mayor de 60 años de edad con diagnóstico de bronquitis en el Hospital Nacional de la Amistad Japón de Guatemala, Puerto Barrios, Izabal.

Describir las intervenciones de enfermería en paciente adulto mayor de 60 años de edad con diagnóstico de bronquitis.

IV. JUSTIFICACIÓN

Este estudio de caso es importante para todo el personal de enfermería en general, que quiera desarrollar y adquirir habilidades y procedimientos para prevenir complicaciones y evitar patologías adicionales a los pacientes adultos mayores con diagnósticos de bronquitis, “la bronquitis es producida por la inflamación de la tráquea, bronquios y bronquiolos por causa infecciosa”, tomando en cuenta que las enfermedades respiratorias tiene un mayor porcentaje en esta edad de las personas ya que su nivel de defensas se va deteriorando con el paso de los años, esta enfermedad se da con mayor frecuencia en la temporada de invierno por el cambio climático que se da en el área de Izabal, afectando las vías aéreas respiratoria de la persona, este proceso fue realizado con excelente fundamentación científica de varios autores que brindan sus experiencias y conocimientos adquiridos a lo largo de su carrera profesional de la salud. También las intervenciones de enfermería en el proceso de enfermedad del individuo juegan un papel muy fundamental, razón por las cuales la enfermera(o) debe reafirmar los conocimientos y habilidades, para brindar un cuidado de calidad y calidez humanista, intervenir oportunamente garantizando de tal manera la pronta recuperación de salud del ser humano para incorporarse a su familia y a la sociedad.

Esta investigación es factible porque es positiva, pues cuenta con el apoyo de recurso humano y material para la obtención, recopilación y análisis de los datos. El estudio es viable, se cuenta con el apoyo y colaboración de las autoridades, tanto de la Universidad Da Vinci de Guatemala, como de las Instituciones de Salud, personal de enfermería que brinda atención en salud y personas objeto de estudio de forma atenta y positiva, abren las puertas para llevar a cabo la ejecución del mismo y lograr todos los objetivos planteados, dejar plasmada la información recolectada de la patología en estudio, tales como, los signos y síntomas y las causas que originan la incidencia de esta patología, en cómo afecta la salud del ser humano, su familia y el entorno, así también como solucionar el problema.

El aporte científico de esta investigación será trascendental, tanto para los Profesionales de Enfermería como para las instituciones de salud donde se llevará a cabo; también para aquellas personas que la consulten, ya que, a través de la misma, se obtendrán datos que permitirán enriquecer el conocimiento y llevarlo a la práctica con relación a pacientes adultos mayores con diagnóstico de bronquitis.

“En Enfermería, desde el inicio de la profesión, Florencia Nightingale enunció que las leyes de la enfermedad pueden ser modificadas si comparamos tratamientos con resultados”. Esta frase se traduce a la calidad de atención y tratamientos que se otorgan a los usuarios de forma integral, no olvidando que es un ser bio-psico-social, es de esta forma cómo podemos garantizar que los resultados esperados serán positivos para alcanzar la recuperación de la salud, integrarse a la familia y la reinserción a la sociedad. Esta, tendrá impacto en las intervenciones de enfermería en pacientes adultos mayores con diagnóstico de bronquitis en el hospital nacional de la amistad Japón de Guatemala, Puerto Barrios Izabal.

La bronquitis es una enfermedad muy grave que afecta a los adultos mayores de 60 años, por eso es importante aplicar intervenciones de enfermería adecuadas en el paciente para lograr una pronta recuperación y así poder integrarse a la sociedad y poder llevar su vida normalmente.

.

La bronquitis se acompaña de tos con o sin expectoración. El origen más frecuente de la bronquitis es la infección viral, responsable del más del 90% de los casos, siendo los agentes más frecuentes el virus de la influenza, para influenza, adenovirus, rinovirus, entre otros.

La investigación es de gran importancia ya que está basada en un papel fundamental para el ser humano porque ayuda a prevenir los diversos síntomas de la enfermedad de bronquitis en adultos mayores de 60 años en adelante, o poder evitar más graves o con mayor frecuencia y así prevenir que esta enfermedad se vuelva crónica o aguda para el paciente.

Se puede observar que tiene gran magnitud sobre la enfermedad ya que se ha demostrado científicamente que existen tratamientos, exámenes específicos y novedosos para evitar que la enfermedad sea grave y poder atacar directamente la causa del problema para disminuir sus síntomas en paciente adulto mayor de 60 años en adelante.

Es esencial y de gran valor para la humanidad siendo novedoso sobre documentos y temas como este, para fortalecer los conocimientos básicos sobre el rol del enfermero (a) y el cuidado del adulto mayor de 60 años, siendo fundamental para asegurar la calidad de vida y bienestar, así evitando complicaciones graves en el paciente adulto mayor de 60 años. Es importante identificar que tiene gran aporte a la sociedad porque ayuda de gran manera a que el paciente con bronquitis pueda informarse sobre las causas, síntomas y complicaciones sobre la enfermedad y sobre todo conocer las intervenciones de enfermería que le ayudaran a la pronta recuperación y al progreso de la enfermedad, ya que hay casos que pacientes carecen de información o conocimientos básicos de la enfermedad y esto disminuye el progreso del paciente siendo más larga la recuperación, ya que no hay colaboración del mismo.

V. MARCO REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

5.1 Anatomía Pulmonar Normal

Los pulmones ocupan la mayor parte de volumen de la cavidad torácica. El peso medio de los pulmones es de 850g en el varón y de 750g en la mujer. El pulmón derecho está compuesto por segmentos diferentes en tres lóbulos superiores, medio e inferior y el pulmón izquierdo tiene diez segmentos organizados en dos lóbulos, superior e inferior. Cada lóbulo está recubierto por pleura (pleura visceral) y separado de los otros lóbulos mediante las cisuras. A nivel microscópico los pulmones se componen de elementos diferenciados, pero integrados, que incluyen las vías respiratorias conductoras, los espacios aéreos distales, los vasos sanguíneos y linfáticos, y otros componentes celulares. (Zander & Farver, Patología Pulmonar, 2018, pág. 1)

5.2 Vías Respiratorias

Las vías respiratorias conductoras, no solo forman las vías de paso a través de las cuales entra y sale el aire de los pulmones también calientan, humidifican y ayudan a esterilizar el aire entrante. La tráquea se bifurca en los bronquios principales izquierdo y derecho a su vez se hacen en los bronquios adicionales que presentan posteriores bifurcaciones en bronquios de menor tamaño y luego en bronquiolos. Las vías respiratorias en los pulmones de adultos presentan 23 divisiones hasta fusionarse con las unidades de intercambio gaseoso. Los bronquios tienen pared cartilaginosa, mientras que los bronquiolos carecen de cartílago. En los bronquios el cartílago hialino tiene forma de C, pero a medida que las vías respiratorias entran en el tejido pulmonar, el cartílago se vuelve discontinuo. (Zander & Farver, Patología Pulmonar, 2018, pág. 1)

Las vías respiratorias están compuestas de mucosa, submucosa, muscular propia y adventicia. El epitelio bronquial tapiza la luz de las vías respiratorias, consta de

células epiteliales cilíndricas pseudoestratificadas ciliadas, células caliciformes neuroendocrinas intercaladas, células basales subyacentes. Las células epiteliales respiratorias ciliadas y las caliciformes son células especializadas que participan en los mecanismos de limpieza mucociliar. Las células caliciformes secretan moco, es importante para atrapar las partículas inhaladas y los cilios propulsan el moco y las partículas atrapadas hacia la faringe, donde pueden ser eliminadas. Los bronquios presentan células basales, células pluripotenciales de reserva que pueden regenerar una mucosa bronquial dañada. (Figueira L. , 2012, pág. 1)

Las células neuroendocrinas pueden tener un papel en el desarrollo pulmonar y la regulación de la ventilación, perfusión. En los bronquiolos, células caliciformes son sustituidas por células cilíndricas no ciliadas con citoplasma apical prominente células de Clara. Las células de Clara producen un material similar al surfactante, acumulan y detoxifican toxinas inhaladas, y sirven como células progenitoras para la regeneración del epitelio del bronquiolo dañado. Todas las vías respiratorias presentan una membrana basal compuesta de colágeno tipo III y fibras elásticas, y haces de musculo lisos subyacentes. Los vasos sanguíneos y linfáticos también transcurren a lo largo de la submucosa de las vías respiratorias. (Zander & Farver, 2018, págs. 1-2)

5.3 Vascularización

Los pulmones tienen una irrigación dual. La circulación bronquial es parte de la circulación sistémica y tiene una presión elevada y un alto contenido de oxígeno. Las arterias bronquiales suelen originarse en la aorta descendente y nutren el árbol bronquial hasta el bronquiolo respiratorio. Las arterias bronquiales de mayor calibre pueden verse en la adventicia bronquial normalmente presentan solo una lámina elástica, la lámina elástica interna, las venas bronquiales transcurren en la adventicia bronquial drenan en la vena ácigos, hemiácigos o en el sistema venoso pulmonar, la circulación pulmonar se origina en el ventrículo derecho. Las arterias

pulmonares principales se ramifican en las arterias lobulares y entran en los pulmones con los bronquios lobulares. (Zander & Farver, 2018, pág. 3)

5.4 Tipos de patrones Respiratorios

Los cuales son; respiración normal que dice que es la frecuencia y ritmo regular. La frecuencia respiratoria normal de 12 a 20 respiraciones por minuto, respiración de Biot es la que en periodos irregulares de apnea alternados con periodos de respiraciones de igual profundidad, respiración de Kussmaul: respiraciones lentas y profundas, respiración de Cheyne-Stokes: Se caracteriza por periodos alternantes y regulares de apnea y de hiperpnea; respiración atáxica: presenta trastornos en el ritmo cardíaco, frecuencia y profundidad de las respiraciones y respiraciones suspirosas: inspiraciones profundas que interrumpen el ritmo respiratorio normal. (Arias, Aller, Arias, & Aldamendi, 2000, pág. 15)

5.5 Bronquitis

Las infecciones respiratorias son de las más comunes que afectan a la población mundial. Entre ellas se agrupa la bronquitis, esta consiste en la respuesta inflamatoria transitoria del árbol traqueo bronquial generalmente asociada a procesos infecciosos, aunque también puede desarrollarse después de inhalar toxinas, irritantes o vapores nocivos. (Figueira L. , 2012, pág. 195)

La bronquitis se trata de un estado de inflamación que implica los bronquios. Se sospecha de bronquitis cuando el paciente se queja de tener por los menos tres meses tosiendo constantemente acompañado de abundantes flemas. Esta inflamación de los bronquios puede deberse a la contaminación ambiental, porque se vive en una zona de aire muy contaminado. Se conocen dos tipos de bronquitis: Crónica y aguda. (Figueira L. , 2012, pág. 195)

La bronquitis se acompaña de tos con o sin expectoración, suele seguir un patrón estacional con mayor prevalencia en invierno. La bronquitis es una de las causas más frecuentes de ausencia laboral. El origen más frecuente de la bronquitis es la infección viral, responsable del más del 90% de los casos, siendo los agentes más frecuentes el virus de la influenza, para influenza, adenovirus, rinovirus, entre otros. Menos del 10% de las bronquitis tienen origen bacteriano. (Figueira L. , 2012, pág. 195)

El tabaquismo y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica predisponen a la bronquitis. La EPOC es una enfermedad lenta progresiva y en gran parte irreversible que limita el flujo de aire en el pulmón. Esta enfermedad está caracterizada por acumulación de moco, hipertrofia de musculo liso bronquial y engrosamiento de la pared con infiltrado inflamatorio, que involucra el estrés oxidativo y la inflamación en su patogénesis. Es importante tener en cuenta que la tos crónica es uno de los síntomas más comunes de las enfermedades respiratorias, y puede interferir con la calidad de vida de los pacientes. (Figueira L. , 2012, págs. 195-197)

5.5.1 Anatomía pulmonar bronquitis

El pulmón está sujeto a un gran número de enfermedades. Unas afectan los bronquios y otras los lóbulos pulmonares y algunas afectan al conjunto de elementos que constituyen el pulmón. La bronquitis o inflamación de los bronquios, lo mismo que su dilatación, afecta a las ramificaciones bronquiales. El espesor poco considerable de la mucosa de estos conductos, no produce ningún fenómeno importante cuando la inflamación solo ataca a los bronquios gruesos; pero cuando la flegmasía invade los pequeños bronquios (bronquitis capilar), el engrosamiento de la mucosa basta para obliterar en parte estos conductos, e impide la libre circulación del aire a los lóbulos, explica la intensa disnea que acompaña la bronquitis capilar, y la cianosis de la cara que indica una hematosi incompleta. (Fort Joseph Auguste, 1872, pág. 348)

En los primeros días de inflamación de los bronquios, la pequeña cantidad de los mocos exhalado en la superficie de la mucosa bronquial da lugar al estertor sibilante, ruido de silbido percibido por el oído, en el acto de la inspiración y expiración, producido por el paso del aire a través de las mucosidades esperas. Algunos días más tardes, haciéndose las mucosidades más abundantes, se observa el estertor mucoso, con el subcrepitante, sobre todo, en la base del pulmón. Los bronquios pueden ser afectados de dilatación, ya en un solo punto, o ya en varios a la vez. (Fort Joseph Auguste, 1872, pág. 348)

5.6 Bronquitis aguda

Se trata de un proceso inflamatorio de los bronquios, la mayoría de los casos por causa infecciosa. Puede afectar también a la tráquea; este proceso se denomina traqueo bronquitis. Puede ser debida a otros agentes ambientales como alérgenos, gases irritantes o polución. En ocasiones los procesos de bronquitis aguda se presentan en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. (Rodés, piqué, & Trilla, 2007, pág. 337)

La gran mayoría de la bronquitis aguda se deriva de una infección de las vías respiratorias altas y suelen presentarse en personas sanas (sin ninguna patología crónica de base). Son debidas mayoritariamente a causas infecciosas. Se ha estimado que los virus son responsables en más de setenta por ciento de los casos los más frecuentes son; rinovirus, influenza, para influenza y adenovirus. Las bacterias pueden producir bronquitis aguda. Cuando están producidas por virus no requieren antibiótico. (Rodés, piqué, & Trilla, 2007, pág. 338)

La bronquitis es la enfermedad más frecuente en las consultas, siendo en las etapas de otoño e invierno. Se da a cualquier edad, niños, población fumadora y las personas expuestas a irritantes en las vías respiratorias presentando un mayor porcentaje. El diagnóstico de la bronquitis aguda se efectúa por la historia clínica.

En algunos casos será necesaria una radiografía de tórax para descartar la presencia de una neumonía. (Rodés, piqué, & Trilla, 2007, pág. 338)

5.6.1 Síntomas

Síntomas frecuentes, malestar general, dolor de amígdalas, tos seca e irritante, congestión nasal o rinorrea, a veces puede dar fiebre y tener esputo, siendo de coloración verde o amarillo en algunos casos. El diagnóstico de la bronquitis aguda se efectúa por la historia clínica. En algunos casos será necesaria una radiografía de tórax para descartar la presencia de neumonía. (Rodés, piqué, & Trilla, 2007, pág. 339)

La fiebre es alta, con escalofríos y se acompaña de tos y dolor retro esternal, hacia el cuarto o quinto día, la temperatura desciende, la tos es menos propensa y la expectoración más fácil. Si la inflamación desciende a los bronquios finos (bronquios capilares) la fiebre alcanza cifras muy elevadas, la tos aumenta y con ella la expectoración (lo que es más característico) apareciendo disnea y cianosis. Si se complica con bronconeumonía (eventualidad frecuente), la fiebre aumenta con remisiones matutinas y oscilaciones en relación con la producción de nuevos focos. (Antoni Surós Batlló, 2001, pág. 86)

5.6.2 Tratamiento

La bronquitis aguda se trata de forma ambulatoria, excepto en casos de agudizaciones en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. En este punto está indicada la hospitalización inmediata para un mejor control del paciente o para un mejor tratamiento antibiótico por vía endovenosa. El objetivo del tratamiento es aliviar los síntomas con lo siguiente; Antitusígenos: no se debe eliminar la tos en su totalidad, ya que es un mecanismo protector del organismo que ayuda a limpiar las vías respiratorias haciendo salir la mucosidad, Antiinflamatorios

y antihistamínicos: alivian los síntomas como el dolor de garganta, congestión nasal y Antitérmicos para disminuir la fiebre. (Rodés, piqué, & Trilla, 2007, pág. 339)

5.6.3 Prevención

Este tipo de infección respiratoria se transmite por vía aérea, por gotitas microscópicas y por contacto, por lo que es imprescindible una rigurosa higiene personal, una ventilación adecuada de los domicilios de los afectados y evitar el contacto directo con personas que estén pasando la infección. Los niños pequeños en general son transmisores a los adultos de estas infecciones. (Rodés, piqué, & Trilla, 2007, pág. 339)

5.6.4 Etiología microbiana

No se ha podido descubrir un patógeno específico, en la mayoría de las series de casos se cree que, la bronquitis aguda está causada por un amplio rango de virus. Aproximadamente, el 10% de los casos, o menos, se ha atribuido a patógenos bacterianos. Sin embargo, durante la evaluación de la enfermedad debería tenerse en cuenta el incremento reciente de tosferina en adolescentes y adultos. La proporción relativa de casos causados por patógenos diferentes varía según la edad y la estación estudiada, pero lo que es importante, también influyen los medios de diagnóstico utilizados. (John E. Bennett, 2020, pág. 875)

En las pruebas moleculares, y más en los cultivos estándar, se identificaron un número mayor y un rango más amplio de patógenos víricos, especialmente en los adultos, en los que muchas enfermedades representan la reinfección por virus pediátricos frecuentes (VRS, virus de la para influenza), a menudo asociados a propagación viral baja n adultos. Los virus de la gripe A y B se asocian más a brotes de bronquitis aguda en invierno. (John E. Bennett, 2020, pág. 875)

5.6.5 Textura del esputo

Bronquitis aguda: En relación con el esputo, primero son mucosos, fluidos y transparentes, pero en seguida se tornan de color amarillo verdoso, espesos de fácil expulsión. Hay abundantes y variada flora. En caso de macro bacterias, el esputo aparece teñido, ya sea de color verde azulado o rojizo, (Antoni Surós Batlló, 2001, pág. 81)

5.6.6 Patogenia

Es el resultado de la combinación de la cito patogenicidad directa del patógeno y la respuesta inmunitaria del huésped. Debido al tropismo celular y a los mecanismos patogénicos son diferentes en cada virus, no es sorprendente que la localización y la extensión de la cito patología en las vías respiratorias también varíen. Los cambios histopatológicos que se producen en las vías respiratorias durante la infección se han descrito mejor en el virus de la gripe. Existen muchas evidencias de que las respuestas inmunitarias contribuyen significativamente ala patogenia de la enfermedad en la bronquitis aguda. La respuesta inmunitaria innata, que se caracteriza por liberación inducida por virus de citosinas pro inflamatoria y quimosinas por las células epiteliales respiratorias y las células inmunitarias. (John E. Bennett, 2020, pág. 876)

Se cree que es probable que la respuesta inmunitaria sea responsable de la hiperreactividad prolongada de las vías respiratorias que puede observarse hasta las 6 semanas después de la infección con el virus de la gripe o el VRS en adultos normales. Entre las causas bacterianas de la bronquitis aguda es la B. pertussis, es única porque su expresión de toxinas puede desempeñar una función en los síntomas clínicos, incluyendo la tos característica prolongada. Sin embargo, aún no se ha definido una toxina especifica de la tos “tosferina” (John E. Bennett, 2020, pág. 876)

5.7 Bronquitis crónica

Es una afección de larga duración no cursa con fiebre, se caracteriza por tos frecuente y con esputo. Este padecimiento es el resultado de una irritación prolongada de la mucosa que tapiza los bronquios, puede ser producida por alérgenos, como el humo del tabaco o permanecer en ambientes húmedos con mohos. (Encinas Martínez, 2012, pág. 256)

La bronquitis crónica se ha definido en términos clínicos como la presencia de tos y expectoración durante por lo menos tres meses de cada año en dos años consecutivos, operativa sigue siendo útil en trabajos científicos, como límite para criterios de inclusión o exclusión de pacientes, y como uno de los criterios clínicos para sospechar la presencia de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. (Giraldo, 2008, pág. 2)

La tos y la expectoración pueden estar presentes por años antes de demostrar lo contrario del flujo aéreo, por el contrario, unos pacientes pueden llegar a mantener obstrucción leve al flujo de aire, sin ningún síntoma relevante de tos o producción de esputo. La tos y expectoración típicamente aumentan en cantidad y purulencia durante las exacerbaciones de la enfermedad, y disminuyen sin desaparecer completamente en las inter crisis. (Giraldo, 2008, pág. 2)

La bronquitis crónica tiene un concepto caracterizado por siempre presentar tos y expectoración por 2 meses continuos, cada año por 2 años seguidos, siempre y cuando se haya omitido otras causas de expectoración crónica. Desde el punto de vista del epidemiológico, en estudios de población, la definición que mejor refleja la prevalencia es la que se basa en el espirómetro realizado después de la administración de un broncodilatador ya que puede disminuir el sesgo relacionado con la presencia de asma. (Giraldo, 2008, pág. 8)

Los cambios en las vías respiratorias que se producen en esta enfermedad son el resultado de la inflamación e irritación crónica de ésta. Los cambios anatomopatológicos que se producen en las vías respiratorias incluyen pérdida de

la acción ciliar, hipertrofia de las glándulas mucosas (hiperplasia de las células caliciformes) y edema de la mucosa bronquial, lo cual contribuye a un incremento de la producción de moco que pueden acabar obstruyendo los bronquiolos. A medida que la enfermedad evoluciona, las crisis agudas aumentan en gravedad y duración. Se pueden producir insuficiencia respiratoria y trastornos cardíacos. (Pamela L. Swearingen, 2000, pág. 38)

5.7.1 Prevalencia mundial

La prevalencia basada en el diagnóstico médico previo puede ser útil para determinar la enfermedad clínicamente significativa; aquella basada en los síntomas referidos por el paciente (bronquitis crónica) puede ser útil para estimar la carga de la enfermedad sobre la sociedad, y la basada en la espirometría puede ayudar a establecer el diagnóstico temprano de la enfermedad, al igual que la frecuencia de los diferentes grados de severidad de la misma. (Giraldo, 2008, pág. 9)

5.7.2 Programas de rehabilitación

Los programas de rehabilitación respiratoria mejoran la función muscular y la capacidad de ejercicio de los pacientes con EPOC. También se ha reportado mejoría de la capacidad oxidativa de los músculos esqueléticos posterior al entrenamiento físico en pacientes con enfermedad severa. Estas observaciones apoyan la importancia etiopatogénica en las alteraciones de los músculos esqueléticos de estos enfermos. Sin embargo, la persistencia de algunas anomalías musculares posterior al entrenamiento físico. (Giraldo, 2008, pág. 25)

5.7.3 Cuadro clínico

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una enfermedad que incluye los hallazgos patológicos del enfisema pulmonar, la bronquitis crónica y de la denominada enfermedad de las vías aéreas periféricas. La mayoría de los pacientes se encuentran porcentajes diferentes de cada entidad, hay enfermos con cuadros clínicos graves de enfisema pulmonar o bronquitis crónica, que clínica y patológicamente son bastante diferentes, así como en algunos de sus exámenes paraclínicos. La diferenciación de estos dos tipos de pacientes puede resultar útil para el clínico no solo en el sentido terapéutico, sino también en lo referente al pronóstico de la enfermedad. (Giraldo, 2008, pág. 33)

5.7.4 Fisiopatología

La bronquitis crónica es un proceso inflamatorio desarrollado fundamentalmente en la vía aérea periférica, con o sin compromiso del parénquima pulmonar. Se conoce que la inflamación bronquial o la presencia de macrófagos marcados, llamados o conocidos como macrófagos pardos, son uno de algunos cambios rápidos de la bronquitis crónica siendo con más relevancia en pacientes fumadores sintomáticos. Posteriormente se desarrolla daño del epitelio bronquial con hiperplasia e hipertrofia de las células caliciformes y de las glándulas mucosas con la consiguiente hipersecreción y retención de moco que constituye el común denominador de la enfermedad. (Giraldo, 2008, pág. 39)

5.7.5 Valoración

Indicadores crónicos: Tos matutina, anorexia, cianosis, edema postural; Indicadores agudos (crisis): Fiebre, disnea, respiración jadeante, ortopnea y Exploración física:

Uso de los músculos respiratorios accesorios, espiración prolongada, hipocratismo digital, disminución de la caja torácica, edema maleolar, distensión de las venas del cuello. (Pamela L. Swearingen, 2000, pág. 38)

5.7.6 La citología

Señala el origen de los esputos y las lesiones que los producen. En las formas fibrosclerosas, la expectoración es la propia de la bronquitis crónica avanzada, con dilatación bronquial. No existen células alveolares que pueden señalar la adición de lesiones del parénquima, porque el alveolo está destruido por la fibrosis; si esta es antracática (mineros), se presenta el “esputo negro” cuyo valor, cuando esta coloración es muy súbita, es patognomónico. Bronquitis crónica y bronquiectasias: el curso es apirético, salvo en fases de agudización, en que también aumenta la expectoración (Antoni Surós Batlló, 2001, págs. 82-86)

5.7.7 Textura del esputo

Bronquitis crónica: La expectoración puede ser muy escasa, caracterizando la bronquitis seca (o “catarro seco”), pero más frecuente es la secreción verdosa, en donde el esputo, mezcla de moco y pus, es globuloso, de color amarillo o gris verdoso e inodoro. Contiene abundantes fibras y mucopolisacáridos ácido y microorganismos con predominio de neumococos y *Staphylococcus aureus*. Algunas veces las secreciones bronquiales se solidifican formando moldes bronquiales de fibrana o mucina, que se expulsan tras una crisis aguda de tos y disnea. Son las bronquitis fibrinosas, pseudomembranosa o plástica. (Antoni Surós Batlló, 2001, pág. 81)

5.7.8 Pruebas diagnósticas

En ellas están: Radiografía de tórax, puede mostrar un diámetro anteroposterior normal. Gasometría arterial, revela hipoxemia e hipercapnia. Oximetría, muestra una disminución de la saturación de oxígeno. Cultivo de esputo, puede mostrar la presencia de organismos infecciosos. Hemograma, puede mostrar una Hb crónicamente elevada. Pruebas de función pulmonar, mostrara una reducción de la capacidad vital. (Pamela L. Swearingen, 2000, pág. 39)

5.8 Radiografía de Tórax

Una radiografía simple de tórax puede ayudar a detectar una anormalidad en un paciente asintomático, sirviendo de guía para planificar los procedimientos diagnósticos sucesivos. Sin embargo, en muchas ocasiones resulta ser un procedimiento inútil ya que no es capaz de revelar patologías pulmonares en pacientes clínicamente enfermos. Existen imágenes radiológicas que son consideradas específicas de determinadas patologías cuando se les relaciona con los signos y síntomas que presenta el paciente. (Arias, Aller, Arias, & Aldamendi, 2000, pág. 18)

5.9 Gasometría Arterial

Es la determinación de gases en sangre. La mejor muestra de sangre para la medición de gases es la que se obtiene de una arteria, las arterias braquiales o radiales son los vasos que con mayor frecuencia se utilizan para realizar la punción y posterior análisis de la sangre. También puede utilizarse en la arteria femoral, pero la punción de las mismas solo debe reservarse en caso de no obtener resultado con las anteriores. (Arias, Aller, Arias, & Aldamendi, 2000, pág. 25)

5.10 Tratamientos interdisciplinarios

Oxigenoterapia: para tratar la hipoxemia y Fisioterapia pulmonar: para ayudar a desprender y movilizar las secreciones pulmonares. Farmacoterapia: Broncodilatadores: para abrir las vías respiratorias, relajan los músculos lisos. Esteroides (prednisona) para disminuir la inflamación y aumentar así el flujo aéreo. Antibióticos: basados en los estudios de sensibilidad de los cultivos de esputo. Diuréticos o restricción de sodio, para reducir la sobrecarga de líquidos cuando hay complicaciones cardíacas, como una insuficiencia cardíaca. Líquidos intravenosos o por vía oral: para favorecer una hidratación adecuada. (Pamela L. Swearingen, 2000, pág. 39)

5.11 Biopsia Pulmonar

La biopsia pulmonar es reconocida ampliamente como herramienta valiosa para el diagnóstico y el tratamiento de diferentes patologías pulmonares. Las diferentes técnicas utilizadas actualmente, como la biopsia pulmonar abierta (BPA), la biopsia con cirugía video toracoscópica y la biopsia pulmonar transbronquial (BTB) y la criobiopsia pulmonar transbronquial (CBTB), pueden ser diagnósticas cuando se realizan en circunstancias adecuadas y si son evaluadas por el anatomopatólogo con varias precauciones. Aunque los hallazgos morfológicos observados en las muestras de biopsia pulmonar pueden representar una patología específica, en muchas circunstancias estos cambios pueden ser inespecíficos que deben ser correlacionados con la presentación clínica y radiológica. (Zander & Farver, 2018, pág. 8)

5.12 Semiología en bronquitis

La tos es signo inespecífico que aparece en casi todas las afecciones del aparato respiratorio. Se trata de un reflejo defensivo que tiende a estereotiparse por facilitación y causa psíquica. La Tos seca es la principal característica de la bronquitis. Es una tos clara, a oponer a la tos perruna, ronca, áspera oscura. (Antoni Surós Batlló, 2001, pág. 75)

5.13 Intervenciones de enfermería en bronquitis

Auscultar los ruidos respiratorios cada 2-4 horas y después de toser, enseñe al paciente la técnica de “doble tos”, realice fisioterapia respiratoria según esté indicado para movilizar las secreciones pulmonares, consulta dietética para proporcionar la dieta adecuada al paciente y explique al paciente y a sus familiares la importancia de una buena nutrición en el tratamiento de la bronquitis crónica. (Pamela L. Swearingen, 2000, págs. 39, 40)

5.13.1 Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC)

Es un medio para identificar el tratamiento que las enfermeras realizan, organizar esta información en una estructura coherente y proporciona el lenguaje para comunicarse con las personas, familias, comunidades, miembros de otras disciplinas y la población en general. Se utiliza la NIC para documentar el trabajo de las enfermeras en la práctica tenemos los medios para determinar el impacto de los cuidados de enfermería en los resultados de los pacientes. útil para la planificación de los cuidados, documentación clínica, comunicación de cuidados en distintas situaciones, la integración de datos entre sistemas y situaciones, la investigación eficaz, la cuantificación de la productividad, la evaluación de la competencia, la

retribución la docencia y el diseño de programas. (Butcher, Bulechek, Dochterman, & Wagner, 2018, pág. 2)

La Clasificación incluye las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería en función de las pacientes intervenciones tanto independientes como en colaboración, y cuidados tanto directos como indirectos. Una intervención se define como cualquier tratamiento, basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional de la enfermería para mejorar los resultados de un paciente. La NIC es la disposición de todos los profesionales de la salud que deseen emplearla para describir sus tratamientos. (Butcher, Bulechek, Dochterman, & Wagner, 2018, pág. 2)

Las intervenciones NIC incluyen tanto el ámbito fisiológico (Manejo ácido básico) como el psicosocial (Disminución de la ansiedad). Las intervenciones están agrupadas en siete dominios y treinta clases para facilitar su uso. Los 7 dominios son: 1) Fisiológicos: básico, 2) Fisiológico: complejo, 3) conductual, 4) Seguridad, 5) Familia, 6) Sistema sanitario y 7) comunidad. La taxonomía de la NIC, se codificó por varias razones: 1) para facilitar su uso informático, 2) para facilitar una manipulación sencilla para manipular de los datos, 3) para aumentar la articulación con otros sistemas codificados, y 4) para permitir su uso en las retribuciones. Cada intervención tiene un número único compuesto de cuatro espacios. (Butcher, Bulechek, Dochterman, & Wagner, 2018, pág. 3)

5.13.2 Desarrollo de la NIC

La investigación para desarrollar la NIC empezó en 1987 y ha pasado por cuatro fases que se han solapado en el tiempo: Fase I: Elaboración de la clasificación 1987-1992. Fase II: Elaboración de la taxonomía 1990-1995 Fase III: Prueba y perfeccionamiento clínico 1993- 1997 Fase IV: Uso y mantenimiento (1996) (Butcher, Bulechek, Dochterman, & Wagner, 2018, pág. 4)

5.13.3 Uso de la NIC en la práctica

Selección de una intervención: los profesionales de enfermería utilizan el criterio clínico con las personas, familiares y comunidades para mejorar su salud, aumentar su capacidad de afrontar los problemas capacidad y fomentar su calidad de vida. Al elegir una intervención deben tenerse en cuenta seis factores: Resultados deseados en el paciente parte numero 1). Los resultados describen conductas, respuestas y sentimientos del paciente debido a los cuidados administrativos. Son muchas las variables que afectan a los resultados, entre ellos el problema clínico, las intervenciones prescritas por los proveedores sanitarios, los propios proveedores de los cuidados, la propia motivación del paciente, así como sus familiares. (Butcher, Bulechek, Dochterman, & Wagner, 2018, págs. 4, 5)

Características del diagnóstico de enfermería parte 2; Los resultados y las intervenciones se seleccionan en función de diagnósticos de enfermería concretos. El uso de lenguaje de enfermería normalizado comenzó a principios de 1970 con el desarrollo de la clasificación de los diagnósticos de enfermería de la NANDA. Un diagnóstico de enfermería según NANDA-I es un “juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud/proceso vital, o vulnerabilidad para esa respuesta, de una persona, familia, grupo o comunidad”. (Butcher, Bulechek, Dochterman, & Wagner, 2018, pág. 5)

Investigación sobre la investigación

Butcher afirma: “Las enfermeras viven en la era de la práctica basada en la evidencia”. PBE. Es la integración de la mejor evidencia del resultado de la investigación con la experiencia clínica. Para determinar cuál es la mejor práctica, se debe similar y utilizar la evidencia basada en la investigación a la hora de elegir las intervenciones. Por lo tanto, el profesional de enfermería que utiliza una intervención debe estar familiarizado con su base de investigación. La investigación

indicará la efectividad del uso de la intervención con cierto tipo de paciente. Algunas intervenciones y sus actividades de enfermería correspondiente han sido ampliamente probadas para poblaciones específicas, pero otras todavía han de evaluarse y se basan en el conocimiento clínico experto. (Butcher, Bulechek, Dochterman, & Wagner, 2018, pág. 5)

Factibilidad para realizar la intervención

Las inquietudes sobre la factibilidad incluyen la forma de que la intervención particular interactúa con otras intervenciones, tanto las del personal de enfermería como las de otros profesionales sanitarios. Es importante que el personal de enfermería se involucre en el plan completo de cuidados del paciente. Otras inquietudes de factibilidad fundamentales en el contexto actual de cuidados sanitarios, son el coste de la intervención y el tiempo necesario para su puesta en práctica. El personal debe considerarse las intervenciones de otros proveedores, el coste de la intervención, el entorno y el tiempo que se tarda en aplicar adecuadamente una intervención a la hora de escoger una vía de acción. (Butcher, Bulechek, Dochterman, & Wagner, 2018, pág. 6)

Aceptación por el paciente

La intervención debe ser aceptable para el paciente y su familia. El profesional de enfermería puede recomendar frecuentemente opciones de intervenciones para ayudar a conseguir un resultado concreto. Para facilitar una elección tras ser informado se deben proporcionar datos al paciente sobre cada intervención y del modo en el que se espera que participe. Aún más relevante es que, al elegir una intervención, deben tenerse en cuenta los valores, las creencias y la cultura del paciente. (Butcher, Bulechek, Dochterman, & Wagner, 2018, pág. 6)

Capacidad del profesional de enfermería

El profesional debe estar en condiciones de llevar acabo cada intervención concreta. Para el profesional de enfermería sea competente para poner en práctica la intervención debe: 1) tener conocimiento del fundamento científico de la intervención, 2) poseer las habilidad psicomotoras e interpersonales necesarias y 3) ser capaz de trabajar en cada caso concreto para utilizar de manera eficaz los recursos sanitarios. (Butcher, Bulechek, Dochterman, & Wagner, 2018, pág. 6)

5.14 Persona adulta mayor (de 60 años en adelante)

Comprende a las personas de 60 años y más. Los cambios biológicos y fisiológicos los hacen un grupo vulnerable, por lo que la atención debe ser integral y diferenciada para abordar los problemas de salud. Esto cambios han hecho que exista la especialidad de geriatría, que atiende la salud de la persona mayor y la gerontología que atiende socialmente la integración social de la misma. Es importante conocer los factores de riesgo en los cambios del envejecimiento. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2018, pág. 719)

5.15 Clasificación de la salud de la persona mayor

Persona mayor activa y saludable: Aquella sin antecedentes de riesgos, sin signos de peligro, ni síntomas atribuibles a enfermedades agudas, sub agudas o crónicas y con examen físico normal. El objetivo fundamental de la atención a este grupo poblacional en el primer y segundo nivel de atención, es la promoción de la salud y la prevención primaria de enfermedades, específicas. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2018, pág. 719)

Persona mayor enferma: Aquella que presenta alguna afección aguda, sub aguda o crónica en diferente grado de gravedad, habitualmente no incapacitante y que no cumple los criterios de persona mayor frágil o paciente geriátrico complejo. El objetivo prioritario; es la atención del daño, la rehabilitación y acciones preventivas.

Dependiendo de las características y complejidad del daño, esta persona será atendida en el servicio de salud local o referida a otro servicio de mayor complejidad, según las necesidades de la persona, (válido para toda la red de servicios de salud). (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2018, pág. 719)

Persona adulto mayor débil: es aquella que cumple con más de dos condiciones siguientes: más de 80 años, dependencia total, problema o deterioro cognitivo leve o grave, con varias manifestaciones de depresión “Escala de Depresión Geriátrica de YESAVAGE”, riesgo social: según la “Escala de Valoración Socio-Familiar de GIJON”; Contagios: más de tres contagios en el año, pluripatología: más de tres enfermedades crónicas. Enfermedad crónica que condiciona, incapacidad funcional parcial. Ejemplo déficit visual, auditivo, osteoartritis, secuelas de evento cerebro vascular, enfermedad de Parkinson, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca reciente, entre otras. Polifarmacia: toma más de tres fármacos por patologías crónicas y por más de 6 semanas, hospitalización en los últimos 12 meses e Índice de masa corporal -IMC menor de 18 (bajo peso) o mayor de 30 (obesidad), El objetivo principal para atención de la persona mayor frágil, es la prevención secundaria y terciaria. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2018, págs. 719, 720)

El proceso o enfermedad principal tiene carácter incapacitante, deterioro cognitivo severo. Existe un problema social en relación con su estado de salud; según la “Escala de Valoración Socio Familiar de GIJON”. Una persona con enfermedad terminal como: cáncer avanzado, insuficiencia cardíaca terminal y otras enfermedades con un pronóstico de vida menor de seis meses; El objetivo principal en este grupo es el asistencial, tanto terapéutico como rehabilitador. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2018, pág. 720)

5.16 Tercera edad y sus cambios

Es común que las personas tengan un proceso negativo sobre la etapa de la tercera edad. Esta etapa está llena de miedos siendo las dificultades a las que enfrenta la persona, aumentan cada año, años más atrás la forma de ver la vida era menor que ahora. Antes no tenían por qué preocuparse por padecer Alzheimer, o por no poder moverse o dejar de realizar las cosas habituales, la gente moría por “vieja”, aunque no se conocen las causas, el avance de la tecnología, biotecnología y la medicina ha hecho incrementar la expectativa de vida, así como diagnosticar enfermedades que antes no se sabían si existían. (Peña Moreno, Macías Núñez, & Morales Aguilar, 2011, pág. 7)

5.17 Envejecimiento

El envejecimiento es conocido como senescencia, la cual abarca una serie de modificaciones fisiológicas en los seres vivos con el paso del tiempo; las cuales disminuyen la adaptación de los organismos ante las respuestas nocivas del contexto que les rodea. Esto significa que un individuo que envejece se vuelve vulnerable ante situaciones que antes podía sobrellevar a partir de su adaptación utilizando sus órganos, músculos, huesos, sistemas o microorganismos. (Peña Moreno, Macías Núñez, & Morales Aguilar, 2011, pág. 7)

5.18 Envejecimiento Primario y Secundario

El envejecimiento primario se refiere a las características y procesos que ocurren universalmente con la edad con todos los miembros de un determinado género y de una determinada especie, es decir, los efectos acumulativos con el paso del tiempo y los cambios biológicamente heredados. Estos cambios afectan a nivel orgánico y

sistémico, bajando la reserva funcional del cuerpo y subiendo la probabilidad de enfermar más grave y morir. El envejecimiento en el adulto se va dando a medida que aumente la edad y también las influencias externas que dan efectos acumulativos de años atrás en las células. Entre estas influencias se encuentran las características de la primera infancia la radiación ultravioleta, rayos X, el tabaquismo y el estrés físico y mental durante toda la vida. Estos dos tipos de envejecimiento producen alteraciones fisiológicas como alteración de las defensas inmune y del metabolismo, cambios psicológicos como mayor estrés, perdida de la autoestima, aislamiento y prejuicios sociales, así como también producen mayor disponibilidad de tiempo libre y nuevos contactos sociales. (Gomez Montes, 2021, pág. 76)

Las personas científicas estudiadas del proceso del envejecimiento han separado por categorías a los adultos mayores en tres grupos: Primero: Viejo – Joven, entre los 65 y 74 años de edad y su funcionamiento es activo y enérgico, Segundo: Viejo – Viejo, entre los 75 y 84 años y con posibilidades de ser más frágil que los del grupo anterior y Tercero: Viejo de edad avanzada, mayor a los 85 años, quien con seguridad es enfermizo y presenta dificultades para desarrollar actividades de la vida diaria. Aunque en la actualidad, se clasifican según la edad funcional que manifiesta cada uno, o sea, que tanto se desenvuelve de manera óptima el adulto mayor, en los aspectos físicos y sociales. (Peña Moreno, Macías Núñez, & Morales Aguilar, 2011, págs. 7,8)

5.19 Desarrollo y cambios de la tercera edad

En la actualidad los científicos luchan por encontrar el elixir de la vida, con frecuencia salen al mercado productos que previenen el envejecimiento, pero, ¿Cómo se da el envejecimiento? ¿Qué ocasiona el envejecimiento? Son varias preguntas que siguen siendo importante tema de investigación ya que aún no hay nada claro que explique este gran proceso; sin embargo, se dice que se da por varios factores naturales, físicos y ambientales. Por lo tanto, podemos decir que el envejecimiento es el resultado de un proceso largo y continuo de las diferentes

etapas que conforman el ciclo de vida; dentro del cual sigue el desarrollo y adaptación a cambios como son: cambio de roles, capacidades y relaciones, entre otros. (Peña Moreno, Macías Núñez, & Morales Aguilar, 2011, pág. 8)

Las causas del envejecimiento será hablar en correlación de lo que lo proviene. Si el envejecimiento está asociado a la degeneración progresiva de las células y a la pérdida de las capacidades regenerativas. Es importante considerar los factores internos y externos que pueden ayudar a prevenir en dicha etapa de la muerte prematura y mejorar la calidad de vida. De manera general, evitar los excesos (como el cigarro, el alcohol, o las drogas) nos ayuda a mantener una salud equilibrada; aunado a una dieta balanceada, que incluya los nutrimentos variados, y proporcione los antioxidantes necesarios para contrarrestar dichos cambios celulares; así como también la práctica del deporte, el ejercicio o la terapia física, el cuidado de la salud, al tratamiento durante enfermedades y el uso continuo de habilidades cognitivas como el pensamiento crítico que ayudan a estar día a día en pro de nuestro propio cuidado. (Peña Moreno, Macías Núñez, & Morales Aguilar, 2011, pág. 8)

5.20 Cambios y características del adulto mayor

En esta como en todas las etapas de la vida, existen cambios en diferentes dimensiones, veamos cuales son alguno de estos cambios que se presentan y por qué disminuyen las capacidades al paso de los años. Cambios presentes en el ser humano al aspecto: Físico, Psicológico, social y laboral. (Peña Moreno, Macías Núñez, & Morales Aguilar, 2011, pág. 8)

Este proceso de cambios físicos sucede en personas de la tercera edad, es la más preocupante para el ser humano, ya que tiene que ver con “lo que hizo o no en su vida pasada”, lo que identifica a las personas como un ser funcional e independiente de todo a lo largo de la vida. Algunos de los cambios que se dan a nivel físico implican demasiado el desgaste de nuestras actividades, mencionándose el cuerpo humano. Las características físicas más comunes que se presentan en el

envejecimiento se encuentran: disminución de las capacidades sensoriales tales como: visual, auditiva, gustativa, olfativa e incluso táctil, dificultades en el sistema inmunológico, dificultades musculo-esqueléticas (disminución de la masa muscular y aumentan las grasas). (Peña Moreno, Macías Núñez, & Morales Aguilar, 2011, págs. 8,9)

Esta dimensión cuando se refiere al envejecimiento Psicológico, lo más relevante son los deterioros en la pérdida de memoria, la cual frecuentemente está asociada con la enfermedad de Alzheimer; sin embargo, no son exclusivos de dicho trastorno ya que los cambios normales que se dan en la vejez tienen que ver con el funcionamiento cognoscitivo, así como los cambios afectivos y de personalidad los cuales también deben ser considerados normales y esperados. Existen dos tipos de formas de afrontamiento que se dan en la persona adulto mayor ante todos los cambios y pérdidas sufridas: el buen uso de las defensas adaptables y el modelo de valoración cognoscitiva. La primera hace gran referencia a distintas conductas que dan un ajuste psicosocial, como lo es, el humor y la supresión (no desanimarse), anticiparse y sublimación. Y la segunda se refiere a lo que la gente elige de manera consciente estrategias de afrontamiento con base en la forma en la que percibe y analiza una situación. (Peña Moreno, Macías Núñez, & Morales Aguilar, 2011, pág. 10)

En esta dimensión las personas adulto mayor cambian su rol: las personas de su alrededor o a su cargo les quitan toda responsabilidad y dependencia, como también la iniciativa para toma de diferentes decisiones; es importante tomar en cuenta que las personas de la tercera edad son a las principales que se debe recurrir para sugerencias, consejos u opiniones. La economía es incentivada por la familia, por lo que esta sigue siendo el apoyo central y la base para las relaciones sociales, lo que estimula la búsqueda de grupos de iguales en diferentes ámbitos, como la iglesia, grupos de apoyo o la comunidad. (Peña Moreno, Macías Núñez, & Morales Aguilar, 2011, pág. 10)

En esta etapa laboral llega el tiempo de cambiar el rol y horario de trabajo por el de jubilado y administrar cada hora que antes se utilizaban para el trabajo, en nuevas

horas de entretenimiento o en la búsqueda de nuevas actividades recreativas o deportivas, también actividades como manualidades o emprender algún negocio, juegos de mesa o apuestas, actividades como yoga o religiosas como ir a la iglesia; así como también ocupar tiempo para la pareja, en ese tiempo donde se presentó el nido vacío. Antes que se llegue a esta fase de la vida es importante irse preparando en la adaptación para evitar o prevenir efectos negativos como el sentirse como una persona “no activa o ineficaz” y mejorar la calidad de vida, viviendo esta etapa como de descanso y disfrute. (Peña Moreno, Macías Núñez, & Morales Aguilar, 2011, págs. 10,11)

5.21 Virginia Henderson

Fue una enfermera norteamericana que Nació en el año 1897 en Kansas City y falleció en marzo de 1996, como otras tantas enfermeras de su tiempo, su interés por la enfermería tiene lugar durante la primera guerra mundial. En 1918 entro a la escuela de enfermería de la Armada en Washington D.C. fue su graduación en 1921. Dio inicios a su trabajo profesional como enfermera y como maestra de enfermería. Unos años después ingresa a la universidad, donde estudio el grado de Maestra en Artes con especialización en maestra de Enfermería. En 1953 ingresa a la universidad de Yale, donde desarrolla sus principales atribuciones en la investigación de enfermería y donde permaneció activa como asociada emérita de investigación hasta la década de los 80. (González M. d., 2003, pág. 11)

Se dio a conocer durante los años 60, al revisar el libro de Bertha Harmer. Que se publicó y se dio a conocer en lenguaje español con el nombre de Tratado de Enfermería Teórica y práctica y que ayudo en muchas escuelas de enfermería. El modelo de enfermería de Virginia Henderson ha sido clasificado por las teoristas, en el grupo de la Enfermería Humanística, porque considera a la profesión de Enfermería como un arte y una ciencia. (González M. d., 2003, pág. 11)

Supuestos principales del modelo conceptual de Virginia Henderson. Supuestos: “Cada persona lucha por mantener la salud o por recuperarla, y de ser independiente en cuestiones de salud”. Un estado saludable es aquel en que el ser humano experimenta una sensación de completo bienestar, físico y mental o comodidad, del cual nos hacemos más conscientes cuando perdemos la salud, es entonces cuando buscamos los medios por recuperarla lo más rápido posible. Cuando el ser humano aprecia en gran manera su salud, dichos medios están encaminados a conservar ese estado saludable, mediante la puesta en práctica de medidas preventivas. “Cada individuo es una totalidad compleja, (un ser bio-psico-social) que requiere satisfacer necesidades fundamentales. (González M. d., 2003, pág. 11)

La jerarquía de necesidades de Abraham Maslow encaja las necesidades biológicas en el primer plano y menciona que el individuo tiene que satisfacer como prioridad, y poder acceder a todas las demás áreas. “Cuando una necesidad no se satisface el individuo está incompleto, en su integridad, no puede ser independiente.” El termino independiente significa que el individuo no depende de otra persona, está seguro que tiene los conocimientos, la fuerza y la voluntad que son necesarios, para ejecutar las acciones que se requieren para conservar o recuperar la salud. (González M. d., 2003, pág. 11)

“La enfermera tiene una función principal e importante, con valores, aunque comparta varias funciones con otros profesionales de la salud”. La enfermera que orienta su estudio a la práctica según las indicaciones de un modelo conceptual, tendrá una identificación profesional más concreta y certera, esto le ayuda a afirmarse como colega de las otras áreas del equipo de salud. “Cuando la enfermera desempeña el papel de médico, delega su función primaria en personal preparado de forma inadecuada.” La enfermera que no tiene claro su propio papel, cederá con facilidad a prestar sus servicios a algún otro proveedor de cuidados, que puede no tener los conocimientos requeridos de la profesión. La sociedad busca y espera este servicio, de la enfermería y ningún otro trabajador es tan capaz de ofrecerlo como la enfermera. (González M. d., 2003, pág. 12)

Enfermería es la función singular de la enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo; a recuperarse, o mantener su independencia en la realización de las actividades que contribuyan a la conservación de su salud o la recuperación (o una muerte pacífica), actividades que el paciente llevaría a cabo sin ayuda, si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible. Henderson dice que la enfermera trabaja en relación de interdependencia con otros profesionales de la salud, y compara las porciones de una tarta, con el grado de habilidades, destrezas y conocimientos en la participación de los profesionales del equipo de salud en la atención del paciente. Las porciones de la tarta varían de acuerdo a las necesidades del paciente. (González M. d., 2003, pág. 12)

La meta es que el paciente represente la porción más grande de la tarta al ir recuperando su independencia. Virginia Henderson afirma que la enfermera es, y debe ser legalmente, una profesional independiente, capaz de hacer juicios independientes. Considera a la enfermera como la mayor autoridad en los cuidados básicos de enfermería. Clasifica estos cuidados básicos en 14 componentes o necesidades básicas del paciente, que incluyen todas las posibles funciones de la enfermera. (González M. d., 2003, págs. 12, 13)

Las necesidades Básicas del ser humano son las siguientes: Respirar sin ayuda artificial, comer y beber alimentos independientemente, eliminar los desechos corporales por todas las vías adecuadas, moverse y mantener una buena postura corporal; dormir y descansar horas completas, evitar el dolor y ansiedad en todos los ámbitos. Seleccionar ropas apropiadas, vestirse o desvestirse independientemente. Mantener entre los límites normales la temperatura corporal y la integridad de piel. Evitar peligros ambientales e impedir que perjudiquen a otros, comunicar las emociones, necesidades, temores u opiniones; Vivir según valores y creencias., trabajar de manera que exista un sentido de logro, jugar y participar en actividades recreativas, aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud, hacer uso de las instalaciones sanitarias disponibles. (González M. d., 2003, pág. 13)

El individuo tiende a la independencia en satisfacer de sus necesidades básicas y debe tener un buen equilibrio fisiológico y emocional. La mente (cerebro) y el cuerpo del ser humano son inseparables y son los órganos principales del ser vivo. La persona es capaz de aprender durante toda su vida. El paciente conforma una unidad. (González M. d., 2003, pág. 13)

Henderson considera la salud como un estado de completo bienestar, independencia total o satisfacción adecuada de las necesidades fisiológicas. Enfermedad, por lo tanto, es la ausencia o disminución de la salud y un estado de dependencia basada por la insatisfacción o la satisfacción inadecuada de las necesidades fisiológicas del ser humano. La salud es una cualidad de la vida y es básica para el correcto funcionamiento del organismo humano es la que mantiene la integridad de la persona. “Es la calidad de la salud más que la vida en sí misma, ese margen de vigor físico y mental, lo que le permite a una persona trabajar con máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida” (González M. d., 2003, págs. 13, 14)

Hay desconocimiento de los mecanismos de acción del desarrollo de enfermedades, de los recursos de salud, de los cuidados que se deben tener cuando suceda la enfermedad para evitar su desarrollo y propagación en la población, en general lo que se refiere a prevención, curación y rehabilitación. (González M. d., 2003, pág. 14)

El entorno es el medio ambiente en que el individuo desarrolla su actividad: hogar, trabajo, escuela, hospital. Los individuos sanos pueden ser capaces de controlar su entorno físico inmediato, la enfermedad puede interferir en la capacidad, por lo tanto, las enfermeras deben de proteger a los pacientes de lesiones producidas por agentes externos a su enfermedad, mecánicos o físicos. Virginia Henderson afirma que la enfermera obtendrá una gratificación inmediata al ver los progresos del paciente para lograr su independencia e incorporarse a la sociedad. (González M. d., 2003, pág. 14)

Las 15 funciones de los cuidados de enfermería nos orientan a la valoración y diagnóstico de enfermería, planificación, realización y evaluación de todos los

cuidados de enfermería. El diagnóstico de cada paciente, se basa en el grado de dependencia o independencia que ellos tengan, según sus necesidades, y el resultado de la valoración. En esta fase se puede usar perfectamente la Taxonomía Diagnóstica I de la Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería. (NANDA, IX Conferencia, 1990). En la fase de planificación se realiza el plan que dé respuesta a cada una de las necesidades del paciente, y que integre tres tipos de funciones ejecutando la enfermería, (independientes, dependientes e interdependientes) así como las que el paciente puede ejecutar. Este plan se actualizará de acuerdo a los cambios que se van presentando durante la recuperación del paciente. En la fase de ejecución, la enfermera ayuda al paciente a realizar actividades para mantener la salud, para recuperarse de la enfermedad (o tener una muerte pacífica). (González M. d., 2003, pág. 14)

La evaluación se realiza según el grado o nivel de capacidad del comportamiento independiente del paciente. En paciente neonato o niño y el que se encuentre inconsciente no pueden ser independientes por sí mismos, pero la madre y los familiares, si pueden aprender y apoyar a darles los cuidados necesarios de manera independientes, si en todo caso reciben la orientación educativa esencial y oportuna por parte de la enfermera o profesional de la salud. Henderson identificó tres niveles de la relación entre la enfermera y paciente: primero la enfermera como sustituto del paciente, segundo la enfermera como ayuda del paciente; y tercero la enfermera como compañera y orientadora del paciente. (González M. d., 2003, pág. 14)

Virginia Henderson afirma que, la enfermera para que ejerza con experiencia por derecho propio y utilice del enfoque científico en sus conocimientos rigurosos y tener criterio profesional, en su área laboral, debe de tener el tipo de formación que solo se da en las instituciones de educación superior y en las universidades en el área de salud. Esto es, la formación a nivel de licenciatura, o al equivalente. (González M. d., 2003, pág. 15)

Propuesta de un Plan de Estudios para Enfermería. Henderson diseñó un plan de estudios en tres fases. El punto central de cada una de las fases permanece igual: asistir al paciente cuando necesita fuerza, voluntad o conocimiento para realizar sus

actividades diarias o para llevar a cabo la terapia prescrita, con el objetivo final de la independencia. En la primera fase, el énfasis recae en las necesidades fundamentales del paciente, la planificación de los cuidados e intervenciones de enfermería y la función particular de la enfermera en la asistencia para que el paciente lleve a cabo sus actividades diarias. En esta fase el plan de cuidados no contempla estados patológicos, o enfermedades específicas, sino que tiene en cuenta principalmente, las condiciones que afectan las necesidades básicas del paciente. (González M. d., 2003, pág. 15 y 16)

Así es como se ha introducido la enseñanza de enfermería en muchas escuelas y universidades en la rama de la ciencia en salud, en los últimos años. El conocimiento de los procesos normales de funcionamiento del organismo humano, se percibe la aparición de procesos que alteran el funcionamiento normal. Existe mucha similitud entre el propuesto de Henderson y los contenidos de las materias de los planes de estudio, que se llevan en muchas escuelas de enfermería. Las materias que apoyan los conocimientos de Enfermería Básica son: la Sociología, la Psicología, la Anatomía y Fisiología, la Ética de Enfermería, la microbiología y parasitología, nutrición, bioquímica, Obstetricia y Farmacología. (González M. d., 2003, pág. 16)

Por lo que se refiere a la enseñanza clínica, en esta primera fase del programa se considera muy importante; porque en ella, los estudiantes aprenden las bases del trabajo de enfermería y es aquí donde deben aprender a trabajar de una manera ordenada y responsable. Juntos con el aprendizaje de las técnicas, será conveniente que aprendan a trabajar en equipo y manejar el estrés. Que generalmente se presenta en esta etapa. (González M. d., 2003, pág. 16)

En esta segunda fase, el énfasis va enfocado en ayudar a todos los pacientes a satisfacer sus necesidades fisiológicas durante los trastornos corporales o estados patológicos del ser humano que exigen modificaciones en el plan de cuidados de enfermería. También se refiere a la atención en procesos fisiológicos, para tomar medidas preventivas, a fin de evitar el desarrollo de patologías. Las materias que apoyan a la Enfermería Materno Infantil son: Psicología Evolutiva, Estadística y

Bioestadística, Ginecoobstetricia, Rehabilitación, Mitología de la Investigación, Didáctica, Salud Mental y pediatría. (González M. d., 2003, pág. 16)

En esta tercera fase, la prioridad se centra en el paciente, la familia y la Comunidad. El estudiante se ve involucrado en el estudio del paciente y todas sus necesidades fisiológicas. Las materias que apoyan a la Enfermería del Adulto son: Patología, Epidemiología, Enfermería Comunitaria, Laboral, Enfermería Psiquiátrica, Enfermería Geriátrica y Administración de los servicios de Enfermería. Henderson recalco la importancia de que los estudiantes de Enfermería desarrollen el hábito de la investigación. Recomienda que se profundice en los conocimientos para que tengan mejor análisis en lo que afecta la salud del paciente, porque “es mejor un conocimiento minucioso de unos cuantos procesos, que un conocimiento superficial de muchos trastornos.” (González M. d., 2003, págs. 16, 17)

VI. METODOLOGÍA

6.1 Tipo de Estudio

La presente investigación es de tipo cualitativo, se puede observar que se desarrolló para realizar un estudio de caso en pacientes adulto mayor de 60 años de edad diagnosticados con bronquitis, se consideró de tipo descriptivo, porque nos permitió describir las intervenciones de enfermería, el enfoque de la investigación fue de tipo cualitativo, porque permitió analizar de qué manera las intervenciones de enfermería aportaron a la mejoría del paciente y a su vez facilitó su comprensión y análisis. Durante el mes de octubre del 2024.

Se estructuró un consentimiento informado para mantener la autonomía, individualidad y confidencialidad de los pacientes que aceptaron participar y cuando ellos estuvieron de acuerdo se reservó el nombre para evitar la incomodidad de que fuera expuesta la condición de su salud. Para realizar la valoración de los pacientes se utilizaron criterios de inclusión, del cual se puede mencionar; pacientes adultos entre las edades de 60 en adelante, diagnosticados con enfermedad de bronquitis que estuvieran consientes, orientados y a su vez participaron voluntariamente.

6.2 Unidad de análisis

Estuvo conformada por adultos mayores de 60 años de edad, con diagnóstico de Bronquitis, que asistieron al hospital Nacional de la Amistad Japón Guatemala, Puerto Barrios, Izabal.

6.3 Población

Estuvo conformado por 6 adultos mayores de 60 años de edad, con diagnóstico bronquitis, del hospital Nacional de la Amistad Japón Guatemala, Puerto Barrios, Izabal

6.4 Objetivo general

Determinar las intervenciones de enfermería en pacientes adultos mayores de 60 años de edad, con diagnóstico de bronquitis en el Hospital Nacional de la Amistad Japón de Guatemala, Puerto Barrios, Izabal, durante el mes de septiembre 2024.

6.4.1 Objetivos Específicos

Identificar las intervenciones de enfermería en pacientes adulto mayor de 60 años de edad, con diagnóstico de bronquitis en el Hospital Nacional de la Amistad Japón de Guatemala, Puerto Barrios, Izabal, durante el mes de septiembre 2024.

Describir las intervenciones de enfermería en pacientes adulto mayor de 60 años de edad, con diagnóstico de bronquitis.

6.5 Criterios de Inclusión

Pacientes adulto mayor de 60 años de edad que presento diagnóstico de bronquitis en las diferentes etapas aguda y crónica, del Hospital Nacional de la Amistad Japón Guatemala, que se encontraron conscientes y orientados en tiempo, espacio y persona (COTEP) al momento de recolectar la información del trabajo de campo, y

que de forma voluntaria participaron en la investigación, previa a la firma del consentimiento.

6.6 Criterios de Exclusión

No participaron los paciente que no cumplieron con la edad establecida del estudio solicito, adultos mayores de 60 años con diagnóstico de bronquitis, del Hospital Nacional de la Amistad Japón Guatemala, que no se encontraran consientes o que estuvieran en condiciones graves, así como los que presenten episodios de desorientación o confusión, durante procesos de terapia al momento de la visita u otra situación que dificulte el procedimiento eficiente, o que rehúsen participar en la investigación de forma voluntaria.

6.7 Instrumento

Se utilizó el instrumento del modelo de Virginia Henderson basado en las 14 necesidades humanas, que nos permitió describir las necesidades con las que cuenta cada paciente entrevistado.

6.8 Recolección de datos

La recolección de datos se obtuvo de la información proporcionada por cada paciente, misma que se realizó a través de: entrevista a paciente y familiares que se encuentren presentes en el hospital nacional de la Amistad Japón, Guatemala por medio de un instrumento de valoración según las 14 necesidades de Henderson, medición de signos vitales y observación directa

6.9 Principios éticos de la investigación

6.9.1 Principio de beneficencia

El principio de beneficencia se llevó a cabo en esta investigación aplicándolo con los participantes adulto mayor de 60 años, ya que no fueron expuestos en situaciones incómodas o de experiencias perjudiciales, al contrario, se les brindó información básica sobre las causas y síntomas de su afección, otorgando beneficio al paciente y obtuvimos una convivencia favorable y eficaz ayudándonos en intereses mutuos. Así mismo la información obtenida es anónima siendo siempre utilizada para fines de investigación.

6.9.2 Principio de justicia

En esta investigación fue necesaria la participación de los pacientes adulto mayor de 60 años, permitiendo así el ejercicio pleno del autocuidado de la salud, tratándolos a todos equitativamente, por el bien común con prudencia, paciencia y realizando todo con voluntad propia, ya que no pueden verse ni tratarse con un valor menor. Sino siendo sensibles a la situación o afección de cada paciente ya que se mantuvo un buen avance en la investigación con el paciente siendo siempre Cortez y justo en todos los aspectos.

6.9.3 Principio de autonomía

En esta investigación todos los participantes fueron vistos como agentes que pudieron tomar sus propias decisiones y se les dio la libertad de brindar sus opiniones y responder sus dudas, es decir cada quien dio a conocer sus intereses sobre el tema o información específica que ellos no conocían, también se presentó

un conocimiento informado sobre dicha investigación para que ellos tomaran más confianza sobre el tema y la conversación siendo formal y precisa sobre el estudio.

6.9.4 Consentimiento informado

Previo a la recolección de datos se brindó información importante sobre los beneficios del tema y se explicó a cada paciente adulto mayor de 60 años en adelante, sobre el consentimiento informado, se les dio a conocer la finalidad de la investigación, para que participaran de forma voluntaria y eficaz, haciendo de su conocimiento que los resultados que evidenciamos en la investigación serán de uso únicamente académico y que no se divulgarán.

6.9.5 Derecho de confidencialidad

Este aspecto se informó a los sujetos de estudio que no se revelara la identidad de su participación y que la información obtenida se realiza con fines académicos y de estudio.

6.9.6 Principio de respeto a la dignidad

En esta investigación se respetó la dignidad, la intimidad y la diversidad de la opinión de los participantes siendo pacientes adulto mayor de 60 años sin discriminación alguna, valorándolos y tratándolos por igual, creando condiciones óptimas para que éstos satisfagan sus necesidades básicas y se desarrollen plenamente como seres humanos, independientemente cual sea su afección, condición o edad.

6.9.7 Principio de integridad

En la presente investigación, se obtuvo un conjunto de principios morales y valores fundamentales tanto en las acciones como en las decisiones, la honestidad y actuando con equidad de buena fe, practicando los principios antes mencionados para lograr el éxito de la presente investigación siendo íntegros en todo lo brindado y solicitado a los pacientes adulto mayor de 60 años, sin discriminación alguna.

6.9.8 Principio de Anonimato

Los cuestionarios no se identificaron con nombre de los participantes, Se indago con seis personas participantes para llevar a cabo el estudio correspondiente, Dos por integrantes de la investigación.

VII. PRESENTACION Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Caso clínico. No. 1

Paciente de 68 años, que ingresa en el Servicio de Medicina de Hombres refiriendo cuadro de malestar general inespecífico desde hace 10 días, presentado cuadro febril, que ronda los 38-39°C, mialgias y artralgias en extremidades superiores e inferiores. Indica dolor en costado derecho que se agudiza con abscesos de tos. El paciente comenta que ha estado alternando Ibuprofeno 600 mg y Paracetamol 1gr, consiguiendo leve mejoría. Comenta que casi no tiene apetito, pero no refiere disgeusia ni anosmia.

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

- Antecedentes familiares sin interés.
- Antecedentes personales:
- EPOC probable (no se dispone de informes ni pruebas funcionales respiratorias)

EXPLORACIÓN FÍSICA

Paciente consciente y orientado. Normohidratado y normocoloreado. Presión arterial: 110/70; frecuencia cardíaca: 86rpm; temperatura: 36,5°C; frecuencia respiratoria: 17 rpm; saturación de oxígeno: 92%. No presenta edemas. Abdomen blando y depresible, sin dolor a la palpación. No hay signos de distensión vesical.

Hombre de 68 años, consciente, orientado y colaborador. Respira con normalidad, sin signos de deshidratación y con buena perfusión. En la auscultación pulmonar, se observa normoventilación, aunque se detectan roncus en el campo medio del pulmón derecho. La auscultación cardíaca es normal, sin soplos ni ruidos adicionales; frecuencia cardíaca normal y rítmica.

Después de la exploración, se coloca un Abbocath nº20 en el antebrazo izquierdo (mano no dominante), se obtienen hemocultivos y un urocultivo. Se realizan diversas pruebas complementarias, que incluyen un análisis de sangre, un ECG, una radiografía de tórax, una gasometría arterial basal y un triple test rápido que resulta negativo para VRS, gripe A/B y Covid-19. Se le instruye sobre cómo recoger una muestra de esputo.

Se queda en el box a la espera de los resultados. Se le administra el tratamiento indicado por el médico, que incluye: GN a 2 l/min, suero fisiológico de 500 ml a administrarse en 8 horas, desketoprofeno 1 ampolla IV cada 8 horas, furosemida 40 mg por vía oral cada 8 horas, ambroxol 1 ampolla IV cada 8 horas y clorfeniramina 3 g IV cada 6 horas. Una vez obtenidos los resultados de la analítica, se inicia el tratamiento con antibióticos. La gasometría arterial no presenta hallazgos significativos. La radiografía de tórax muestra condensación, compatible con neumonía.

PLAN DE CUIDADOS

Realizado a partir de la recogida de datos y la valoración de las 14 necesidades básicas según Virginia Henderson.

Necesidad 1: Respirar Normalmente

Exfumador de 10 cigarrillos diarios desde que se le diagnosticó un probable EPOC (sin informes ni evaluación de la función respiratoria disponible). Actualmente no recibe tratamiento. Al ingreso, presenta vías respiratorias despejadas, con ritmo y profundidad respiratoria normales, aunque durante la auscultación se escuchan ruidos crepitantes. Está eupneico. La radiografía de tórax muestra la presencia de un neumotórax, por lo que se le ha colocado un tubo intercostal derecho.

Necesidad 2: Alimentación e hidratación adecuadas

Al momento de su ingreso, pesa 75 kg y mide 165 cm, lo que indica un IMC de 27.5, lo que corresponde a obesidad leve. Su piel y mucosas tienen un buen aspecto. En su hogar, sigue una dieta balanceada que incluye todos los grupos alimenticios y mantiene una ingesta adecuada de líquidos, sin presentar intolerancias alimenticias.

El paciente expresa estar preocupado y confundido sobre qué alimentos puede consumir y cuáles no, ya que el personal de enfermería le ha indicado que debe seguir una dieta especial debido a sus náuseas y vómitos. Manifiesta que no tendría problemas en seguir una dieta si esto le ayuda con su enfermedad, pero duda de su capacidad para hacerlo correctamente: “Ahora que estoy hospitalizado me traen la dieta que debo seguir, pero no sé si lo haré bien al momento de recibir el alta”.

Necesidad 3: Eliminación

El ritmo intestinal es normal y las heces tienen un aspecto y consistencia adecuados. En cuanto a la eliminación urinaria, presenta oligoanuria. El paciente está muy preocupado por la posibilidad de que sus riñones fallen debido a la neumonía que presenta. Sus deposiciones son blandas y semilíquidas, de color amarillo, sin alteraciones en el sistema gastrointestinal, y digiere los alimentos adecuadamente.

Necesidad 4: Moverse y mantener buena postura

Realiza actividades físicas de esfuerzo moderado, trabajando y cultivando sus tierras durante los fines de semana. El resto de la semana sale con su familia a dar paseo. No presenta alteración en el tono muscular, estado neurológico con Glasgow de 14 pts. Sin alteración presente en miembros superiores o inferiores, adecuada flexión y rotación de extremidades.

Necesidad 5: Dormir y descansar

Requiere sueño reparador, normalmente duerme entre 7 y 8 horas cada noche, despertándose descansado y relajado. Sin embargo, desde su ingreso le resulta difícil conciliar el sueño y, en ocasiones, se despierta angustiado por el temor a cómo progresará su enfermedad.

Necesidad 6: Uso de ropa apropiada y el proceso de vestirse y desvestirse

Es independiente en esta área. Prefiere ropa cómoda que se adapte a las actividades que realiza.

Necesidad 7: Mantener la temperatura corporal dentro de rangos normales

Al ingresar, presenta una ligera febrícula de 37.2°C. Dos días después, su temperatura alcanza los 38°C, lo que lleva a realizar hemocultivos y un urocultivo. La fiebre se resuelve tras la administración de antipiréticos y medios físicos.

Necesidad 8: Mantener la higiene personal e integridad de la piel

Se observa con un aspecto limpio y cuidado, con buena hidratación en la piel y las mucosas. Se ducha diariamente y realiza higiene bucal dos veces al día. Sus uñas están cortas y limpias. Sin embargo, en los últimos días ha manifestado una sensación de hormigueo en manos y pies, además de picazón generalizada que le genera mucha ansiedad y una necesidad urgente de rascarse. Actualmente, tiene una vía periférica.

Necesidad 9: Evitar peligros del entorno y no causar daño a otros

Está consciente y orientado, mostrando una actitud muy colaborativa. Escucha atentamente las explicaciones que se le brindan y, a pesar de su angustia por su

estado de salud, se muestra cooperativo con el tratamiento, especialmente con las técnicas de depuración extracorpórea, las cuales respeta.

Necesidad 10: Comunicarse con los demás y expresar sus emociones

Sus sentidos funcionan adecuadamente. Se describe como una persona extrovertida y se comunica con facilidad. Su principal apoyo es su esposa, quien también está preocupada, aunque no lo demuestra. Él siente que no puede brindarle el ánimo que ella necesita y se siente abrumado por la situación, reconociendo su avanzada edad.

Necesidad 11: Vivir conforme a sus creencias y valores

Es un católico practicante, devoto de San Antonio de Padua.

Necesidad 12: Ocupación para la autorrealización

Se jubiló a los 65 años y ha logrado adaptarse bien a su nueva situación, comentando que ahora tiene tiempo para hacer lo que le gusta. Casi todos los fines de semana se dedica a cultivar sus tierras en las afueras de la ciudad, lo que le proporciona distracción y le hace sentir útil. Sin embargo, está preocupado por no saber si podrá seguir haciéndolo.

Necesidad 13: Participar en actividades recreativas

Desde su jubilación, su rutina diaria incluye ayudar a su esposa con las tareas del hogar y, en sus momentos libres, disfruta leer el periódico deportivo, ver televisión y escuchar la radio. Además, suele dar largos paseos con su esposa. Expresa que extraña todas las actividades que solía hacer y, aunque se mantiene activo, se siente aburrido.

Necesidad 14: Deseo de aprender

Muestra un gran interés por lo que está sucediendo y realiza preguntas constantemente sobre su tratamiento e investiga acerca de su enfermedad.

ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE LOS DATOS

Paciente de 68 años, casado y residente con su esposa, tiene tres hijos con quienes mantiene buenas relaciones. Se jubiló a los 55 años y asegura haberse adaptado bien a su nueva situación.

Sigue una alimentación equilibrada que incluye todos los grupos alimenticios y se mantiene hidratado adecuadamente. Sin embargo, debido a su enfermedad, debe seguir una dieta más rigurosa, lo cual acepta con la condición de que le ayude, aunque admite estar confundido sobre qué alimentos son apropiados y cuáles no. Le preocupa no saber si lo hará bien una vez que reciba el alta.

Se muestra constantemente ansioso y preocupado por su situación actual y la rápida progresión de su enfermedad. Manifiesta que desde su ingreso no ha podido dormir bien y se despierta varias veces por la noche, reflexionando sobre todo lo que le ha ocurrido en tan corto tiempo. Expresa verbalmente su temor ante la evolución y el desenlace de su enfermedad.

Desde su jubilación, su rutina diaria consistía en ayudar a su esposa con las tareas del hogar y disfrutar de su tiempo libre viendo televisión, escuchando la radio y paseando con ella. Los fines de semana, se dedica a trabajar y cultivar su tierra, lo que le proporciona distracción y un sentido de utilidad.

Desde su ingreso, se siente muy aburrido y, aunque está en constante movimiento debido a las pruebas médicas, comenta que “si pudiera distraerme de alguna forma, no pensaría tanto en todo lo que le está sucediendo”.

Muestra interés por lo que le ocurre y escucha atentamente las explicaciones sobre su enfermedad. En general, sus necesidades están cubiertas y es un hombre independiente que cuenta con el apoyo de su esposa e hijos.

IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES/ DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

Potenciales

Diagnóstico de enfermería NANDA

1. 00004 Riesgo de infección y flebitis del punto de inserción del catéter periférico.

Resultados de enfermería (NOC)

- El paciente mantendrá la prevención y/o detección precoz de flebitis o infección
- El paciente informara sobre problemas o molestias de la vía periférica.

Intervenciones de enfermería (NIC)

- Control de vendaje c/8h y realización curación constante según protocolo de la unidad o cuando sea necesario.
- Valoración de la zona de inserción de los catéteres y registrar si existen signos de infección. En caso de infección reportar al médico.
- Control de la temperatura, y anotar el registro en hoja correspondiente, para llevar un mejor control.

Reales

Diagnóstico enfermería NANDA

1. 00031 limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con la falta de habilidades para toser eficazmente; manifestado por exceso de secreciones en las vías respiratorias que pueden ser eliminadas con la tos.

Resultados de enfermería (NOC)

0410 estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias

041012 capacidad de eliminar secreciones

041019 tos

041020 acumulación de esputos

Intervenciones de enfermería (NIC)

3140 manejo de la vía aérea

- Colocar al paciente en la posición semifowler para que permita una buena ventilación.
- Explicarle sobre la respiración lenta y profunda, giros y tos
- Explicarle y enseñarle a toser de manera efectiva
- Explicarle la importancia de utilizar correctamente los inhaladores prescritos
- Evaluación de Terapia Respiratoria
- Tener una adecuada ingesta de líquidos.
- Explicarle sobre los signos y síntomas de alarma (fiebre, disnea, edemas)

EVALUACIÓN GENERAL

Durante su estadía en el hospital, paciente no presenta ningún signo de infección en el catéter periférico, a pesar de que se realizó varios recambios debido a la falta de flujos óptimos durante el tratamiento. Asimismo, no ha mostrado indicios de

flebitis en la vía periférica. Ha requerido aislamiento respiratorio por una infección nasal, la cual ha evolucionado de manera favorable.

A lo largo de su ingreso, se le ha proporcionado al paciente toda la información relacionada con su enfermedad, lo que ha contribuido a disminuir (aunque no eliminar) su ansiedad. Él menciona que le cuesta dormir, pero una vez que lo logra, se mantiene dormido toda la noche. Se siente aliviado al saber que su enfermedad no es un proceso neoplásico y acepta con resignación que debe vivir "dependiendo de una máquina", según sus propias palabras.

Comenta que ya no le preocupa tanto si seguirá adecuadamente la dieta. Asegura que podrá hacerlo siempre que respete los principios básicos que le hemos enseñado y que irá aprendiendo "sobre la marcha". En cuanto al aburrimiento durante su estancia en el hospital, menciona que le ha ayudado a entretenerse el tener una radio.

Caso clínico. No. 2

RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA

Paciente de 66 años que acudió a consulta al Hospital Nacional Japón, debido a una tos productiva con expectoración mucopurulenta que ha persistido durante 15 días. Presenta síntomas febriles similares. No reporta pérdida de peso ni falta de apetito. En el examen físico se observa una cicatriz de toracotomía en el lado izquierdo del tórax. Al realizar la auscultación, se detecta hipoventilación generalizada en ambos pulmones, con ruidos respiratorios húmedos en la base derecha. La radiografía de tórax solicitada mostró en el pulmón derecho una retracción del lóbulo superior y en el izquierdo, múltiples imágenes circulares y geométricas que ocupan los campos pulmonares superior y medio. Se observa el signo de la columna vertebral desnuda debido a la retracción de la imagen cardiovascular hacia el hemitórax correspondiente en el campo inferior.

ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES

Antecedentes familiares: tiene una hija que padece de asma bronquial.

Antecedentes personales: es fumador de 20 cigarrillos diarios desde los 18 años (equivalente a 42 paquetes al año); consume 100 g de etanol al día; presenta criterios clínicos de bronquitis crónica.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Enfermedad actual: desde hace varios 3 meses aproximadamente presenta astenia, anorexia y una pérdida de más de 10 kg de peso. En los últimos 4-5 días ha notado un aumento en la disnea, que ahora se manifiesta incluso con mínimos esfuerzos, además de experimentar hemoptisis y fiebre leve, lo cual lo llevó a buscar atención en urgencias. Hace años que sufre de ronquidos intensos y somnolencia diurna en reposo. Exploración física: frecuencia cardíaca de 82rpm, frecuencia respiratoria de 18rpm, temperatura de 37.2 grados., presión arterial de 110/80, con un índice de masa corporal de 32 kg/m². Se encuentra consciente y orientado, aunque presenta taquipnea, sobrepeso y un aspecto descuidado en su higiene. La dentadura se

encuentra en mal estado y hay un ligero olor a alcohol. Ritmo cardíaco rítmico sin soplos. Se observan ruidos respiratorios como roncus y sibilancias en ambas bases pulmonares. Abdomen y extremidades presentan hallazgos normales.

PLAN DE CUIDADOS

Elaborado a partir de la recopilación de datos y la evaluación de las 14 necesidades fundamentales según Virginia Henderson.

Necesidad 1: Respiración Normal

Se detectan ruidos respiratorios dispersos en el pulmón medio derecho. La saturación basal se mantiene en 91%, por lo que se les administra oxígeno a 2 litros por minuto para mejorarla. No presenta dificultad respiratoria y está en estado de eupnea.

Necesidad 2: Alimentación e Hidratación Adecuadas

El paciente sigue una dieta equilibrada, aunque muestra poco apetito. Se encuentra hidratado, aunque se le suministra suero fisiológico. En cuanto a la dependencia, el paciente está estable y requiere nutrición por vía enteral. En cuanto a la independencia, al momento de su ingreso, su estado nutricional era adecuado, aunque estaba por encima de su peso ideal.

Necesidad 3: Eliminación

La paciente tiene micciones espontáneas de color ámbar, con una diuresis de 5 mL/kg/h, y presenta evacuaciones semipastosas de color café. En un período de 24 horas, tiene un promedio de 4 evacuaciones y 8 micciones. Los resultados del examen general de orina, el urocultivo y el coproparasitoscópico son negativos.

Necesidad 4: Movilidad y mantenimiento de una buena postura

Paciente autónoma que realiza ejercicio dos veces por semana. Presenta una fractura en el miembro superior izquierdo, lo que le hace parecer inestable y utiliza silla de ruedas. Dependencia: Requiere cambios de posición cada 2-3 horas debido

a que está en reposo absoluto, y necesita protección en las prominencias óseas para prevenir úlceras por presión (UPP). Independencia: No muestra manifestaciones de independencia.

Necesidad 5: Sueño y descanso

No presenta alteraciones, menciona que suele dormir bien. Dependencia: La paciente utiliza una bomba de perfusión continua con solución de mantenimiento. Independencia: Antes de su ingreso, dormía aproximadamente 6 horas diarias sin necesidad de medicación.

Necesidad 6: Uso de ropa adecuada, vestirse y desvestirse

Dependencia: El personal del hospital se encarga completamente del cambio diario de ropa. Independencia: No presenta manifestaciones de independencia.

Necesidad 7: Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales

Al momento de su ingreso, presenta hipertermia debido a fiebre. Dependencia: Durante su estancia, requirió la administración de antipiréticos para controlar los picos de fiebre, así como medidas físicas como compresas frías, además de la realización de hemocultivos para determinar la causa de la fiebre. Independencia: Actualmente, mantiene su temperatura dentro del rango normal.

Necesidad 8: Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel

No se observa pérdida de la integridad cutánea, aunque hay una pequeña úlcera por presión (UPP). La piel se presenta limpia y cuidada. Manifestaciones de dependencia: actualmente, el paciente es completamente dependiente en su higiene personal. Presenta una úlcera en el sacro de Grado I que no ha progresado a etapas más avanzadas gracias a la higiene diaria, el uso de un colchón antiescaras y la aplicación de pomadas de AGHO (ácidos grasos hiperoxigenados). Manifestaciones de independencia: ninguna.

Necesidad 9: Evitar peligros ambientales y lesiones a otras personas

Es autónomo con asistencia. Manifestaciones de dependencia: debido a la administración de morfina y benzodiacepinas, necesita sistemas de sujeción mecánica para prevenir caídas en caso de agitación. Manifestaciones de independencia: ninguna.

Necesidad 10: Comunicarse con los demás expresando sus emociones

Se comunica sin dificultades.

Necesidad 11: Vivir de acuerdo a sus propias creencias y valores

No se conocen sus creencias y valores, aunque su familia tiene conocimiento al respecto. Manifestaciones de dependencia: la familia menciona que el paciente enfrentaba de manera negativa sus problemas de salud antes de su ingreso, por lo que durante su recuperación se trabajará con ellos para mejorar su autoestima. Manifestaciones de independencia: ninguna.

Necesidad 12: Ocupación para autorrealizarse

Trabajaba en la industria química, por lo que antes de su hospitalización era completamente independiente en sus actividades económicas.

Necesidad 13: Participar en actividades recreativas

Es activo y practica deporte dos veces a la semana, pero no puede hacerlo durante su enfermedad.

Necesidad 14: Necesidad de aprendizaje**

Se deben enseñar pautas sobre el proceso de su enfermedad.

ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE LOS DATOS

Un paciente de 66 años se presentó en consulta médica debido a una tos productiva con expectoración mucopurulenta que había persistido por 15 días, además de presentar fiebre. No reportó pérdida de peso ni disminución del apetito. Durante el examen físico, se identificó una cicatriz quirúrgica en el hemitórax izquierdo. Al

auscultar, se notó una reducción en la ventilación en ambos pulmones, con la presencia de ruidos subcrepitantes húmedos en la base derecha. Este paciente tiene diversas necesidades básicas que requieren atención para asegurar su bienestar y recuperación.

En términos de la necesidad de respirar adecuadamente, se constató que la saturación de oxígeno estaba por debajo de lo normal, por lo que se le está administrando oxígeno para mejorar dicha saturación. A pesar de esto, no se observan indicios de esfuerzo respiratorio.

En lo que respecta a la alimentación, el paciente muestra poco apetito y depende de la nutrición enteral. Antes de su ingreso, su estado nutricional era adecuado, aunque su peso era superior al ideal.

Sobre la eliminación, presenta una frecuencia adecuada de micciones y evacuaciones, con resultados negativos en los análisis pertinentes.

En cuanto a la movilidad y postura, ha sufrido una fractura en el brazo izquierdo y se encuentra en reposo absoluto, lo que requiere cambios de posición cada pocas horas para prevenir úlceras por presión.

En lo que se refiere al descanso, el paciente indica que suele dormir bien, aunque utiliza una bomba de perfusión continua.

Respecto a la higiene personal y la integridad de la piel, se ha detectado una pequeña úlcera por presión en la zona sacra, que está siendo atendida para su cuidado y prevención.

En resumen, se observa que el paciente necesita cuidados específicos para atender sus necesidades básicas, particularmente en las áreas de alimentación, movilidad

y cuidado de la piel. Es fundamental mantener un seguimiento constante de su estado y proporcionarle el apoyo necesario para facilitar su recuperación.

IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES/ DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

Potenciales

Diagnóstico enfermería NANDA

1. 00030 deterioro del intercambio gaseoso relacionado con cambios de la membrana alveolar capilar.

Resultados de enfermería (NOC)

- EVALUACIÓN DE SIGNOS VITALES (0802)
- ESTADO RESPIRATORIO (0402)

Intervenciones de enfermería (NIC)

Monitorización respiratoria (3350)

- Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones (355001)

Monitorización de los signos vitales (6680)

- Observar si hay fatiga muscular diafragmática (355008)

Oxigenoterapia (3320)

- Ayudar al paciente a eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales
- Administración de Oxígeno según indicación médica
- Controlar la efectividad del oxígeno durante la administración.

Diagnósticos de enfermería NANDA

1. 00069 afrontamiento ineficaz relacionado con crisis situacionales manifestado por expresa incapacidad para el afrontamiento.

Resultados de enfermería (NOC)

Afrontamiento de problemas (1302) expresa sentimientos sobre la pérdida ante su entorno.

Utiliza el apoyo sociable

Nivel de estrés (1006) durante su estancia hospitalaria.

Intervenciones de enfermería (NIC)

Aumentar el afrontamiento (5230)

Apoyo emocional; proporcionar al paciente consuelo, aceptación y animo durante los momentos de estrés.

Minimizar la ansiedad durante charlas recreativas

- Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal (523001)
- Evaluar la capacidad del paciente para la toma de decisiones (523013)
- Ayudar al paciente a que exprese sus sentimientos de tristeza o ansiedad (527006)

Aumentar los sistemas de apoyo (5440)

- Determinar el grado de apoyo familiar (544003)
- Implicar a la familia en la planificación de los cuidados (544014)

EVALUACIÓN GENERAL

En la evaluación se puede observar que, en cada fase del proceso de atención de enfermería, junto con la recolección de datos durante la entrevista al paciente, se

cumple en un 90% de nuestras actividades dentro de un tiempo establecido. Con la colaboración del personal de salud que trabaja con nosotros, así como del paciente y su familia, se han podido atender las necesidades del paciente y favorecer su recuperación en relación con su enfermedad. El paciente permanece en su unidad en una posición de semiFowler mientras avanza en su proceso de recuperación.

Caso clínico. No. 3

Paciente de sexo femenino de 68 años de edad quien vive con su pareja e hija, ellos son los encargados de ella. Comenta que anteriormente ella trabajaba en una casa lavando ropa para darle sus estudios primarios y secundarios a su hija hoy en día solo el esposo trabaja y la hija se encarga de cuidarla. Se encuentra internada en el servicio Medicina de Mujeres, del Hospital Nacional de la Amistad Japón-Guatemala, Puerto Barrios Izabal, diagnosticada con Bronquitis más Neumonía Adquirida en la Comunidad, es nacida en OMOA, cortes, Honduras con residencia en el departamento de Izabal del municipio de Santo Tomas de Castilla. Durante la entrevista paciente comenta que acudió al centro asistencial motivos a que tenía seis días de estar presentando cuadro febril de 38°C y tos, sentía cansancio y dolor en el tórax al respirar, paciente comenta que tomo acetaminofén 1 gramo cada ocho horas y remedios caseros como: te de limón con miel y al ver que no sentía mejoría la hija tomo la iniciativa de llevarla a la consulta externa de dicho Hospital donde fue internada para su recuperación.

Antecedentes personales y familiares

- ✓ Antecedentes personales: en cambios climáticos ha padecido de resfriado común y neumonía.
- ✓ Antecedentes familiares sin interés.

Examen físico cefalocaudal

Paciente se encuentra Consciente y orientado en tiempo, espacio y persona. Pupilas isocóricas. Con los siguientes signos vitales: Presión arterial de 110/70 mm/hg, Frecuencia cardiaca de 80 Lx'. Temperatura de 36.5°C. Frecuencia respiratoria de 18 Rx'. Saturación de oxígeno 96%, con un fio2 al 21%, No se observan edemas. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. Talla de 1.62mts. Peso de 66 kilos. Índice de masa corporal de 25.1 presentando peso normal. Círculo familiar: los integrantes familiares son tres, ella, esposo e hija, actualmente no labora, refiere sentirse agradecido por la vida que DIOS le ha dado.

Paciente colaborador sin signos de deshidratación y con una buena perfusión. En auscultación pulmonar presenta roncus crepitantes y sibilancias. Auscultación cardiaca normal, no soplos; frecuencia cardiaca normal, rítmico. Se realizan una serie de pruebas complementarias, integradas por una analítica de sangre (hematología completa), una radiografía de tórax, gasometría arterial basal y triple test rápido que sale negativo para VRS y Covid19. Gasometría arterial sin hallazgos significativos. Radiografía de tórax que evidencia condensación, compatible con neumonía. Tras saber el resultado de la analítica se inicia tratamiento realizando la canalización con vía periférica en miembro superior derecho para su administración de los siguientes medicamentos: ceftriaxona 1 amp c/12hrs, remitidita 500mg c/12hrs, ambroxol 1amp c/8hrs, salbutamol 0.5ml c/6hrs, tropium 1ml c/6hrs y budesónida 1ml c/8hrs cada aerosolterapia agregar 3ml de solución salina, ella refiere que sus consultas las realiza en el Centro de Salud de Santo Tomas de Castilla.

Valoración secundaria:

De acuerdo a las 14 necesidades del modelo de Virginia Henderson con las que se trabajó el estudio de caso se encuentran las siguientes alteraciones:

Necesidad 1: De respirar normalmente:

Intercambio gaseoso inadecuado por presencia de secreciones en el árbol bronquial, tórax simétrico expandible con presencia de roncus crepitantes y sibilancias bilaterales al momento de la exhalación. Dolor torácico y presencia de fiebre en los primeros días de hospitalización de la paciente. Es importante que el árbol bronquial esté libre de secreciones para que se lleve a cabo correctamente el intercambio gaseoso en nuestras vías respiratorias y que sea distribuido en nuestro cuerpo ya que es vital para nuestra salud. Las intervenciones de enfermería son de suma importancia en este proceso, identificando las posibles complicaciones de la enfermedad, colocar al paciente en una posición correcta, observar signos vitales y saturación de oxígeno, verificar la expulsión de secreciones nasales y mucosidades y si tiene suministro de oxígeno verificar la correcta técnica de uso de los

dispositivos y el porcentaje sea el correcto, observar la temperatura y la circulación del aire de la habitación.

Necesidad 2: De Comer y beber adecuadamente:

Paciente indica que presenta alergia algunos alimentos y los alimentos duros le cuesta masticarlos ya que no cuenta con toda su dentadura dental. Dolor de cabeza por falta de hidratación ya que indica que no le gusta tomar agua pura. Esta necesidad refiere que todo organismo requiere de fluidos y nutrientes para la supervivencia ya que es vital para el funcionamiento de nuestro cuerpo y el que brinda energía para la movilización. Las acciones de una enfermera son importantes en esta necesidad ya que debe verificar que el paciente tenga una hidratación adecuada y que la dieta sea la apropiada a su enfermedad, no olvidando tomar en cuenta los horarios y cantidades, el peso, creencias religiosas y culturales, capacidades de masticar y deglutir, entre otros.

Necesidad 4: De Moverse y mantener buena postura:

Paciente refiere presentar dolores musculares en las piernas al caminar o estar mucho tiempo de pie. La enfermera debe ayudar a la mecánica corporal de la persona y motivarlo a realizar actividad física y ejercicios en dado caso el usuario no pueda hacerlo por sí solo.

Necesidad 5: De dormir y descansar:

Durante la hospitalización paciente refiere que no ha podido dormir y descansar adecuadamente motivo a la estancia hospitalaria y se siente preocupada si no se llegara aliviar ya que su mayor temor es por no contar con recursos económicos para seguir un tratamiento costoso. Las enfermeras han tratado que su unidad este limpia, ordenada y libre de objetos y aun así ella no se ha sentido angustiada durante su descanso.

Análisis y síntesis de los datos

Paciente de 68 años que acudió a consulta externa del Hospital Nacional de la Amistad Japón-Guatemala, Puerto Barrios Izabal, debido a que no disminuía su fiebre y la tos era forzada sin expulsión de flemas su estado de salud iba disminuyendo en esos seis días, ya estaba perdido el apetito. Al auscultar los pulmones, se detectó ruidos anormales como sibilancias bilaterales. La persona en cuestión presenta una serie de necesidades básicas que deben ser atendidas para garantizar su bienestar y su recuperación de salud.

En cuanto a la necesidad de respirar normalmente, se encuentran ruidos pulmonares anormales con presencia de sibilancias bilaterales, ha necesitado de aerosolterapias y antibiótico para fluidificar, desprender y eliminar secreciones ayudando a la limpieza bronquial evitando un trabajo respiratorio esforzado.

En lo que respecta a la alimentación; paciente refiere que le da alergia consumir sopa de res, pollo, espagueti y mantequilla, consume los tres tiempos de comidas y cuando se da la oportunidad refacciona, hay unos que le cuesta masticarlos ya que no cuenta con toda su dentadura dental.

En cuanto a la eliminación, se observa una adecuada frecuencia de micciones y evacuaciones, con resultados negativos en los exámenes correspondientes.

En relación con la movilidad y postura, se moviliza sin ayuda solo que al estar mucho tiempo de pie o caminar mucho presenta dolores musculares inferiores.

En cuanto al descanso, el paciente comenta que durante la hospitalización paciente refiere que no ha podido descansar adecuadamente motivo a la desesperación de irse a su casa.

En conclusión, se evidencia que el paciente requiere de cuidados especiales para satisfacer sus necesidades básicas, especialmente en áreas como la respiración, la alimentación y el descanso. Es importante mantener un monitoreo constante de su estado y brindarle el apoyo necesario para su recuperación.

Diagnósticos de enfermería:

Patrón respiratorio ineficaz relacionado con proceso inflamatorio.

Intervenciones de Enfermería (NIC)

- ✓ Monitorear y vigilar los signos vitales, la saturación de oxígeno y el nivel de conciencia.
- ✓ Monitorear y verificar la permeabilidad de las vías aéreas y desobstruirlas si es necesario.
- ✓ Administrar aerosolterapia como orden médica.
- ✓ Fomentar la hidratación a través de concientizar la importancia de beber agua pura o sueros orales.
- ✓ Facilitar el bienestar del paciente evitando estados de angustias:
 - ✓ Mejorando el trabajo respiratorio.
 - ✓ Colocar al paciente en la posición correcta.
- ✓ Brindar educación al paciente sobre la importancia de expulsión de secreciones para evitar el colapso alveolar.

Resultados de Enfermería (NOC)

- ✓ Signos vitales normales
- ✓ Buena oxigenación pulmonar
- ✓ Evidencia de la administración de los aerosoles
- ✓ Plan educacional

Diagnósticos de enfermería:

Alteración del estado emocional relacionado con la hospitalización.

Intervenciones de Enfermería (NIC)

- ✓ Apoyo emocional evitando depresión y explicar el proceso de la enfermedad.
- ✓ Administrar medicamentos al horario correcto y explicar su efecto.
- ✓ Buscar ayuda con psicología si fuera necesario para que la paciente pueda tener carácter a la toma de decisiones.

- ✓ Orientar al paciente a que exprese sus sentimientos libremente.

Resultados de Enfermería (NOC)

- ✓ Disminuir el estado de ansiedad
- ✓ Plan educacional sobre las emociones
- ✓ Identificar nivel de estrés

Análisis de caso No. 3

Durante su estancia en el hospital a través de las acciones de enfermería realizadas se logra evitar complicaciones a su salud, no presenta signos de infección del catéter vascular periférico, tampoco presento signos de flebitis de la vía periférica. Se brindó aislamiento respiratorio para evitar el contagio a secundarios, la cual ha seguido una evolución favorable. Se ha dado al paciente toda la información referente a su enfermedad consiguiendo que la estancia se ha comfortable evitando cambios emocionales en ella, se le enseñan a la paciente técnicas de respiración y ejercicios de relajación para mejorar la ventilación, favoreciendo la pronta recuperación a su enfermedad.

Se orienta las formas de buscar ayuda oportuna ante una emergencia a la salud, comenta que buscara ayuda de inmediata evitando que su salud se complique y vuelva al hospital por la misma enfermedad.

Se administran medicamentos aerosoles según dosis y horarios que ayudan a fluidificar y eliminar secreciones, evitando los esfuerzos excesivos musculares de tórax. En cuanto al aburrimiento durante su hospitalización se brinda un plan educacional sobre las formas de entretenimiento “Entablar conversación con las demás pacientes de su cubículo, expresar sus emociones con personas que le prestan servicio a la salud, tener horas de lectura, etc.” Ayudando a que su estancia se sienta exhausta.

Caso clínico. No. 4

Paciente de sexo femenino de 75 años de edad, que ingresa al servicio Medicina de Mujeres, del Hospital Nacional de la Amistad Japón-Guatemala, Puerto Barrios Izabal, refiriendo al médico de consulta que tiene 12 días de estar con tos persistente y expulsa esputo de color amarillento espeso y ha presentado fiebre días alternados, por lo cual acudió al centro asistencial buscando ayuda médica porque su vecina le sugirió. Es residente en Aldea Barrancas, del municipio de Morales, del Departamento Izabal. Actualmente está bajo el cuidado de la hija quien trabaja en una tortillería para poder comprar la medicina que ella necesita, por eso casi no visita los hospitales porque su hija trabaja y no hay con quien más salir de casa, se siente apoyada de amigos y vecinos quienes le brindan su apoyo económico, ya que su esposo falleció hace 18 años atrás a causa de un accidente cerebro vascular.

Antecedentes personales y familiares

- ✓ Antecedentes personales: Diabetes mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial.
- ✓ Antecedentes familiares: Hermana falleció de colapso alveolar por bronconeumonía.

Examen físico cefalocaudal

Paciente se encuentra Consciente y orientado en tiempo, espacio y persona, se observan pupilas isocóricas. Con los siguientes signos vitales: Presión arterial de 130/85 mm/hg. Frecuencia cardíaca de 73 lpm. Temperatura de 37°C. Frecuencia respiratoria de 20 Rx'. Saturación de oxígeno 92%, con un fio2 al 21%. Glucosa 135mg/dl. No edemas. Cavidad oral: mucosas orales seca, utiliza prótesis dental en ambos maxilares. Tórax simétrico expandible con sibilancias dispersas y disminución del murmullo vesicular en la base pulmonar izquierda. Ruidos cardíacos sin anormalidades. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. Talla de 1.68mts. Peso de 78 kilos. Índice de masa corporal de 27.6 presentando sobre peso.

Se realizan una serie de pruebas complementarias, integradas por una analítica de sangre (hematología completa), una radiografía de tórax, gasometría arterial basal. Que evidencian alteración de condensación en tórax compatible a bronconeumonía. Tras saber el resultado de la analítica se inicia tratamiento realizando la canalización con vía periférica en miembro superior izquierdo para su administración de los siguientes medicamentos: ceftriaxona 1 amp c/8hr, atenolol por vía Oral, 50mg c/24hrs, enalapril por vía Oral 20mg c/12hrs, ambroxol 1amp c/8hrs, insulina NPH vía subcutánea, 30UI en AM y 20UI en PM, tropium 1ml c/6hrs y budesónida 1ml c/8hrs cada aerosolterapia agregar 3ml de solución salina. Sus consultas por la diabetes las lleva acabo en el Centro de Salud de Navojua, Morales, Izabal, por lo más cercano a su domicilio.

Valoración secundaria:

De acuerdo a las 14 necesidades del Modelo de Virginia Henderson con las que se trabajó el estudio de caso se encuentran las siguientes alteraciones:

Necesidad 1: Respirar Normalmente

Paciente febril al momento de su ingreso presentando tos persistente con signos de infección respiratoria por su coloración de esputo, tórax simétrico expandible con sibilancias dispersas y disminución del murmullo vesicular en la base pulmonar izquierda, tiraje subcostal y dolor torácico.

Necesidad 2: Comer y beber adecuadamente

Paciente indica que ha presentado falta de apetito para alimentarse y su dieta es hiposódica por su diabetes mellitus.

Necesidad 3: Eliminación

Paciente indica que ha tenido dificultad para evacuación de las heces por lo que toma laxantes naturales y en el hospital le han dado lactulosa 20ml. También; contaba con sonda vesical para cuantificar la orina y ayudar a drenar con facilidad.

La enfermera debe observar y verificar la correcta higiene corporal, la eliminación de las heces, orina, sudor, flema y menstruación sin dificultad, garantizando el buen funcionamiento del organismo.

Necesidad 4: Moverse y mantener buena postura

Paciente refiere presentar episodios de dolor en el tórax y piernas al caminar.

Necesidad 5: Dormir y descansar

Durante la hospitalización paciente refiere que no ha podido descansar adecuadamente motivo a la incomodidad de la sonda vesical y estancia hospitalaria.

Análisis y síntesis de los datos

Paciente de 75 años de edad, que fue ingresada al servicio Medicina de Mujeres del Hospital Nacional de la Amistad Japón-Guatemala, Puerto Barrios Izabal, debido a presentar fiebre alta, tos persistente con esputo de color amarillento espeso y dolor en el tórax por esfuerzos involuntarios motivados a la tos, ya estaba perdido el apetito. Al auscultar los pulmones, se detectó ruidos anormales como sibilancias dispersas y disminución del murmullo vesicular en la base pulmonar izquierda. El paciente presenta una serie de necesidades básicas que deben ser atendidas para garantizar su bienestar y su recuperación de salud.

En cuanto a la necesidad de respirar normalmente, se encuentran ruidos pulmonares anormales con presencia de sibilancias dispersas bilaterales, ha necesitado de aerosolterapias y antibiótico para fluidificar, desprender y eliminar secreciones ayudando a la limpieza bronquial evitando un trabajo respiratorio esforzado y aliviando su dolor.

En lo que respecta a la alimentación; paciente indica que ha presentado falta de apetito para alimentarse y su dieta es hiposódica por su diabetes mellitus. Así también le cuesta masticar por falta de su dentadura.

En cuanto a la eliminación, paciente refiere que ha tenido dificultad para evacuación de las heces por lo que toma laxantes naturales y en el hospital le han dado lactulosa 20ml. También; contaba con sonda vesical para cuantificar la orina y ayudar a drenar con facilidad.

En relación con la movilidad y postura, refiere presentar episodios de dolor en el tórax y piernas al caminar.

En cuanto al descanso, el paciente comenta que durante la hospitalización paciente refiere que no ha podido descansar adecuadamente motivo a los episodios de tos y cuando tenía sonda vesical no podía conciliar el sueño por miedo a lastimarse.

En conclusión, se evidencia que el paciente requiere de cuidados especiales para satisfacer sus necesidades básicas, especialmente en áreas como la respiración, la alimentación, eliminación y el descanso. Es importante mantener un monitoreo constante de su estado y brindarle el apoyo necesario para su recuperación.

Diagnósticos de enfermería:

Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con acumulo de secreciones y por presencia de roncus y sibilancias campos pulmonares bilaterales.

Intervenciones de Enfermería (NIC)

- ✓ Valoración inicial, signos y síntomas que presenta el paciente.
- ✓ Realizar tomografía de tórax.
- ✓ Vigilar las constantes vitales, la saturación de oxígeno y el nivel de conciencia.
- ✓ Auscultar campos pulmonares para la detección de ruidos anormales.
- ✓ Administrar aerosolterapia utilizando broncodilatadores para fluidificar las secreciones.
- ✓ Colocar al paciente en posición correcta y adecuada a su estado de salud.
- ✓ Fomentar la hidratación a través de concientizar la importancia de beber agua pura o sueros orales.

- ✓ Brindar educación al paciente sobre el uso de equipo de aerosolterapia, importancia de expulsión de secreciones para evitar el colapso alveolar y a realizar una tos efectiva.

Resultados de Enfermería (NOC)

- ✓ Vía aérea permeable y buen patrón respiratorio, favoreciendo el intercambio gaseoso aéreo.
- ✓ Capacidad de expulsión de secreciones.
- ✓ Administración de medicamento correctamente.
- ✓ Plan educacional.

Diagnósticos de enfermería:

Riesgo de obesidad, relacionado con conducta alimentaria desordenada

Intervenciones de Enfermería (NIC)

- ✓ Valoración inicial del paciente y de los signos vitales.
- ✓ Control de glucometría
- ✓ Garantizar la ingesta diaria si es la apropiada a la salud de la paciente evitando contribuir al sobre peso.
- ✓ Explicar la densidad de los alimentos para evitar problemas respiratorios.
- ✓ Actividades físicas favoreciendo la eliminación de toxinas que nuestro cuerpo no requiere y mejorando el metabolismo alimenticio.
- ✓ Importancia en la hidratación.

Resultados de Enfermería (NOC)

- ✓ Identifica los patrones de alimentación relacionados al consumo y el desequilibrio nutricional.
- ✓ Plan educacional alimenticio
- ✓ Control de signos vitales normales
- ✓ Balance de ingesta y excreta

Análisis de caso No. 4

Durante los días que lleva de estancia en el hospital a través de las acciones de enfermería realizadas se logra evitar complicaciones a su salud, mejora su patrón respiratorio, mejora el trabajo respiratorio, se han disminuido ruidos pulmonares anormales, se mantiene una oxigenación adecuada y el árbol bronquial fluidificado, no presenta signos de infección del catéter vascular periférico, se brindó aislamiento respiratorio por infección nasal, la cual ha seguido una evolución favorable. Se indaga sobre los hábitos alimenticios y el grado de conocimiento nutricional que cuenta el paciente, luego de ello se proporcionó información sobre una dieta equilibrada y opciones alimenticias saludables. Se fomentó hacia la importancia de reducción del consumo de alimentos poco saludables y bebidas azucaradas, ingerir líquidos para hidratación, se le enseñan a la paciente técnicas de respiración y ejercicios de relajación para mejorar la ventilación alveolar.

Se administran medicamentos aerosoles que ayudan a fluidificar y eliminar secreciones, evitando los esfuerzos excesivos musculares de tórax, favoreciendo la limpieza del árbol bronquial.

Caso clínico. No. 5

En esta presentación se da a conocer el caso clínico del paciente adulto mayor de 80 años de edad de sexo femenino, paciente diagnosticada con bronquitis aguda. Obteniendo las siguientes medidas a la evaluación, talla de 1.50mts, con peso de 39.5 kilogramos, obteniendo un índice de masa corporal (IMC) en 17.5 presentando a la evaluación total bajo peso.

La paciente es entrevistada en el hospital nacional de la amistad Japón de Guatemala, Puerto Barrios Izabal, en el servicio de medicina de mujeres, se realiza anamnesis y examen físico de pies a cabeza presentando: todos sus signos vitales estables, pupilas isocóricas, foto reactivas, encontrándose consciente y orientada en tiempo, espacio y persona, (COTEP), con los siguientes signos vitales: saturación 95%, frecuencia respiratoria de 18rm, frecuencia cardiaca de 74lx, temperatura de 37°, presión arterial de 130/80mmHg, paciente vive en Santo Tomás de Castilla, en el centro, del departamento de Puerto Barrios Izabal.

Valoración secundaria:

De acuerdo a las 14 necesidades de Virginia Henderson se encuentran desarrolladas en la paciente las siguientes alteraciones:

Necesidad de Comer y beber independientemente: Esta necesidad está basada en garantizar que todos los seres humanos reciban una excelente nutrición adecuada y suficiente para el completo desarrollo del organismo, así como la buena e importante hidratación, necesaria y complementaria para mantener un estado de salud óptimo. En la enfermería, implica asegurar que los pacientes tengan acceso a todos los alimentos y líquidos apropiados, y desarrollados a sus necesidades nutricionales específicas según índice de masa corporal (IMC).

Necesidad de actuar y reaccionar de acuerdo con las propias creencias: Esta necesidad se basa en respetar todos los valores y creencias del paciente. Con base a la toma de decisiones y ejercer ciertas acciones. La cultura y religión forman parte de la identidad de la persona.

Necesidad de comunicarse con los demás para expresar emociones, temores, dudas entre otros: Esta necesidad abarca la importancia de la comunicación como parte integral y esencial del cuidado del enfermero para satisfacer las necesidades fisiológicas del ser humano. Las enfermeras deben facilitar un ambiente de apoyo donde los adultos se sientan cómodos y en confianza expresando sus emociones, preocupaciones y preguntas.

Necesidad de dormir y descansar: Esta necesidad abarca la importancia del sueño y el buen descanso del individuo para el mantenimiento de la salud y el bienestar general. Abordar esta necesidad implica facilitar un ambiente cómodo para el descanso y el sueño, así como también educar a los pacientes sobre la importancia de tener un patrón o seguimiento de sueño regular, ideal y saludable.

Análisis y síntesis de los datos:

Paciente de sexo femenino de 80 años de edad, diagnosticada con bronquitis aguda, quien durante la entrevista se observa a paciente cómoda en el hospital, ya que indica que no puede mantenerse mucho tiempo parada por dolor en sus articulaciones, pero también se nota con un aspecto triste, desanimada y mal físicamente por su bajo peso, en cuanto a sus hábitos alimenticios refiere que por su condición económica se le hace muy difícil poder llevar una alimentación adecuada.

Círculo familiar: tiene 3 hijos, pero vive sola, se apoya de su vecina Marta Pérez. Paciente no labora en ningún lado, es beneficiaria del bono de ancianos y tiene uno de sus hijos en Estados Unidos, pero refiere no tener contacto con ninguno.

Descansa en la semana durante siestas de 3 horas al día, también en horarios de noche de 19:00pm a 5:00am, la mayoría de veces despierta durante la noche y tarda en conciliar el sueño. Comenta que a veces se siente frustrada por el bajo peso que presenta, pero le ha costado aumentar de peso por su condición económica y también le afecta el no tener contacto con sus familiares, ha presentado desesperación porque sus hijos la abandonaron, también presenta tristeza y ansiedad, Ya que no tiene a su familia cerca, no tiene contacto con ellos, menos tener una relación sentimental. Paciente indica que asiste a la iglesia evangélica y que es muy creyente pero que por su enfermedad cuando está hospitalizada o se siente muy mal no puede asistir a la iglesia y eso le afecta.

Paciente quien recibe tratamiento intrahospitalario, con los siguientes medicamentos: budesónida, salbutamol y tropium cada 8 horas inhalado como nebulización, ceftriaxona 1 ampolla intravenosa cada 24 horas, ambroxol 1 ampolla intravenosa cada 8 horas.

Diagnóstico de enfermería:

1. (00002) Desequilibrio nutricional, relacionado con la ingesta insuficiente de alimentos inferiores a las necesidades corporales del individuo.

Intervenciones de Enfermería (NIC)

- ✓ Determine qué emociones o actividades afectan con la alimentación.
- ✓ Determine los niveles de actividad actual y programe un ejercicio rutinario, caminar pasivamente, a la elección del paciente.
- ✓ Revise porque es la causa del bajo peso del paciente, (orgánica o no orgánica).
- ✓ Evaluar y concientizar la alimentación diaria del paciente, (ingesta calórica, tipos y cantidades de alimentos, hábitos alimentarios).

Resultados de Enfermería (NOC)

- ✓ El individuo demuestra un cambio en los patrones de alimentación según su importancia biológica del cuerpo.
- ✓ El paciente mostrará un aumento de peso con un buen control de la salud, con los alimentos necesarios en energía, grasas, etc.
- ✓ El paciente identificará comportamientos inapropiados y consecuencias asociadas con comer poco saludable o bajo peso.

Diagnóstico de enfermería:

2. (00198) Trastorno o desorden del patrón del sueño, relacionado con los factores ambientales del entorno y la depresión.

Intervenciones de Enfermería (NIC)

- ✓ Sábanas y ropa de cama limpias (cama recién hecha, mantas suficientes y limpias, habitación ordenada).
- ✓ Usar el dormitorio sólo para dormir y descansar con un espacio adecuado y agradable para relajarse.
- ✓ Levantarse todos los días a la misma hora, incluyendo los fines de semana y días feriados para acostumar al cuerpo a dormir en el mismo horario y poder realizar todas las fases del sueño.
- ✓ Higiene personal (cuidado bucal, baño, ducha, baño parcial todos los días).
- ✓ Horarios adecuados de alimentación, 2 horas antes de dormir para una mejor digestión estomacal, y realizar por lo menos 3 tiempos de comida en todo el día.
- ✓ Promover una rutina adecuada para dormir y comodidad en la ropa para descansar mejor.

Resultados de Enfermería (NOC)

- ✓ Bienestar físico y mental desarrollado por un buen entorno psicosocial.
- ✓ Descanso y sueño adecuado relacionado a mejor productividad y salud.
- ✓ Alimentación balanceada y sus beneficios mejoran la calidad de vida.

Análisis de caso 5

Se mantuvo todo el tiempo una buena y eficaz comunicación con la paciente adulta mayor, se pudo evaluar a la paciente y monitorizar sus signos vitales como lo es la saturación de oxígeno y la función o patrón respiratorio, le administran budesónida, salbutamol y tropium según la prescripción médica. Se le enseñan y brindan a la paciente técnicas para una correcta respiración y ejercicios de relajación para mejorar la función ventilatoria. Se enseñó la adecuada educación sobre el uso correcto uso de inhalaciones al momento de nebulizarla o puff de inhalación ambulatorios se le menciona la importancia de la adherencia al tratamiento para su bienestar.

Es importante mencionar que se le brinda listado de algunos alimentos importantes y ricos en nutrientes para su dieta continuarla en casa y así no verse afectada en el proceso que lleva en el hospital, ya que cuenta con bajo peso y esto se ve afectado en su recuperación complementaria, también se le menciona sobre lo importante que debe ser el correcto descanso y horas de sueño, ya que cabe mencionar que un correcto equilibrio o metabolismo es importante el descanso por lo menos de 8 horas al día, sin antes mencionar el desgaste físico que conlleva el trabajo o ejercicios en su rutina diaria.

Paciente queda en su unidad, consciente y orientada en tiempo espacio y persona, con cuidados de enfermería del hospital, el cual le brindan todos los cuidados y la atención necesarias para su recuperación y esperando hasta que le den el Alta y poder recuperarse al cien en su hogar.

Caso clínico. No. 6

Se muestra el siguiente caso clínico del paciente de 64 años de edad, de sexo masculino, Diagnosticado con la enfermedad de bronquitis aguda y derrame pleural. Paciente al ser evaluado presenta una talla de 1.66mts, con peso de 76kilogramos, siendo un índice de masa corporal (IMC) de 27.5 presentando un resultado nutricional de obesidad leve.

Paciente se le realiza encuesta en el área de medicina de hombres en el hospital nacional de la amistad Japón de Guatemala, del departamento de Puerto Barrios Izabal, se realiza anamnesis y examen físico de pies a cabeza, presentando los siguientes resultados: pupilas isocóricas, foto reactivas a la luz, consciente y orientado en tiempo, espacio y persona, (COTEP), con adecuados signos vitales: saturación 94%, frecuencia respiratoria de 18rx, frecuencia cardiaca de 83Lx, temperatura de 36.5°, presión arterial de 100/70mmHg. Con residencia en el departamento de Puerto Barrios Izabal.

Valoración secundaria:

De acuerdo a las 14 necesidades de Virginia Henderson se encuentran las siguientes alteraciones:

Necesidad de Comer y beber adecuadamente: Se refiere a garantizar que los pacientes reciban una excelente, adecuada y suficiente nutrición para el buen balance nutricional, así como la hidratación necesaria para mantener un buen estado de salud. En la enfermería, enfoca asegurar que los pacientes adultos mayores tengan acceso a todos los alimentos y líquidos apropiados, adaptados a sus necesidades nutricionales diarias y específicas.

Necesidad de eliminación normal de desechos corporales: Esta necesidad se desarrolla en la parte del correcto funcionamiento del organismo, la normal eliminación de las heces, orina, sudor, flemas, líquidos orgánicos, gases, secreciones, derrames y menstruación. Conocer bien el control y efectividad del paciente adulto mayor con respecto a sus funciones de eliminación.

Necesidad de comunicarse con los demás para expresar emociones, temores, dudas, entre otros: Necesidad que menciona la importancia de la buena comunicación afectiva como parte inicial del cuidado del enfermero para satisfacer las necesidades básicas del paciente. Las enfermeras deben facilitar un ambiente de apoyo y ayuda donde los pacientes adultos mayores se sientan cómodos y expresando sus emociones, preocupaciones y preguntas. La comunicación efectiva contribuye a la condición del paciente.

Necesidad de evitar los peligros en el entorno y evitar poner en peligro a otros: Necesidad muy importante que se conozca y se concientice para evaluar si el paciente adulto mayor, puede dejarse solo mucho tiempo, o independiente con la suficiente confianza de que no se pueda caer o se lastime al moverse o al intentar realizar diferentes actividades, ni comprometer la seguridad de los que lo rodean, que sea el adecuado según su condición física o estado en general que no afecte su salud.

Análisis y síntesis de los datos:

Paciente de sexo masculino de 64 años de edad, Diagnosticado con bronquitis y derrame pleural. Indica no conocer lo suficiente sobre sus enfermedades, paciente actualmente presenta un tubo intercostal (TIC) del lado izquierdo, como drenaje, también durante la evaluación presenta dolor de garganta y el área de tórax, en ciertos tiempos, Durante la entrevista se observa paciente ansioso, angustiado y con dolor, en cuanto a sus hábitos alimenticios refiere que por el trabajo que tiene

se le es muy difícil una buena alimentación ya que consume alimentos ya cocinados en la calle, por eso se ve afectado su metabolismo en obesidad.

Círculo familiar: 2 personas esposa y nieto viven con él, Paciente quien labora con trabajo independiente de vendedor ambulante, cuando no se encuentra internado en el hospital, Paciente refiere que trabaja jornadas largas de 12 horas aproximadamente por día, ya que él es el responsable de llevar el sostén para su esposa y nieto, refiere que se siente fatigado por la carga laboral, insolación y el tiempo que se mantiene de pie diario, produciendo dolor de articulación de las rodillas y también la obesidad le afecta, le produce estrés y ansiedad el poco tiempo que le queda para convivir con su nieto y esposa, por los pocos ingresos que obtiene cuando puede trabajar, ya que al estar internado se le dificulta aún más, pero lo más grave de todo es el proceso que se ha llevado al mantener el TIC en buenas condiciones, sin lastimarse o sin crear infecciones.

Menciona que tiene miedo por saber cómo estará en los siguientes años por sus enfermedades ya que se le dificulta para comprar sus medicamentos y para sobrevivir con su familia ya que dependen de él, y a la vez esto mismo le produce depresión, insomnio y cansancio.

Paciente quien recibe tratamiento intrahospitalario. Con los siguientes medicamentos: ambroxol 40mg por vía oral cada 8 horas, clorfeniramina 1 ampolla intravenosa cada 8 horas, desketoprofeno 1 ampolla intravenosa cada 8 horas.

Diagnóstico de enfermería:

1. (00118) Imagen corporal afectada o alterada, relacionado con varios factores psicológicos.

Intervenciones de Enfermería (NIC)

- ✓ Identificar primordialmente cual es la motivación del paciente para perder peso y ayudar a establecer sus metas de control.

- ✓ insistir al paciente a conocer su peso correcto y a contribuir a sí mismo con el peso deseado realizando ejercicios y con la alimentación adecuada y balanceada.
- ✓ Promover la comunicación abierta evitando críticas y juicios sobre el comportamiento del paciente.
- ✓ Desarrolle estrategias para que el paciente pueda realizar algo además de comer para lidiar con los sentimientos de culpa o negatividad, como hablar con un amigo o familiar o personal de salud capacitado.

Resultados de Enfermería (NOC)

- ✓ Imagen corporal adecuada caracterizada por una buena autoestima personal.
- ✓ Adaptación psicosocial relacionada a una comunicación efectiva.
- ✓ Eliminación de desechos corporales relacionado a sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.

Diagnóstico de enfermería:

2. (00232) Obesidad o aumento de peso, relacionado con una inadecuada conducta alimentaria desordenada.

Intervenciones de Enfermería (NIC)

- ✓ Promover e involucrar al paciente en cambiar sus hábitos más saludables o en horarios adecuados.
- ✓ Centrarse en lo que quiere cambiar la persona respecto a su salud y físico.
- ✓ Evitar el mencionar cuales son los alimentos como malos o buenos, mejor explicar el valor nutricional de cada uno de los alimentos a consumir y así evitar el mal exceso.

- ✓ Iniciar la educación para la salud y derivar a otros profesionales, según esté indicado para mejor calidad de vida.

Resultados de Enfermería (NOC)

- ✓ Se compromete a realizar cambios en la alimentación y líquidos, que sean más saludables para su dieta.
- ✓ Se evalúa los hábitos que tiene el paciente con la alimentación y el conocimiento nutricional del paciente adulto mayor.
- ✓ Se le Proporcionó educación de la salud enfocada en una dieta equilibrada y en diferentes opciones alimenticias saludables.
- ✓ Identifica formas de aumentar la actividad física o ejercicio basado y adecuada para su salud.
- ✓ Se Fomentó la reducción del consumo de alimentos poco saludables.

Análisis de caso 6

Paciente quien se logra mantener una buena y adecuada comunicación en todo momento, se le informa sobre los alimentos ricos en nutrientes y los adecuados para su correcto balance en la dieta que le está otorgando el hospital los días que se encuentra internado y así poder consumirlos durante su estadía en casa y no perder el avance que ha llevado hasta ahora.

Paciente se le brindan cuidados de enfermería, entre ellos ayudarlo a movilizarse al sanitario, ayudarlo en su alimentación, se le brinda información y se le explica sobre lo importante que es mantener en buenas condiciones el TIC ya que está situado dentro del espacio que se encuentra en los pulmones y la pared del pecho, y le ayuda bastante en su recuperación ya que drena toda la sangre, fluidos o aire acumulado y permitirle una completa expansión de los pulmones, paciente que mantiene limpio y en buen estado la curación para evitar infecciones extra hospitalarias en otras áreas del cuerpo.

Paciente queda en su unidad, consciente y orientado en tiempo espacio y persona, con cuidados de enfermería del hospital, el cual le brindan todos los cuidados y la atención necesarias para su recuperación y esperando hasta que le den el Alta y poder recuperarse en su hogar sin mayor dificultad y esperando que le omitan el TIC y seguir adelante en el proceso que lleva de avance.

VIII. CONCLUSIONES

- ✓ Enfermería es una profesión con vocación de servicio, tomamos como modelo las satisfacciones de las 14 necesidades de la Enfermera Virginia Henderson para identificar en el paciente esas necesidades más resaltadas que ameritan intervenir de forma oportuna, directa y eficaz, así contribuir a la salud cualitativa del paciente ya que es necesaria para el funcionamiento del ser humano.
- ✓ Las intervenciones del personal de enfermería del Hospital Nacional de la Amistad Japón de Guatemala, del servicio de Medicina de Hombres y Medicina de Mujeres en pacientes adultos mayores de 60 años, con diagnóstico de bronquitis, van enlazados con la inspección, evaluación y conducta a seguir que el medico indique; la administración de medicamentos y aerosoles para fluidificar, remover y expulsar las secreciones de las vías aéreas de los pacientes internados, evitando un colapso alveolar que puede complicar la salud del paciente; proporcionar y supervisar sobre el uso de dispositivos de ejercicios respiratorios como inspirómetros, brindar líquidos de hidratación, plan educacional sobre estudios realizados durante la estancia hospitalaria que favorecen la evaluación de la evolución de la enfermedad. Enfermería realiza una labor de excelencia y calidez durante el monitoreo de los signos vitales, suministración de oxigenoterapia, higiene de unidad favoreciendo la pronta recuperación del paciente.
- ✓ El papel de enfermería es fundamental en el desarrollo del plan de cuidados evidenciando la secuencia de sus acciones, esfuerzos, dedicación para identificar de forma rápida, eficaz la susceptibilidad de la enfermedad, y con la finalidad de favorecer en la recuperación y restauración de la salud del paciente con bronquitis. Las acciones son complejas porque la mayoría de los pacientes cuestionados desconocen de terapia respiratoria de sus dispositivos y medicación.

IX. RECOMENDACIONES

- ✓ Enfermería debe fomentar la constante programación educativa para enriquecer habilidades, actitudes y conocimientos para administrar, ejecutar e intervenir de forma veraz en el desarrollo de las estrategias de las actividades de enfermería programadas, que permiten garantizar la correcta ejecución de las intervenciones que son satisfactorias para la restauración de la salud del paciente ayudando a incorporarlo a la sociedad.
- ✓ Programar y ejecutar plan educativo a personal de enfermería y pacientes, basado en cómo se debe incorporar fisioterapia respiratoria en las enfermedades respiratorias, dando a conocer sus beneficios, dispositivos, medicación y procedimientos, favoreciendo la socialización de ello.
- ✓ Establecer protocolos en los servicios de salud sobre que intervenciones de enfermería se deben proporcionar a pacientes con tratamientos de terapia respiratoria y vigilar el cumplimiento del mismo. Los dispositivos de terapia respiratoria permiten administrar oxígeno y aerosoles a pacientes con dificultad o enfermedades respiratoria. Tomando en cuenta que el manejo de dispositivos es responsabilidad de enfermería y terapia respiratoria.

X. BIBLIOGRAFIA

1. Alvarez, J. L., pere Casan, C., Rodriguez de Castro, F., Rodríguez Hermosa, J. L., & Villena Garrido, V. (2017). Neumología Clínica. Barcelona, España: Elsevier. Obtenido de https://www.google.com.gt/books/edition/Neumolog%C3%ADa_cl%C3%ADnica/C21jDQAAQBAJ?hl=es&gbpv=1&dq=neumologia+clinica&printsec=frontcover&bshw=rimc/1
2. American Cancer Society. (2 de Octubre de 2019). Recuperado el 10 de junio de 2021, de <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento/cirugia/ostomias/colostomia/manejo.html>
3. Antoni Surós Batlló, J. S. (2001). Semiología Médica y Técnica Exploratoria 8a edición. Chile: Masson.
4. Arias, J., Aller, M. Á., Arias, J. I., & Aldamendi, I. (2000). Enfermería Médico-Quirúrgica I. Tomo I. España: Tébar.
5. Augustin, G. (2008). Tratado Elemental y Práctico de Patología Interna, (Vol. 1). Madrid: Imprenta de Gaspar Y Roig, Editores. Obtenido de <https://books.google.com.gt/books?id=guMR9Jysj64C&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
6. Barrera, E. (2010). El Síndrome de Burnout en el personal auxiliar de enfermería del Hospital Juan José Árevalo Bermejo "IGSS zona 6". Guatemala, Guatemala: Universidad Mariano Gálvez.
7. Barria, J., Fernandez, M., & Villalon, V. (2002). Síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en personal de clínica psiquiátrica. Obtenido de Psiquiatria.com: https://www.researchgate.net/publication/35482345_Sindrome_de_Burnout_en_asistentes_sociales_del_Servicio_Nacional_de_Menores_de_la_Region_Metropolitana

8. Batalla-Martín, D., Campoverde Espinosa, K., & Broncano-Bolzoni, M. (2020). El impacto en la salud mental de los profesionales sanitarios durante la Covid-19. Barcelona: Editorial Glosa.
9. Bembibre, C. (2010). Definicion de Estado Civil. Recuperado el 5 de Julio de 2021, de Bembibre, Cecilia| Sitio: Definición ABC | Título: Estado Civil | Fecha: Ago. 2010 | URL: <https://www.definicionabc.com/derecho/estado-civil.php>
10. Bernardo, M. J. (2001). Desgaste Profesional Burnout, Personalidad y Salud Percibida. Recuperado el 25 de Junio de 2021, de <http://www.colmed5.org.ar/files/sitio/Desgaste%20profesional-personalidad-y-salud-percibida.pdf>
11. Borda Pérez, M., Navarro Lechuga, E., Aun Aun, E., Berdejo Pacheco, H., Racedo Rolón, K., & Ruiz Sará, J. (2007). Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. Salud Uninorte, 43-51.
12. Broche, P. Y., Fernandez, C. E., Reyes, & Luzardo Darlyn, A. (2021). Consecuencias Psicologicas de la cuarentena y el asilamiento social durante la pandemia Covid - 19. Revista Cubana de Salud Publica.
13. Burnout, C. d. (s.f.). Cuestionario del Síndrome de Burnout.
14. Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2018). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) Séptima Edición. España: ELSEVIER.
15. Cano, M. N. (16 de Abril de 2021). Historia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Juan José Árevalo Bermejo. (P. Herrera, M. Portillo, E. Mazariegos, & D. Cardenas, Entrevistadores)
16. Chapeta, E. (2013). Síndrome de burnout en los auxiliares de enfermería y enfermeros/as del hospital nacional del departamento de Jutiapa, Guatemala. Jutiapa, Guatemala: Universidad Mariano Galvez.

17. (2021). Cuestionario Maslach Burnout. Desconocida: Ecestaticos.com.
18. (s.f.). Elsevier Healh Sciences. (15 de Marzo de 2021). Información recolectada por personal de enfermería - IGSS zona 6. (M. Portillo, Entrevistador)
19. Eacreceer. (21 de Marzo de 2017). El trabajo como realizacion personal. Recuperado el 30 de junio de 2021, de <http://eacreceer.com/comentarios/trabajo-realizacion-personal/>
20. Encinas Martinez, M. J. (2012). La Aromaterapia en mi Vida. Sonora, Mèxico: Palibrio.
21. (2020). Enfermedades Respiratorias Transmisibles: COVID-19. Puerto Rico: Gobierno de Puerto Rico.
22. Fidalgo, M. (2008). Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación. España: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo.
23. Figueira, L. (2012). La carbocisteina sal de lisina en el tratamiento de la bronquitis, enfermedad pulmonar obstructiva cronica y otras enfermedades respiratorias. Venezuela: INFORMED.
24. Fort Joseph Auguste, S. S. (1872). Anatomía descriptiva y disección. España: C. Bailly-Bailliere.
25. García Blandón, P. A., & Ascencio, M. (1999). Desarrollo de Comunidades Centinela sobre alimentación y nutrición 1ra. Edición. Costa Rica: Ministerio de Salud.
26. Gil Monte, P. (Enero de 2003). Síndrome de Quemarse por el Trabajo . Recuperado el 20 de Marzo de 2021, de Revista Electronica Inter, Acao, Psy: https://www.researchgate.net/publication/263161122_El_sindrome_de_quemarse_por_el_trabajo_sindrome_de_burnout_en_profesionales_de_enfermeria

27. Giraldo, E. H. (2008). EPOC diagnostico y tratamiento integral con énfasis en la rehabilitación pulmonar. Colombia: Panamericana.
28. Gobierno de Guatemala, Acuerdo Gubernativo. (27 de Agosto de 2020). Recuperado el 18 de Abril de 2021, de <https://covid19.gob.gt/disposiciones.html>
29. Gomez Montes, J. F. (2021). Salud del Anciano. Colombia: Universidad de Celdas. Obtenido de https://www.google.com.gt/books/edition/Salud_del_Anciano/qEthEAAAQBAJ?hl=es&gbpv=1&dq=el+envejecimiento+primario&pg=PA76&printsec=frontcover&bshrm=rimc/1
30. Gonzalez, M. (2012). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de los servicios de encamamiento a, c y d, del Sanatorio Nuestra Señora del Pilar, de la Ciudad de Guatemala de Agosto a Octubre 2011. Guatemala. Guatemala: Universidad Rafael Landívar.
31. González, M. d. (2003). El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. México: Editorial Progreso. Obtenido de <https://books.google.com.gt/books?id=rH2WwSgmrAEC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
32. González, V., Lorig, K., Sobel, D., Laurent, D., Minor, M., Halsted, H., & Marin, M. H. (2013). Tomando Control de su Salud, cuarta edición. Tomando control de su salud: Una Guía para el manejo de las enfermedades del corazón,, diabetes, asma, bronquitis, enfisema, depresión y otras condiciones de la salud física y mental. Boulder, CO, USA, Estados Unidos: by Bull Publishing Company. Obtenido de https://www.google.com.gt/books/edition/Tomando_control_de_su_salud/BGY9BQAAQBAJ?hl=es&gbpv=1&dq=Cuando+la+sangre+no+llega+de+forma+eficiente+al+organismo&pg=PA5&printsec=frontcover&bshrm=rimc/1

33. GUATEMALA, E. P. (2022). Aplicación Práctica del proceso de enfermería. Guia de valoracion basada en las 14 necesidades de Virginia Henderson. GUATEMALA.
34. Guía de consulta de criterios diagnósticos. (2013). DSM V.
35. Gutierrez, A., Celis, M., Moreno, S., Serratos, F., & Suarez, J. (2006). Síndrome de burnout. Medigraphic Artemis en línea, 305-309.
36. Hernández Guzmán, J. T. (2011). Posibles indicadores del Síndrome de Burnout, en 18 operarios de una distribuidora de GLP de la ciudad de Armenia. Recuperado el 3 de Mayo de 2021, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78222187002>
37. Herrera, A. (2009). Informe final de prácticas supervisadas en servicios hospitalarios y preventivos. Guatemala: Universidad Rafael Landívar.
38. IGSS. (2020). Manual de normas de para la gestion de servicios de enfermería del IGSS. Guatemala.
39. John E. Bennett, R. D. (2020). Mandell, Douglas y Bennett. Enfermedades infecciosas. Principios y práctica. España: Elsevier Health Sciences.
40. Jornada de trabajo. (1995). En Código de trabajo. Guatemala: Ministerio de Trabajo y Previsión Social de Guatemala.
41. La tríada ecológica: un modelo para frenar enfermedades. (s.f.). Recuperado el Abril de 2021, de Aquae Fundación: <https://www.fundacionaquae.org/triada-ecologica/>
42. Lastra, J. M. (1997). Jornada de Trabajo. Recuperado el 25 de Junio de 2021, de Instituto de Investigaciones Jurídicas: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/1/139/27.pdf>
43. León Román, C. A. (2007). Cuidarse para no morir. Revista Cubana de Enfermería.

44. Levenson, E. (30 de Abril de 2020). El estrés en los trabajadores de la salud está creando 'segundas víctimas' en la pandemia de coronavirus. Recuperado el 18 de Abril de 2020, de CNN: <https://cnnespanol.cnn.com/2020/04/30/el-estres-en-los-trabajadores-de-la-salud-esta-creando-segundas-victimas-en-la-pandemia-de-coronavirus/>
45. M Koury, J., & Hirschhaut, M. (2020). Reseña histórica del COVID-19. Acta Odontológica Venezolana.
46. Magaña, D. E. (7 de Enero de 2007). Síndrome de desgaste Emocional en Investigadores Mexicanos Universidad de Juárez Tabasco México. Recuperado el 23 de Junio de 2021
47. Mandell, Douglas y Bennett. Enfermedades infecciosas. Principios y práctica. (2020). España.(s.f.). Manual de Normas para la Gestión de los servicios de Enfermería IGSS. Guatemala: IGSS.
48. Marcos Romero, J. M. (2015). GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA Y SU RELACIÓN CON. Perú: Universidad Autónoma de Ica.
49. Martínez, N. (14 de Abril de 2021). Superintendencia de Enfermería - IGSS zona 6. (P. Herrera, Entrevistador)
50. Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). Maslach Burnout Inventory 2da. Edición. Palo Alto S.A.
51. Massanero, M., & col. (1994). Burnout en los profesores: impacto sobre la calidad en la educación, la salud y consecuencias para el desarrollo profesional. Madrid: MEC-CIDE.
52. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2018). Normas de Atención. Normas de Atención Salud Integral para primero y segundo nivel. Guatemala, Guatemala: Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas DRPAP.

53. MNSPAS, m. d. (29 de Marzo de 2020). Nuevo Coronavirus Covid-19. Recuperado el 12 de Marzo de 2021, de <https://www.mspas.gob.gt/covid-19/coronavirus-2019-ncov.html>
54. Moreno Jimenez Bernardo, g. J. (2001). Desgaste Profesional(burnout), Personalidad Y Salud Percibida. Recuperado el 25 de junio de 2021, de publicado en : J. Buendía y F. Ramos (Eds). Empleo, estrés y salud. Madrid:: <http://www.colmed5.org.ar/files/sitio/Desgaste%20profesional-personalidad-y-salud-percibida.pdf>
55. Moreno Toledo, Á. (2007). Burnout asistencial: Identificación, Prevención y Mediación en Factores Precipitantes. Málaga, España: Universidad Nacional Autónoma de México.
56. Nathaniel, B. (1995). Desarrollo de la autoestima . Recuperado el 20 de mayo de 2021, de <https://www.gitanos.org/publicaciones/guiapromocionmujeres/pdf/04.pdf>
57. Ochomogo, H., & Barrera, E. (2011). Prevalencia del síndrome burnout. o síndrome de desgaste laboral, en el personal del Hospital Nacional de Salud Mental de Guatemala. Revista Latinoamericana de Psiquiatría, 11-17.
58. Osorio, P. (2010). La edad mayor como producción Socio Cultural. Chile: Universidad de Chile.
59. Pamela L. Swearingen, D. G. (2000). Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica. MANUAL DE ENFERMERIA MEDICOQUIRURGICA. España, Madrid: Harcourt Brace de España, S. A.
60. Parrilla, E. (2013). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería del hospital Dr. Rodolfo Robles Valverde. Guatemala, Guatemala: Universidad Rafael Landívar.
61. Pedro, G.-M., & Peiró, J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. Universidad de Valencia, 261-268.

62. Peña Moreno, J. A., Macías Núñez, N. I., & Morales Aguilar, F. L. (2011). Manual de práctica Básica del adulto mayor. México: El Manual Moderno, S.A. Obtenido de <https://books.google.com/books?id=rxPHCQAAQBAJ>
63. Pérez, M. (2001). El síndrome de burnout en los profesionales de la salud.
64. Pineda, R. (8 de Marzo de 2021). Implementación de área de COVID. (M. Portillo, Entrevistador)
65. QuestionPro. (2020). Clima Laboral. Recuperado el 10 de junio de 2021, de QuestionPro: <https://www.questionpro.com/es/clima-laboral.html>
66. Quiceno, J. M., & Vinaccia Alpi, S. (2007). Burnout: "síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)". Acta Colombiana de Psicología, 117-125.
67. Rafino Maria, e. (5 de Julio de 2021). Empatía. Recuperado el 10 de junio de 2021, de <https://concepto.de/empatia-2/>
68. Rafino, M. E. (5 de Julio de 2020). Concepto.de. Recuperado el 30 de junio de 2021, de Empatía: <https://concepto.de/empatia-2/>
69. Ratto Dadtoli Andrea, o. (1 de Noviembre de 2015). El Síndrome de quemarse por el trabajo. Recuperado el 20 de junio de 2021, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212015000300005#Gil11_
70. Reyes Zuñiga, K. M., & Urrutia bran, A. L. (2018). Caracterización de los pacientes con patología pulmonar asociada a la exposición del humo de leña. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala.
71. Rodas, N. X. (2004). El Síndrome de Burnout en catedráticos de la Universidad Rafael Landívar Facultad de Humanidades. Guatemala: Universidad Rafael Landívar.
72. Rodés, J., piqué, J. M., & Trilla, A. (2007). Libro de la Salud del Hospital Clínic de Barcelona y de la Fundación BBVA. España: Editorial Nerea, S.A.

73. Rodríguez-Ramírez, J. (2010). Propuesta: Programa de Autocuidado dirigido a personal de Enfermería. *Enfermería en Costa Rica*, 1-7.
74. Rosas, S. (2006). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en el Hospital General . Pachuca, México.
75. S. J. Richi, S. R. (28 de Agosto de 1991). sex, Differences in the Adult Human Brain. Recuperado el 5 de Julio de 2021, de New York,N.Y.;; [https://books.google.com.gt/books?id=hUTaDwAAQBAJ&pg=PA284&lpg=PA284&dq=Ritchie,+S.+J.,+Cox,+S.+R.,+Shen,+X.,+Lombardo,+M.+V.,+Reus,+L.+M.,+Alloza,+C.,+Deary,+I.+J.+\(2018\).+Sex+Differences+in+the+Adult+Human+Brain:+Evidence+from+5216+UK+Biobank+Participan](https://books.google.com.gt/books?id=hUTaDwAAQBAJ&pg=PA284&lpg=PA284&dq=Ritchie,+S.+J.,+Cox,+S.+R.,+Shen,+X.,+Lombardo,+M.+V.,+Reus,+L.+M.,+Alloza,+C.,+Deary,+I.+J.+(2018).+Sex+Differences+in+the+Adult+Human+Brain:+Evidence+from+5216+UK+Biobank+Participan)
76. Saborio, L., & Hidalgo, L. (2015). Síndrome de Burnout. Costa Rica: Scielo.
77. Sandoval Emeterio, M. (2007). Aplicar en un paciente adulto mayor con bronquitis crónica. Mexico, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de Mexico.
78. Sarukhan, A. (7 de Mayo de 2021). IS Global Instituto de Salud Global Barcelona. Recuperado el 29 de Abril de 2021, de <https://www.isglobal.org/coronavirus>
79. Serrano Uchubanda, R. F. (2017). Manejo Integral de la Bronquitis crónica secundaria al tabaquismo en pacientes masculino de 65 años. Babahoyo, los Ríos, Ecuador: Universidad Técnica de Babahoyo.
80. Tamara, S. (16 de Agosto de 2018). Diario Femenino. Recuperado el 10 de junio de 2021, de <https://www.diariofemenino.com/articulos/psicologia/autoestima/que-es-la-autoestima-definicion-significado-y-tipos-de-autoestima/>
81. Trabajo, C. d. (1995). Jornada de trabajo. En Código de trabajo. Guatemala: Ministerio de Trabajo y Previsión Social de Guatemala.
82. Trabajo, S. d. (9 de Septiembre de 2019). Recuperado el 5 de julio de 2021, de <https://www.significados.com/trabajo/>

83. Valenzuela Herrera, A. (2005). Principios y Derechos Fundamentales del Trabajo en Guatemala. Gaceta Lboral.
84. Zander, D. S., & Farver, C. F. (2018). Patología Pulmonar. España: ELSEVIER.

XI. ANEXOS

**UNIVERSIDAD DA VINCI DE GUATEMALA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y CIENCIAS DEL
CUIDADO DE LA SALUD**



Guatemala, _____ de _____ de 2024

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hago constar que he sido informado con claridad y veracidad debida respecto al ejercicio académico que los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad DA VINCI de Guatemala, me han invitado a participar en el estudio denominado **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE BRONQUITIS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE LA AMISTAD JAPON DE GUATEMALA, PUERTO BARRIOS, IZABAL.**

Participó voluntariamente contribuyendo a la realización de la investigación. Se me ha leído y he comprendido la información que se me proporcionó, se han resuelto las dudas sobre mi participación en el estudio, por lo tanto, he decidido participar voluntariamente en la investigación. He sido informado que puedo retirarme del estudio en cualquier momento sin ninguna repercusión que afecte mi situación de salud y la de mi familia.

Firma participante _____

INSTRUMENTO

Instrucciones:

A continuación, se le presentan una serie de enunciados, por lo cual debe marcar con una "X" la respuesta conforme su experiencia. Agradeciendo de gran manera su apoyo.

Guatemala _____ de _____ 2024

Sección 1.

Caracterización

Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Etnia Maya <input type="checkbox"/> Ladino <input type="checkbox"/>	Edad 50-59 <input type="checkbox"/> 60-69 <input type="checkbox"/> 70-79 <input type="checkbox"/> 80-89 <input type="checkbox"/> 90-99 <input type="checkbox"/>	Encargado: Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Esposo (a) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
Cuantos hijos tiene 2 a 4 <input type="checkbox"/> 5 a 6 <input type="checkbox"/> 7 a 8 <input type="checkbox"/> 9 a 10 <input type="checkbox"/>	Grado académico Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Diversificado <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/>	Cuantos miembros integran su familia 4 personas <input type="checkbox"/> 6 personas <input type="checkbox"/> 8 o mas <input type="checkbox"/>

Sección 2.

VALORACION VIRGINIA HENDERSON

Diagnostico medico: _____

Unidad médica / Hospital al que asiste: _____

No. de registro: _____

Nombre del paciente: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Edad: _____ No. de identificación: _____

Lugar de residencia: _____

Dirección: _____

Nombre del cuidador: _____

Teléfono del paciente: _____

Teléfono del cuidador: _____

Signos vitales:

Presión arterial _____ Temperatura _____ FR _____

Pulso _____ % SPO2 _____

Alérgico a: Fármacos SI ☐ NO ☐ Alimentos SI ☐ NO ☐

Otros _____

Medicamentos:

Nombre _____ Dosis _____

Frecuencia _____ Vía _____

Nombre _____ Dosis _____

Frecuencia _____ Vía _____

Nombre _____ Dosis _____

Frecuencia _____ Vía _____

Necesidad 1: Respirar Normalmente

Tipo de respiración: Nasal___ Mixta___ Oral___

Respiración normal (apnea)___ Respiración Acelerada (Taquipnea)___

Respiración lenta (Bradipnea)___ dificultad al inhalar Ortopnea___

Aleteo nasal___ Apnea del sueño ___ Fumador(a): SI ☐ NO ☐

Otro_____

Disnea:

Reposo___ Esfuerzo moderado___ Esfuerzo severo___ Obesidad___

Ansiedad___ Estrés___ Dolor___ Tos___ Obstrucción en boca___ Nariz___

Bronquial___ Pulmonar___ Causas___ Secreciones vías altas___ Bronquiales___

Blanquecinas___ verdosas___ Abundantes___ Escasas___ Hemáticas___

Otros _____

Tiraje:

supra esternal___ Infra esternal ___ Retracción esternal___ Supraclavicular___

Cianosis ___ Ruidos disminuidos___ Sibilancias___ Estertores___ Crepitantes___

Estridor___ Otros_____

Dolor:

Garganta___ Abdomen___ Tórax___ Nariz___ Boca___ Otros_____

Cardiovascular:

P/A_____FC_____ T°_____ FR_____ Edema___ Varices___ Marcapaso

Tipo_____ Frecuencia _____ Ritmo_____

Voltaje_____ Fecha de colocación_____

Necesidad 2: Comer y beber adecuadamente

Peso: _____ Talla _____ IMC _____ Pérdida de peso _____
Aumento de peso _____

Apetito:

Normal _____ Disminuido _____ Aumentado _____ Perdido _____ Circunferencia de cintura _____
Dieta libre _____ Dieta líquida _____ Dieta hiposódica _____ Dieta en papilla _____
Dieta blanda _____ Dieta de diabético _____ Sin gluten _____
Otra _____

Nauseas _____ Vómitos _____ Dificultad al tragar _____ No. de comidas al día _____

Alimentos no tolerados: _____

Preferencia de alimentos _____

Alergia a algún alimento _____

Alteraciones alimentarias subjetiva _____

Consume:

Carne roja _____ Carne blanca _____ Lácteos _____ Huevos _____ Verduras _____ Frutas _____

Leguminosas _____ Legumbres _____ Cereales _____ Pan _____ Suplementos _____

Alimentación enteral y/o parenteral _____ Cantidad _____

Calorías _____ Frecuencia _____

Necesidades 3: Eliminación

Frecuencia de la eliminación fecal: _____ Esfuerzo: No Si ☐

Características de las heces: _____ Incontinencia: No Si ☐ diarrea: No Si ☐

Estreñimiento: No Si _____ ¿qué hace para controlarlo? _____

¿Toma laxantes? No Si _____ Tipo/frecuencia _____

Hábitos que ayudan a defecar bien _____

Eliminación Urinaria:

Frecuencia de la eliminación urinaria: _____ alteraciones No__ Si__

Especificar: _____

Característica urinaria _____

Hábitos que ayudan / dificultan la micción: _____

Menstruación: No__ Si__ Duración: _____ Frecuencia: _____

Flujo Vaginal: No__ Si__ Sudoración: _____

Dispositivos Vesicales:

Sondaje vesical ____ Sonda supra púbica ____ Ostomía/urostomía ____

Nefrostomía _____ Colector _____ Pañal _____

Observaciones: _____

Presencia de herida quirúrgica y drenajes abdominales:

Herida exudativa _____ Drenajes _____

Observaciones _____

Valoración de piel y membranas:

Piel tersa ____ Turgencia ____ Manto húmedo ____ Piel seca ____

Membranas mucosas hidratadas ____ Sensación de sed ____ Sudoración ____

Difusa ____ Profusa ____ Perdidas insensibles ____ Presencia de llanto ____

Con lágrimas ____ Sin lágrimas ____ Eliminación Menstrual ____ Frecuencia ____

Ritmo ____ Amenorrea ____ Dismenorrea ____ Metrorragia ____ Menorragia ____

Observaciones _____

Necesidad 4: Moverse y mantener buena postura

¿Cree que ha disminuido su movilidad? No__ Si__ Especificar: _____

¿Precisa inmovilización? No__ Si__ Especificar: _____

¿Requiere ayuda para moverse? No__ Si__ Especificar: _____

¿Hay alguna postura que no pueda adoptar? No__ Si__ Especificar: _____

¿Tiene rigidez en alguna articulación o dificultad para realizar las actividades de la vida diaria? No__ Si__ Especificar: _____

¿Habitualmente hace alguna actividad física/deporte: No__ Si__

Especificar: _____

Grado de actividad diaria: Nulo__ Bajo__ moderado__ alto__ muy alto__

Otros datos de interés: _____

Tono Muscular:

Rigidez plástica: __ Distonía: __ Paratónia: __ Hipotonía: __ Asterixis: __

Atrofia Muscular: __ Hipertrofia: __ Rigidez: __

Valoración del estado Neurológico:

Glasgow: __ Ramsay: __ Dolor: __ Dolor neuropático (Mc Guill): _____

Estado del movimiento:

Movilidad autónoma: __ Movilidad en cama por si solo: __ Movilidad en cama con asistencia: __ Estable: __ Inestable: __ Traslado en silla de ruedas: __

Traslado en cama: __ Lesiones corporales que limitan la movilidad: _____

Deambulaci3n: _____ Uso de equipo auxiliar: _____

Aparato ortopédico: _____ Ninguno: _____

Valoraci3n de Miembros Superiores/inferiores:

Simétrico: __ Asimétricos: __ Movimiento de rotaci3n: __ Depresi3n: __

Flexi3n: __ Extensi3n: __ Abducci3n: __ Aducci3n: __ Sensibilidad: __

Hipersensibilidad: __ Reflejos: __ Dolor: __ Tipo: __ Localizaci3n: __ Adopta posici3n antiálgica: __ Presencia de patologías osteomusculares: _____

Fármaco: _____ Dosis: _____

Observaciones: _____

Necesidad 5: dormir y descansar

Patrón y tipo habitual de sueño:

Horario _____ Duración _____ siestas _____ Se despierta por la noche _____

Necesidad de levantarse por las noches _____ Sueño profundo _____ Pesadillas cuando duerme _____ Tarda en conciliar el sueño _____ las emociones influyen para poder dormir y descansar _____

Sentido que le da al dormir:

Como rutina _____ obligación _____ evasión _____ efectos positivos _____ Medios para facilitar el sueño _____

Condiciones del entorno _____

utiliza algún medicamento para dormir _____

Alteraciones del sueño y descanso:

Insomnio _____ Hipersomnia _____ incomodidad _____ fatiga _____ De privación del sueño _____ alteración del sueño _____ Observaciones _____

Necesidad 6: necesidad de usar ropa adecuadas, vestirse y desvestirse

Aspecto General (vestido/ arreglo personal) _____

El paciente presenta comodidad con su vestir SI _____ NO _____

El paciente es capaz de:

Escoger su ropa _____ toma la ropa _____ manipula broches y cierres _____ Quitarse la ropa _____ el paciente cuida su integridad e intimidad _____

La ropa y calzado que usa comúnmente es:

Ajustado ____ Holgado ____ Nuevo ____ Usado ____ limpio ____ Sucio ____

la ropa del paciente se ajusta a la estación del año _____

Observaciones: _____

Necesidad 7: Mantener la temperatura corporal dentro los límites normales

Control de temperatura _____

Medicamentos _____

Signos asociados:

Sudoración _____ escalofríos _____ deshidratación _____

taquipnea _____ Otros _____

Tratamientos con medios físicos _____

¿Es sensible al frío? SI _____ NO _____ ¿Al calor? SI _____ NO _____

¿Es sensible a los cambios de temperatura? SI _____ NO _____

Tipo de ventilación que tiene su casa: _____

Observaciones: _____

Necesidad 8: mantener la higiene corporal y la integridad de la piel

¿Cuenta con baño y ducha su casa?: _____

Hábitos higiénicos:

Lavados de manos ____ limpieza de los oídos ____ limpieza de la nariz ____ Higiene

bucal ____ baño corporal ____ cara ____ Cabello ____ Frecuencia del lavado _____

cuerpo completo _____ ¿cuál es la frecuencia de hacerlo? _____

Observaciones _____

Estado de la piel_____ estado de las uñas_____ estado del
cabello_____ Estado de la boca_____

Necesidad 9: Evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas

Protección en:

Asma ____ Diabetes ____ Sida ____ TB ____ Afecciones mentales ____ Cáncer ____
HTA_____ETS_____Otros_____

Alergias_____ Esquema de vacunación_____

Medicamentos utilizados actualmente_____

Consumo de alcohol y tabaco _____ No. de cigarro al día _____

FUR _____ Embarazo _____ Abortos _____

Realiza control ginecológico _____ Examen de mama_____

Método anticonceptivo _____ Se ha realizado examen testicular _____

¿En los últimos dos años ha sufrido pérdidas? SI _____ NO _____ Especificar:

Observaciones:_____

Necesidad 10: comunicarse con los demás expresando emociones

Dificultad de lenguaje No__ Si__ Presenta algún tipo de afasia No__ Si__

Problemas musculares en la lengua No_ Si_ Dificultad de comprensión Si_ No_

Dificultad de expresión Si_ No_ Utiliza otro idioma No_ Si_ Cual: _____

Lenguaje incoherente _____ Verborrea _____ Otras alteraciones del lenguaje_____

Bloqueo de lenguaje _____ Rigidez en el lenguaje ____ Alteraciones

en los pensamientos _____ En caso de soledad y tristeza cual es la conducta que

toma _____

¿Se comunica satisfactoriamente con las personas de su entorno? _____

Cuáles son las emociones que siente tener constantemente

Observaciones: _____

Necesidad 11: vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores

Religión que profesa _____

Prácticas religiosas habituales _____

Ha tenido cambios estructurales en su vida durante los dos últimos años

_____ Su situación actual ha alterado sus valores _____ Cuales _____

Su religión le impide tomar algunos tratamientos ofrecidos por el sector salud: _____

Cuales _____

Sus ideas o creencias influyen en su alimentación _____

Le cuesta tomar decisiones debido a sus creencias _____

Observaciones: _____

Necesidad 12: ocupación para auto realizarse

Vive: solo _____ con su familia _____ con amigos _____ otras personas _____

Trabaja _____ Como se siente en su trabajo _____

Es independiente _____ Razón por la que no es independiente _____

Ha tenido que abandonar sus actividades personales _____

Porque _____

Integrantes de la familia con la que vive _____

Sentimientos que produce la enfermedad _____

Reacción familiar ante la enfermedad _____

Su cuidador principal es _____

Cuál es la actitud de su cuidador _____

Cuáles son los problemas familiares que actualmente tiene _____

personas a su cargo _____ Quienes _____

Como ve su imagen corporal _____

Refiere alguna clase de maltrato _____

Se sospecha de maltrato _____

Observaciones: _____

Necesidad 13: participar en actividades recreativas

Actividades recreativas que realiza _____

Ha tenido que abandonar sus actividades cotidianas a causa de la enfermedad _____

Utiliza recursos recreativos de la comunidad _____

Participa en actividades diferentes al trabajo _____

Elije actividades de ocio de interés _____

El tiempo de ocio lo pasa: sólo ☐ con la familia ☐ con amigos ☐

Las actividades de ocio lo relajan _____ Disfruta las actividades de ocio _____

Participa en juegos _____ Expresa placer al jugar _____ Expresa emociones al jugar _____ Observaciones: _____

Necesidad 14: necesidad de aprendizaje

Nivel de escolaridad: _____

Capacidad de mantener la concentración ____ Resolución de problemas ____ Juicio congruente ____ Planificación de actividades ____ Capacidad para diferenciar ____

Describa su estado de salud _____

Capacidad para participar en aspectos relacionados a su salud _____

Tiene un plan terapéutico _____

Sigue su plan terapéutico _____ Cual es la causa para no seguir su plan terapéutico _____

se auto médica _____ Ha identificado efecto secundario en su medicamento _____

Deseo por informarse sobre su enfermedad _____ recurre a: la familia: _____ los amigos _____ el médico: _____ la enfermera: _____ libros: _____ otros: _____

Tema sobre su salud que desea informarse

más _____

Observaciones: _____

_____ (GUATEMALA,

2022)