



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO NUEVA ESPARTA  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**PROCESO ENFERMERO A SEXAGENARIA CON DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA  
ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD, INGRESADA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS  
INTENSIVOS DR. "PABLO AGREDA" DEL HOSPITAL DR. "LUIS ORTEGA" DE  
PORLAMAR**

Trabajo de Grado, Modalidad Cursos Especiales de Grado, Presentado como  
Requisito Parcial para Optar por el Título de Licenciada en Enfermería.

**Tuto Académico**  
Lic. Carlos Sulbarán  
**Tutor Metodológico**  
Msc. Ysabel Velásquez

**Autora:**  
**T.S.U Carreño Boadas, Lorena Alejandra**  
CI: 27.740.242

**Guatamare, Abril 2024**



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO NUEVA ESPARTA  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**PROCESO ENFERMERO A SEXAGENARIA CON DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA  
ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD, INGRESADA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS  
INTENSIVOS DR. "PABLO AGREDA" DEL HOSPITAL DR. "LUIS ORTEGA" DE  
PORLAMAR**

Trabajo de Grado, Modalidad Cursos Especiales de Grado, Presentado como  
Requisito Parcial para Optar por el Título de Licenciada en Enfermería.

**Autora:  
T.S.U Carreño Boadas, Lorena Alejandra  
CI: 27.740.242**

**Guatamare, Abril 2024**



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO NUEVA ESPARTA  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**ACTA DE APROBACION DEL TUTOR ACADÉMICO**

De conformidad a lo establecido en el artículo 9 de las Normas Internas para la Tramitación, Entrega, Discusión y Evaluación de Trabajo de Grado de la Escuela de Ciencias de la Salud, Núcleo Nueva Esparta de la Universidad de Oriente, se hace constar que el Trabajo de Grado, titulado: PROCESO ENFERMERO A SEXAGENARIA CON DIAGNOSTICO DE NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD, INGRESADA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DR. "PABLO AGREDA" DE HOSPITAL DR. "LUIS ORTEGA" DE PORLAMAR, presentado por la T.S.U Carreño Boadas Lorena Alejandra, portadora de la Cedula de Identidad: 27.740.242, como requisito parcial para optar al título de Licenciada en Enfermería, ha sido revisado y evaluado encontrándose apto para su presentación y defensa.

Tutor Académico  
Lcdo. Carlos Sulbarán



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**NÚCLEO NUEVA ESPARTA**  
**ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**ACTA DE APROBACION DEL TUTOR METODOLÓGICO**

De conformidad a lo establecido en el artículo 9 de las Normas Internas para la Tramitación, Entrega, Discusión y Evaluación de Trabajo de Grado de la Escuela de Ciencias de la Salud, Núcleo Nueva Esparta de la Universidad de Oriente, se hace constar que el Trabajo de Grado, titulado: PROCESO ENFERMERO A SEXAGENARIA CON DIAGNOSTICO DE NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD, INGRESADA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DR. "PABLO AGREDA" DE HOSPITAL DR. "LUIS ORTEGA" DE PORLAMAR, presentado por la T.S.U Carreño Boadas Lorena Alejandra, portadora de la Cedula de Identidad: 27.740.242, como requisito parcial para optar al título de Licenciada en Enfermería, ha sido revisado y evaluado encontrándose apto para su presentación y defensa.

Tutor Metodológico  
Msc. Ysabel Velásquez



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
COMISIÓN DE TRABAJO DE GRADO  
MODALIDAD CURSOS ESPECIALES  
ACTA DE EVALUACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO**

**TGLECEG-07-2024**

Núcleo: Nueva Esparta  
Escuela: Ciencias de la Salud  
Departamento: Enfermería  
Periodo: I-2023

PERIODO	CÓDIGO	SEMINARIO	NOTA	PROFESOR
I-2023	161-5103	UCI ADULTO	9	
I-2023	161-5203	UCI PEDIÁTRICO	8	

Los profesores de los Cursos Especiales de Grado del Área Enfermería de Cuidados Intensivos reunidos el día 12 de marzo de 2024, visto el rendimiento obtenido en los seminarios y aceptados los informes escritos y exposiciones respectivas, presentadas por (el) (la) bachiller: **CARREÑO BOADAS LORENA ALEJANDRA**, Cédula de Identidad **V-27.740.242**, como requisito parcial para optar al título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

En concordancia con el Artículo 53 del Reglamento de Trabajo de Grado d Pregrado de la Universidad de Oriente, se levanta la presente acta. Los miembros del jurado han acordado el siguiente veredicto:

**Aprobado**

NOMBRE DE LOS PROFESORES	Nº CÉDULA	FIRMA
Carlos Sulbarán	6.362.359	
Yulitza Narváez	11.143.819	
Julioscar Lárez	18.112.413	

Lcda. Andreina Noriega  
Coordinadora Comisión de Trabajo de Grado



DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS

## DEDICATORIA

*A Dios y a la Virgen del Valle por darme sabiduría y fortaleza para lograr alcanzar esta meta académica, y por permitirme superar todos los obstáculos cada día.*

*A mi madre, Rosa Boadas se lo dedico con todo mi corazón, por ser una gran mujer y madre, convirtiéndose así en un pilar fundamental y de gran importancia para mi formación como mujer y profesional, brindándome siempre su apoyo para la culminación y cumplimientos de todas mis metas. Todo lo que soy y lo que tengo es gracias a usted, espero algún día poder retribuírselo... Este triunfo es para ti Mamá. ¡¡Es la Mejor, nunca lo olvide!!*

*A mis ángeles, mi pequeñito Nomar Jesús, mis abuelos Bari Villarroel, Leoncio Carreño y mi tío Bruno Gamero, por cuidarme y apoyarme en vida, y por protegerme todos los días. A pesar de que físicamente no se encuentren conmigo, sé que donde quiera que estén van a estar orgullosos de mí.*

*A mis hermanos Leonardo y Rosana Carreño, por su apoyo incondicional. Les prometo siempre estar allí cuando me necesiten. ¡Los quiero manitos! Cómo olvidarme de mi bebé arcoíris Susej Alejandra, la motivación de todos en la familia y la personita que más amamos, además de mi primera experiencia como enfermera por más de 24 horas en el campo laboral el día de su nacimiento. Tu titi - mamá - madrina siempre estará contigo.*

*A mi pareja Rafael Villarroel, por apoyarme todos los días en mi carrera profesional, por sus palabras de aliento y motivación en los momentos difíciles en los que creí no poder más... ¡Te amo!*

*A mi abuela Saturnina de Carreño, por ser parte fundamental de este logro. Espero que dios le de abundante salud y vida para que esté muchísimos años más con nosotros.*

*Por último, me dedico este logro a mi persona por ser capaz de llegar hasta el final, y por no abandonar el barco a mitad del camino.*

*¡Al final no te diré que es fácil, pero te diré que valdrá la pena!*

**Lorena Carreño**

## AGRADECIMIENTOS

*Primeramente quiero agradecer a Dios todo poderoso y a la Virgen del Valle por sus infinitas bendiciones, por darme vida y salud para poder seguir adelante con mis sueños y metas, por brindarme la fuerza y sabiduría para lograr superar todos los obstáculos que se han presentado a lo largo de este recorrido, y por siempre ser mi guía espiritual a lo largo de mi vida.*

*Agradezco infinitamente a mi madre, Rosa Boadas por avocar su vida a cuidarme, confiar en mí y guiarme por el buen camino; doy gracias a Dios de que estés siempre allí para mí. ¡Te amo mamá!*

*A mis hermanos Leonardo y Rosana Carreño, además de mi cuñado Ramón Carneiro Por todo el apoyo brindado durante mi carrera y realización de mi trabajo de grado.*

*A mis tías Loren Carreño, Marielba Boadas y María Eugenia Moya y demás familiares por apoyarme cuando más necesite, espero seguir contando con ustedes y que Dios y la virgen de valle les de mucha salud y larga vida.*

*A mis queridísimas y leales amigas y compañeras en este camino llamado "Universidad": Eliannys León, Alicia Salazar y lo más chiquito de la UDO, Milena Toro, les agradezco por brindarme su amistad, compañerismo y apoyo en todo este proceso universitario en el que juntas crecimos y aprendimos muchas cosas importantes, además de esas palabras de aliento cuando creí no poder más. Hoy podemos decir que todo esté esfuerzo valió la pena, para ser lo que hoy en día somos. Espero seguir contando con su amistad toda la vida. ¡Las quiero Miguitas!*

*Quiero agradecer igualmente a las amigas y hermanas que me regaló la vida, Karelys Requena y Elena Villarroel, por siempre estar para mí en todo momento. Gracias por tan bonita amistad. ¡Las adoro!*

*Por último, pero no menos importante, al Licenciado Darwin del servicio de trauma shock, por su tiempo, dedicación y apoyo brindado durante las prácticas profesionales. Igualmente agradezco a los profesores Ysabel Velásquez, Carlos Sulbarán, Julioscar Lárez y Jaime Hernández, por compartir conmigo sus conocimientos como docentes y su experiencia como profesionales para la elaboración y culminación de este proceso*

## INDICE GENERAL

INDICE DE CUADROS.....	xii
INDICE DE FIGURAS.....	xvii
RESUMEN .....	xviii
Introducción.....	18

### CAPITULO I

#### PRESENTACIÓN DEL HOSPITAL DR. LUIS ORTEGA

1.1 Reseña Histórica.....	22
1.2. Propósito.....	26
1.3. Filosofía .....	26
1.4. Valores.....	27
1.5. Misión.....	28
1.6. Visión .....	29
1.7. Objetivos .....	29
1.8. Tipo de Establecimiento de Salud Según el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).....	30
1.9. Ubicación Geográfica .....	31
1.10. Estructura administrativa .....	32
1.10.1 Sub-Dirección Administrativa .....	34
1.10.2 Sub-Dirección de Recursos Humanos .....	34
1.10.3 Sub-Dirección de Ingeniería y Mantenimiento.....	34
1.10.4 Sub-Dirección Médica.....	34
1.10.5 Sub-Dirección Docente .....	35
1.11 Operatividad de la Jefatura de Enfermería .....	36
1.11.1 Jefe de Enfermería .....	37
1.11.2 Secretaria .....	37
1.11.3 Enfermera Adjunta Asistencial .....	37
1.11.4 Enfermera Adjunta Docente.....	37
1.11.5 Enfermeras Supervisoras.....	37

1.11.6 Enfermeras Coordinadoras .....	37
1.11.7 Enfermeros(as) Asistenciales.....	38
1.11.8 Auxiliar de Enfermería.....	38
1.11.9 Camilleros.....	38
1.11.10 Camareras .....	38
1.12 Aproximación Diagnóstica de la Institución.....	38

## **CAPITULO II**

### **DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO DR.**

#### **“PABLO AGREDA”**

2.1. Reseña Histórica del Servicio y/o Unidad Clínica .....	47
2.2 Importancia y Justificación .....	49
2.3 Ubicación y Descripción .....	50
2.4 Estructura Organizativa .....	51
2.4.1 Médico Jefe de la Unidad.....	52
2.4.2 Médicos Intensivistas Adjuntos .....	52
2.4.3 Residentes de Postgrado.....	53
2.4.4 Coordinador de Enfermería.....	53
2.4.5 Enfermeros IV-III-II-I .....	53
2.4.6 Estudiantes de Enfermería.....	53
2.4.7 Camareras .....	54
2.4.8 Transportadores .....	54
2.5 Misión.....	54
2.6 Visión .....	54
2.7 Objetivos .....	55
2.8 Funciones, Actividades y Tareas del Equipo de Enfermería .....	56
2.8.1 Jefe de los Servicios de Enfermería.....	57
2.8.2 Enfermero Coordinador de la UCI.....	57
2.8.3 Secretaria .....	57
2.8.4 Enfermeros Asistenciales.....	57
2.8.5 Estudiantes de Pregrado.....	58

2.9 Aproximación Diagnóstica .....	58
------------------------------------	----

### **CAPITULO III**

#### **MARCO TEÓRICO Y METODOLÓGICO DEL ESTUDIO DE CASO**

3.1 Marco Teórico de las Patologías. ....	64
3.1.1 Neumonía .....	65
3.1.2 Neumonía Adquirida en la Comunidad.....	66
3.1.3. Derrame Pleural.....	70
3.1.4 Atelectasia. ....	75
3.2 Tratamientos.....	78
3.2.1 Fichas Farmacológicas. ....	79
3.3 Enfoque Metodológico de la Investigación .....	89
3.3.1 Enfoque Cual-cuantitativo .....	89
3.3.2 Investigación Acción- Participante .....	89
3.3.3 Estudio de Caso .....	90
3.3.4 Técnicas e Instrumentos de Investigación .....	90
3.4 Teoría y/o Modelo de Enfermería .....	92
3.4.1 Aspectos biográficos de las Teorizantes .....	93
3.4.2 Fundamento Teórico de las Teorizantes. ....	95
3.4.3 Relación del caso con la Teoría .....	104
3.5 Antecedentes de la Investigación .....	106
3.5.1 Antecedentes Internacionales .....	107
3.5.2 Antecedentes Nacionales .....	109
3.5.3 Antecedentes Regionales .....	111
3.6 Marco Legal .....	113
3.6.1 Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV, 1999).....	113
3.6.2 Ley Orgánica de Salud (LOS) de Venezuela (17 de septiembre de 1998) ...	116
3.6.3 Código Deontológico de los Profesionales de Enfermería de la República Bolivariana de Venezuela (2008) .....	119
3.6.4 Ley del Ejercicio Profesional de Enfermería (LEPE, 2005).....	121
3.7 Glosario de términos .....	123

**CAPÍTULO IV**  
**ESTUDIO DEL CASO CLINICO**

4.1 Título .....	126
4.2 Resumen del Caso Clínico .....	126
4.3 Objetivos .....	128
4.3.1 Objetivo General .....	128
4.3.2 Objetivos Específicos.....	128
4.4 Historia de Enfermería .....	129
4.4.1 Anamnesis .....	129
4.4.2 Valoración de la paciente.....	131
4.4.3 Cuadros Analíticos.....	143
4.4.4 Planes de cuidado .....	144

**CAPITULO V**

**EXPERIENCIA PROFESIONAL DURANTE EL PROCESO ENFERMERO EN LA  
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DR. PABLO AGRADA DEL HOSPITAL DR.  
LUIS ORTEGA DE PORLAMAR**

5.1 Proceso Enfermero .....	184
5.2 Funciones Asistenciales para la Atención del Caso Clínico.....	189
5.3 Funciones Docentes para la Atención del Caso Clínico.....	191
5.4 Funciones Administrativas para la Atención del Caso Clínico .....	193
5.5 Funciones Investigativa para la Atención del Caso Clínico.....	196
5.6 Retos, Desafíos y Perspectivas del Quehacer Profesional de Enfermería en el Contexto Actual.....	198
5.6.1 Opinión de un Profesional de Enfermería que Labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Dr. Pablo Agreda .....	199
5.6.2 Opinión de la Investigadora sobre la Experiencia Profesional desarrollada en el Hospital y en la Unidad de Cuidados Intensivos .....	200
Conclusión.....	203
Recomendaciones .....	205
Referencias Bibliográficas .....	207

## INDICE DE CUADROS

<b>Cuadro 1.</b> Frecuencia con la que se realiza la limpieza del servicio de Trauma Shock y Observación Adulto durante el turno de 7am a 7pm (12h) del Hospital Dr. “Luis Ortega”.....	40
<b>Cuadro 2.</b> Productos utilizados en la limpieza del servicio de Trauma Shock y Observación Adulo del Hospital Dr “Luis Ortega”.....	41
<b>Cuadro 3.</b> Frecuencia de dotación de materiales de limpieza a los servicios en el Hospital Dr. “Luis Ortega”.....	41
<b>Cuadro 4.</b> Dotación de materiales y productos de limpieza por parte de los familiares para los servicios antes mencionados del Hospital Dr “Luis Ortega”.....	42
<b>Cuadro 5.</b> Distribución por servicio del personal de mantenimiento en el hospital Dr “Luis Ortega” de Porlamar.....	42
<b>Cuadro 6.</b> Realización de la limpieza de los servicios mencionados anteriormente del Hospital Dr “Luis Ortega”.....	43
<b>Cuadro 7.</b> Realización de una limpieza más profunda para disminuir la cantidad de insectos u animales existentes en la institución.....	44
<b>Cuadro 8.</b> Evaluación de la atención brindada por parte del profesional de enfermería a los pacientes de UCI adulto.....	58
<b>Cuadro 9.</b> Frecuencia de la aplicación de los procedimientos a pacientes por parte de los profesionales de Enfermería de la UCI adultos.....	59
<b>Cuadro 10.</b> Evaluación de la capacitación del profesional de enfermería en la UCI	60

adultos.....	
<b>Cuadro 11.</b> Frecuencia con la que la UCI Adultos cuenta con la cantidad de profesionales de Enfermería correspondientes para la atención de los pacientes.....	61
<b>Cuadro 12.</b> Tratamiento farmacológico de la paciente.....	76
<b>Cuadro 13.</b> Ficha farmacológica para el Omeprazol.....	78
<b>Cuadro 14.</b> Ficha farmacológica para la Ranitidina.....	79
<b>Cuadro 15.</b> Ficha farmacológica de Meropenem.....	80
<b>Cuadro 16.</b> Ficha farmacológica para la Vancomicina.....	81
<b>Cuadro 17.</b> Ficha farmacológica para el Clexane.....	82
<b>Cuadro 18.</b> Ficha farmacológica para la Dipirona.....	83
<b>Cuadro 19.</b> Ficha farmacológica para el Ketoprofeno.....	84
<b>Cuadro 20.</b> Ficha farmacológica para el Irtopan.....	85
<b>Cuadro 21.</b> Signos Vitales de la paciente.....	127
<b>Cuadro 22.</b> Cuadro Analítico sobre el Patrón de Actividad y Ejercicio y el Requisito de Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.....	140
<b>Cuadro 23.</b> Plan de cuidado sobre Patrón de Actividad y Ejercicio y el Requisito de Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.....	141
<b>Cuadro 24.</b> Indicadores del Estado respiratorio.....	142
<b>Cuadro 25.</b> Cuadro Analítico sobre el patrón Actividad y ejercicio y el requisito de Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo.....	143
<b>Cuadro 26.</b> Plan de cuidado sobre el patrón Actividad y ejercicio y el requisito de Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo.....	144
<b>Cuadro 27.</b> Indicadores de Tolerancia a la actividad.....	145
<b>Cuadro 28.</b> Cuadro Analítico sobre el Patrón Nutricional - metabólico.....	146

<b>Cuadro 29.</b> Plan de cuidado sobre el Patrón Nutricional – metabólico.....	147
<b>Cuadro 30.</b> Indicadores de Termorregulación.....	148
<b>Cuadro 31.</b> Cuadro Analítico sobre el patrón de Actividad y ejercicio y el requisito de Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo.....	149
<b>Cuadro 32.</b> Plan de cuidado sobre el patrón de Actividad y ejercicio y el requisito de Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo.....	150
<b>Cuadro 33.</b> Indicadores de Movilidad.....	151
<b>Cuadro 34.</b> Cuadro Analítico sobre el Patrón Percepción de la salud y el Requisito de Prevención de riesgos.....	152
<b>Cuadro 35.</b> Plan de cuidado sobre el Patrón Percepción de la salud y el Requisito de Prevención de riesgos.....	153
<b>Cuadro 36.</b> Indicadores de la conducta de fomento de salud.....	154
<b>Cuadro 37.</b> Indicadores de control de riesgos.....	155
<b>Cuadro 38.</b> Cuadro Analítico sobre el patrón de Actividad y ejercicio.....	156
<b>Cuadro 39.</b> Plan de cuidado sobre el patrón de Actividad y ejercicio y el requisito de Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo.....	157
<b>Cuadro 40.</b> Indicadores de Autocuidado: baño.....	158
<b>Cuadro 41.</b> Cuadro Analítico sobre los patrones Nutricional - metabólico, Actividad y ejercicio y los Requisitos de Mantenimiento de un aporte adecuado de agua y alimentos.....	159
<b>Cuadro 42.</b> Plan de cuidado sobre los patrones Nutricional - metabólico, Actividad y ejercicio y los Requisitos de Mantenimiento de un aporte adecuado de agua y alimentos.....	160
<b>Cuadro 43.</b> Indicadores de Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos.....	161
<b>Cuadro 44.</b> Cuadro Analítico sobre el patrón de Adaptación y tolerancia al	

estrés y el requisito de Promoción de la actividad humana.....	162
<b>Cuadro 45.</b> Plan de cuidado sobre el patrón de Adaptación y tolerancia al estrés y el requisito de Promoción de la actividad humana.....	163
<b>Cuadro 46.</b> Indicadores de Afrontamiento de problemas.....	164
<b>Cuadro 47.</b> Cuadro Analítico sobre el Patrón Rol y relaciones y el Requisito de Mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción humana.....	165
<b>Cuadro 48.</b> Plan de cuidado sobre el Patrón Rol y relaciones y el Requisito de Mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción humana.....	166
<b>Cuadro 49.</b> Indicadores de Equilibrio emocional.....	167
<b>Cuadro 50.</b> Indicadores de Apoyo familiar durante el tratamiento.....	168
<b>Cuadro 51.</b> Cuadro Analítico sobre el patrón de Autopercepción y Autoconcepto.....	169
<b>Cuadro 52.</b> Plan de cuidado sobre el patrón de Autopercepción y Autoconcepto.....	170
<b>Cuadro 53.</b> Indicadores Autoestima.....	171
<b>Cuadro 54.</b> Cuadro Analítico sobre el patrón Rol y relaciones y el requisito de Mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción humana.....	172
<b>Cuadro 55.</b> Plan de cuidado sobre el patrón Rol y relaciones y el requisito de Mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción humana.....	173
<b>Cuadro 56.</b> Indicadores de Alteración del estilo de vida del cuidador principal.....	174
<b>Cuadro 57.</b> Cuadro Analítico sobre el Patrón Sueño y descanso y el Requisito de Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo.....	175
<b>Cuadro 58.</b> Plan de cuidado sobre el Patrón Sueño y descanso y el	

Requisito de Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo.....				176
<b>Cuadro 59.</b>	Indicadores		de	177
Descanso.....				
<b>Cuadro 60.</b>	Indicadores		de	178
Sueño.....				
<b>Cuadro 61.</b> Diagrama de Gantt de las actividades realizadas durante el periodo de pasantías en la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto Dr. “Pablo Agreda” durante el periodo de Octubre – Marzo (2023-2024).....				184
<b>Cuadro 62.</b> Descripción de las actividades asistenciales ejecutadas en la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto Dr. Pablo Agreda del Hospital Dr. “Luis Ortega”.....				186
<b>Cuadro 63.</b> Descripción de las actividades docentes en la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto Dr. Pablo Agreda del Hospital Dr. “Luis Ortega”.....				188
<b>Cuadro 64.</b> Descripción de las actividades administrativas en Unidad de Cuidados Intensivos Adulto Dr. Pablo Agreda del Hospital Dr. “Luis Ortega”.....				190
<b>Cuadro 65.</b> Descripción de las actividades investigativas en la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto Dr. Pablo Agreda del Hospital Dr. “Luis Ortega”.....				192

## INDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Imagen Satelital de la Ubicación Geográfica del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar.....	31
<b>Figura 2.</b> Organigrama Estructural del Hospital Dr. Luis Ortega.....	32
<b>Figura 3.</b> Organigrama Estructural de la Jefatura de Enfermería de Tipo Lineal del Hospital Dr. Luis Ortega del Estado Nueva Esparta.....	35
<b>Figura 4.</b> Croquis de la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto Dr. Pablo Agreda del Hospital Dr. Luis Ortega.....	49
<b>Figura 5.</b> Organigrama Estructural de la Unidad de Cuidados Intensivos Dr. Pablo Agreda del Hospital Dr. Luis Ortega.....	50
<b>Figura 6.</b> Organigrama Estructural del Personal de Enfermería de la UCI del Hospital Dr. Luis Ortega.....	54
<b>Figura 7.</b> Representación gráfica de la aplicación teórica metodológica de Gordon y Orem para el proceso enfermero.....	100
<b>Figura 8.</b> Representación gráfica de la conjugación teórica metodológica entre Gordon y Orem para el proceso enfermero.....	102
<b>Figura 9.</b> Representación gráfica del resumen de caso de la paciente objeto de la investigación.....	122



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO NUEVA ESPARTA  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**PROCESO ENFERMERO A SEXAGENARIA CON DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA  
ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD, INGRESADA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS  
INTENSIVOS DR. “PABLO AGREDA” DEL HOSPITAL DR. “LUIS ORTEGA” DE  
PORLAMAR**

**Tutor Académico:**

Lcdo. Carlos Sulbarán

**Tutor Metodológico:**

Msc. Ysabel Velásquez

**Autora:**

T.S.U. Carreño Boadas, Lorena Alejandra

CI: 27.740.242

**RESUMEN**

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) de acuerdo con Saldías y Díaz (2014) es una enfermedad respiratoria aguda, de origen infeccioso, que compromete el parénquima pulmonar, ocasionada por la invasión de microorganismos patógenos adquiridos fuera del ambiente hospitalario. El presente trabajo tiene como objetivo aplicar proceso enfermero a sexagenaria con Diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad, ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos Dr. “Pablo Agreda” del Hospital Dr. “Luis Ortega” de Porlamar. La investigación se abordó bajo un enfoque cuali-cuantitativo, donde se unifican el método investigación acción-participante y el estudio de caso clínico. Desde el punto de vista teórico y metodológico el proceso enfermero se encuentra sustentado bajo una conjugación de las teorías de Marjory Gordon y Dorothea Orem, permitiendo realizar la valoración subjetiva mediante entrevistas a la paciente, la obtención de datos por medio del examen físico, detectando los problemas de salud y procediendo a llevar a cabo los diagnóstico de enfermería y planes de cuidado, siguiendo los lineamientos de la Taxonomía NANDA (2021-2023) NIC (2018) Y NOC (2018). Se concluye que la experiencia desarrollada permitió abordar el déficit de autocuidado de la paciente, así como también disminuir los niveles angustia y tristeza, además de la ausencia y falta de apoyo familiar.

**Palabras clave:** Neumonía Adquirida en la Comunidad, Proceso Enfermero, Conjugación Teórica y Metodológica, Taxonomía NANDA-NIC-NOC, Unidad de Cuidados Intensivos.

## **Introducción**

Los problemas de salud pública son frecuentes en las diversas comunidades, generando consecuencias sobre el bienestar de la población, propiciando efectos negativos sobre las capacidades y calidad de vida debido a las repercusiones producidas. De esta manera, se destaca la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) como un tipo de neumonía que afecta a personas de todas las edades. Ocurre en todo el mundo y constituye un problema de salud importante, se encuentra entre las diez primeras causas de muerte a nivel mundial y en novena posición entre las principales causas de muerte en Venezuela (Caballero et al. 2010).

Así mismo, se define como una infección aguda del parénquima pulmonar y del tracto respiratorio inferior, de reciente aparición, que habitualmente se acompaña de hipertermia, tos seca o productiva, disnea y dolor torácico; signos focales como alteración de los ruidos respiratorios y/o crepitantes y evidencia de alteración en la imagen radiológica pulmonar. De acuerdo con Silva et al (2023) en pacientes con edades extremas de la vida o con respuesta inmune inadecuada, la NAC se puede manifestar sin hipertermia, en ocasiones con poca sintomatología y a veces solo con trastornos del estado de conciencia y aumento de la frecuencia respiratoria. Además trae como consecuencia complicaciones graves dentro de las cuales en las más comunes destacan el derrame pleural y la atelectasia.

Cabe destacar que la neumonía adquirida en la comunidad, es aquella infección que se obtiene y manifiesta en el ambiente extra hospitalario, o en las primeras 72 horas del ingreso a una institución de salud sin que el paciente haya estado hospitalizado en los 7 días previos (Levy et al. 2008).

En el mundo, las neumonías adquiridas en la comunidad constituyen una de las causas más frecuentes de atención médica. No solo supone un problema diagnóstico, sino también en lo que concierne su manejo terapéutico, además la morbimortalidad que genera hace que constituya un problema sanitario.

Según la Revista Venezolana de Salud Pública (2014) en Venezuela, la NAC es una entidad clínica con impacto en la salud pública. Según lo mencionado anteriormente representa la novena causa de muerte, con una tasa de mortalidad de 8,4 por 100.000 habitantes para el 2007, siendo el principal motivo de hospitalización en UCI y consulta dentro de las enfermedades infecto-contagiosas en instituciones hospitalarias. En el período comprendido entre 2007 y 2011 se registraron 36.334 casos en mayores de 10 años, lo que representa una tasa de morbilidad de 170 casos por 100.000 habitantes. Para el 2016, la neumonía seguía ocupando el noveno puesto de todas las causas de muerte, alcanzando la cifra equivalente a 8 muertes al día, estando muy por encima de enfermedades como la diarrea y las enfermedades hepáticas en general.

Ahora bien, en el campo de la enfermería la atención del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), constituye un factor preponderante debido a los cuidados facilitados, que incluyen la práctica asistencial mediante la valoración, diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas. Por lo tanto, el rol profesional se basa en concebir una respuesta efectiva a los problemas, procurando mantener la vida a través de la prestación de un servicio especializado y de calidad, siempre atento ante cualquier reacción del paciente.

Ante este panorama, el proceso enfermero (P.E) se convierte en el sustento fundamental para los profesionales de enfermería, debido a que los ayuda a desarrollar diagnósticos y planes de cuidados especializados para cada paciente, que permite de manera secuencial cumplir con los cuidados y necesidades requeridas por los usuarios, abordando de esta forma los problemas de enfermería detectados en los mismos, para lograr favorecer el avance oportuno y la recuperación de los pacientes. De este modo, el quehacer profesional es asumido responsablemente, mediante el trabajo en equipo, sin desviarse de los lineamientos éticos ni de los principios morales propios del talento enfermero, que siempre están dispuestos a luchar para preservar la existencia humana.

En concordancia, con lo anterior la Universidad de Oriente Núcleo Nueva Esparta (UDONE) a través de la Escuela de Ciencias de la Salud y el Departamento de Enfermería ofrece los Cursos Especiales de Grado, con la finalidad de formar profesionales en áreas críticas-sensibles como lo es la Unidad de Cuidados Intensivos adulto del Hospital Dr. Luis Ortega, esto con el propósito de que los estudiantes ejecuten experiencias prácticas-vivenciales o pasantías en el centro hospitalario, que permitan demostrar lo aprendido en las aulas de clases, sistematizando la experiencia profesional, mediante la atención de un caso y aplicación del proceso enfermero. En ese contexto, el proceso de pasantías profesionales permitió seleccionar un caso gracias a la observación participante y la formulación de entrevistas a la paciente, para de esta forma aplicar a través del estudio de caso el proceso enfermero, para lograr dar respuesta a los problemas de enfermería encontrados en la misma.

De este modo, la estructura organizativa del presente trabajo de investigación integra cinco (5) capítulos distribuidos de la siguiente forma: El capítulo I, contiene la presentación de los aspectos históricos, descriptivos y funcionales del Hospital Dr. Luis Ortega, como la institución donde se realizó la práctica clínica necesaria para el desarrollo de la investigación. El capítulo II, presenta los aspectos históricos, descriptivos y funcionales de la UCI, área donde se desarrollaron las intervenciones de enfermería que dieron lugar al estudio. Igualmente se encuentra el Capítulo III, que corresponde al marco teórico y metodológico del estudio. Posteriormente, se encuentra el capítulo IV en donde se desarrolla el estudio del caso clínico, cuadros analíticos y planes de cuidados dirigidos a la paciente objeto de esta investigación.

Finalmente, en el capítulo V, se aborda el cronograma de actividades ejecutadas en el periodo de pasantías, la descripción de las respectivas funciones de enfermería, y las tareas que se llevaron a cabo a la paciente objeto de estudio durante las mismas, como también la opinión de la investigadora y del personal de enfermería sobre el quehacer enfermero en el contexto actual.



## **CAPITULO I**

### **PRESENTACIÓN DEL HOSPITAL DR. LUIS ORTEGA**

En el presente apartado, se describirá desde la reseña histórica hasta la estructura organizativa del hospital Dr. Luis Ortega, el cual fue resultado de una revisión documental de distintas fuentes bibliográficas que se encuentran en la Biblioteca Dr. Miguel Salazar de la institución (2023), al igual que de Trabajos de Grado elaborados por Martínez (2020), Fernández (2020), Pinto (2022), Marín (2022), Anés (2023) Salazar (2020), Vásquez (2020), León (2020). Dicha información permitió describir los hechos trascendentales que marcaron un hito en el desarrollo de las funciones de dicho centro de salud.

Además en este apartado también se presenta la aproximación diagnóstica de la institución, la cual fue obtenida mediante un trabajo de campo a través de una entrevista realizada al personal de mantenimiento que allí labora.

#### **1.1 Reseña Histórica**

Para Pérez y Merino (2021) una reseña es: “un texto breve que se propone repasar los hechos históricos de un determinado asunto. Este tipo de notas brinda una visión general sobre el objeto reseñado con un formato descriptivo-informativo” (párr. 5). En este sentido, se entiende por tal definición que la reseña es aquella acumulación de información argumentada y de fuentes de credibilidad sobre un tema en concreto, que tienen lugar en diversos medios de comunicación, como las revistas y que dicha información es de sucesos que han ocurrido en el pasado, por lo tanto, el concepto se huna a la historia para en resumen describir la misma.

Según información obtenida de la Biblioteca Dr. Miguel Salazar (2023) señala como reseña histórica del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar lo siguiente:

La reseña histórica del Estado Nueva Esparta, en el ámbito de salud, cuenta en su haber con un número de hospitales. No obstante, en el año 1891 El presidente Raimundo Andueza Palacios decretó la construcción de un edificio destinado al funcionamiento del primer Hospital; sin embargo, no hubo

consolidación del mismo, y es hasta el 19 de diciembre de 1918 donde se decreta la construcción del “Hospital de Margarita”.

Para el 12 de octubre de 1921 se inaugura el “Hospital de Margarita”; con una capacidad de setenta (70) camas, ubicado en el sector de Punda, con la presencia de las hermanas de la congregación de Carmelitas Venezolanas, quienes desempeñaban labores de enfermería. Desde esa fecha se consolida un hospital para cubrir las necesidades de asistencia médica en el estado Nueva Esparta y parte del oriente del país.

El 28 de febrero de 1936, el Consejo Municipal del Distrito Mariño, le cambió el nombre al Hospital de Margarita por el de Hospital “Dr. Luis Ortega” como homenaje al médico margariteño nacido en la ciudad de Porlamar, el 03 de septiembre de 1850. El 27 de junio del 1951 fue centralizado, pasando al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) el Hospital «Dr. Luis Ortega», que dependía de la Gobernación del Estado Nueva Esparta.

Para la fecha del 05 de julio de 1945, durante la presidencia del general Isaías Medina Angarita, fue colocada la primera piedra y se decreta la construcción del Hospital “Dr. Luis Ortega” en Porlamar, siendo inaugurado el 05 de diciembre de 1956 bajo el mando del general Marcos Pérez Jiménez. Pero no fue sino hasta el 16 de mayo de 1957 cuando entra en funcionamiento. La estructura estaba conformada por cinco pisos, distribuidos con salas de hospitalizaciones ventiladas, cantinas y comedor. Tenía capacidad para ciento cincuenta (150) camas, con la posibilidad para aumentar el doble, además de ofrecer todos los servicios médicos y administrativos.

Se estimaba la construcción de otro centro de salud similar con la misma capacidad, siendo conocido además como el Hospital del Oriente porque no existían especialidades de Otorrinolaringología y Oftalmología. Aunado a esto, se había previsto también el levantamiento de un edificio para la Unidad Sanitaria y construcción de viviendas para médicos y enfermeras. El último piso servía de residencias para médicos, el segundo piso destinado a enfermeras.

En 1972 Comienzan los primeros trámites para aumentar el número de camas y se plantea, además, la necesidad de ampliar y remodelar la planta física del Hospital, específicamente los servicios de Emergencia, Ginecología y Pediatría; los cuales eran los más deteriorados, y para el 1977 se comienza a remodelar la fachada y entrada principal, incluyendo los jardines, estacionamiento, puertas de acceso, Emergencia y luego el área de la Administración.

Entre los años 1980 y 1981, se remodelan los servicios de hospitalización en la Emergencia de Adultos y Emergencia Pediátrica, el área de Cuidados Intermedios, sala de nebulización, atención inmediata o consulta de triaje, sala de curas, sala de cirugía, sala de yeso y consulta de Traumatología. Se incorporan, además, cuatro salas quirúrgicas amplias, dos pabellones en el segundo piso para Obstetricia y cuatro en el tercer piso, totalizando diez pabellones dotados en buena calidad.

El 17 de diciembre de 1987 se inicia en el Estado Nueva Esparta en las instalaciones del mismo Hospital el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), originando un centro asistencial paralelo de ochenta (80) camas. Las diferencias en atención a dos (2) tipos de pacientes (asegurados y no asegurados), y en los beneficios contractuales entre médicos, empleados y obreros del IVSS con el MSAS, obligó discusiones, revisiones, decisiones y acciones, simples o traumáticas, que configuran un hospital único en Venezuela, con dos turnos de asistencia. Luego, se dio la firma de un comodato por parte del MSAS, el cual consistía en que el Instituto Venezolano de Seguro Social dirigiría y administraría integralmente al Hospital, asumiendo a la comunidad en general, así como también a todo el Recurso Humano con sus pasivos laborales incluidos.

Para 1 de abril de 1991, el hospital pasa a ser responsabilidad integral del IVSS, con atención indiscriminada de pacientes, absorción de la nómina del personal médico, enfermeros, y demás profesionales. De esta manera, el hospital del MSAS., paso a nómina del IVSS. Como resultado de esta medida, el mismo año el hospital se vio en la obligación a ser sometido a varios procesos de remodelación

a consecuencia del aumento de la población y exigencia de servicios, logrando una capacidad de doscientas sesenta y cinco (265) camas en total y la incorporación de una gama de consultas sub-especializadas.

Las actividades de docencia de pregrado comenzaron para el año 1987, con la incorporación de los estudiantes del último año de medicina de la Universidad Central de Venezuela (UCV), sin embargo, esta actividad fue interrumpida en el año 2001 cuando por decisión de la UCV y la dirección Regional de Salud, los internos solo realizan pasantías de forma rural en el estado.

A pesar de esto, la actividad de pregrado en salud intra-hospitalaria fue reactivada con los estudiantes del último año de medicina de la Universidad de Oriente (UDO) núcleo Anzoátegui desde el año 2002, además, de la apertura de la licenciatura en enfermería, correspondiente, a la misma casa de estudio, específicamente, en el núcleo de Nueva Esparta, el 26 de mayo del 2004. Para este mismo año, el hospital, se somete a un nuevo proceso de remodelación en varios servicios como neonatología, gineco-obstetricia, pabellones de emergencia, pediatría, traumatología y terapia intensiva.

El 27 de abril de 2004 se realiza un convenio entre el Hospital “Dr. Luis Ortega” y la Universidad de Oriente Núcleo Bolívar, y posteriormente se da inicio a la formación de nuevos profesionales de enfermería en el estado. Durante el mes de septiembre del año 2007, se construyó la Unidad de Hemodiálisis y continuaron las remodelaciones en las áreas de banco de sangre, laboratorio, pediatría, cirugía, traumatología, gineco-obstetricia, física y rehabilitación. El 27 de octubre del año 2012, se inaugura la Unidad Terapéutica Oncológica la cual dispone de dos módulos para brindar servicios de radioterapia y quimioterapia; disponiendo además de equipos tales como acelerador lineal, tomógrafo de simulación y braquiterapia.

Para mediados del mes de noviembre del año 2016, El nuevo Servicio de Emergencia y Medicina Crítica, comienza sus actividades, la cual consta de cuatro (4) emergencias individualizadas, entre ellas: obstetricia, pediatría, adulto y trauma shock y dos (2) unidades de cuidados intensivos (adulto y pediátrico). En cada área

de observación se dispone de doce (12) camas y un aislamiento, cuatro (4) consultorios, una sala de yeso, ocho (8) sillas de nebulización. El servicio de trauma shock es exclusiva para pacientes con politraumatismo. En dicha área, se encuentran catorce (14) camas para adultos y ocho (8) para infantes, mientras que obstetricia cuenta con siete (7) salas de parto, tres (3) salas de parto con alta tecnología y atención al recién nacido.

## **1.2. Propósito**

Según Pérez y Gardey (2021), cuando se habla de propósito, se le puede definir como: “la intención o el ánimo de hacer o dejar de hacer algo. También es un objetivo, algo que se quiere conseguir y que requiere de esfuerzo y de ciertos sacrificios” (párr. 1). Es decir, puede tratarse de una meta relacionada con el desarrollo personal, describiéndolo, así como una característica única y que debe ser de agrado para todos, viendo más allá de la visión y misión, así como de los propios objetivos. De acuerdo con Salazar (2020), expresa que:

El propósito del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar es, cubrir aquellas necesidades médicas y sanitarias de todos los Neoespartanos y parte del oriente venezolano, así como también llevar un buen funcionamiento para desarrollar políticas públicas de salud, tener un notable desenvolvimiento a la hora de emplear y ejecutar todo tipo de técnicas y conocimientos que vayan de la mano, para fundar procesos completamente integrales de salud y una óptima calidad de servicios, preservando la vida humana, teniendo en cuenta de que estos subsistan en el tiempo. (p. 13)

## **1.3. Filosofía**

La descripción de filosofía, la establece Tafolla, (2012) como: “el conjunto de ciertos elementos que permitirá la identificación de la empresa con lo que es y quiere lograr, y que, a su vez, permitirá desarrollar un núcleo de trabajo

organizacional que identifica a todas las partes integrantes de la organización” (párr. 2).

En este mismo sentido, Sánchez, (2013) menciona que: “La filosofía empresarial identifica "la forma de ser" de una empresa, también se habla que la cultura de la empresa tiene que ver con los principios y valores empresariales” (p.1). Es decir, que es una herramienta que mediante los valores y los principios individuales e integrales hacen que sea una virtud necesaria para afrontar la vida. Por lo tanto Vásquez (2020) expone que:

El Hospital Dr. Luis Ortega, se compromete con los más altos estándares en la prestación de una amplia calidad de servicios de cuidados para las personas que requieren de atención médica inmediata y preventiva, no solo a los habitantes del estado Nueva Esparta, sino también a la zona Nororiental del país. Por lo tanto, el personal se compromete a proporcionar la mejor atención en calidad de servicios médicos, con un amplio campo de especialistas y unidades de última tecnología. Es por esto, que de manera distintiva e individualizada el personal se basa en una atención con integridad, respeto y compasión. (p.21).

#### **1.4. Valores**

Analizados en una perspectiva antropológica, Valbuena, (2016) menciona que: “los valores representan las normas ideales de comportamiento sobre las que descansa el clima organizacional como un modo de vida integral, además, identifican y refuerzan el comportamiento mediante propuestas sociales que le permiten sobrevivir y lograr los fines” (p. 66).

Por lo antes expuesto, se puede destacar que los valores son fundamentales para que la misión y visión de unos objetivos planteados se lleven a cabo con eficacia, debido a que los valores son los que inspiran los juicios ante una situación dada. Es decir; los valores guardan relación directa con cualidades humanas que

orientan el buen vivir, y son la vía más expedita para conseguir los objetivos de la institución. Por tal motivo, León (2020) refiere que:

En el Hospital “Dr. Luis Ortega” se fomentan como valores fundamentales la ética y honestidad, la atención integral, diligente, oportuna y de excelencia a los pacientes, el reconocimiento a la dignidad humana, el fomento en la calidad de usuarios y del personal, el trabajo en equipo, la más alta calidad en la educación de los profesionales de la salud y el sentido de pertenencia con apego a las normas y procedimientos. (p. 20).

### **1.5. Misión**

García, (2002) expresa que: “la misión de una empresa es la razón de ser de la misma en la dirección hacia la cual ha sido enfocada, lo que hace, sus valores, sus clientes o usuarios, lo que ofrece, el cómo, el porqué de lo que ofrece” (p.188). En otras palabras, la misión no es más que el norte o la dirección que desea llevar la empresa u organización mediante los planes establecidos y la implementación de programas en concordancia con los recursos para el desarrollo de las funciones propias de la institución, en una estructura organizada, que responde a las exigencias del entorno.

Con respecto a lo explicado anteriormente, Anes (2023) en su trabajo especial de grado, expresa que:

La misión del Hospital “Dr. Luis Ortega”, es desarrollar y aplicar procesos integrales de salud de alta calidad, mediante actividades de prevención, asistencia, investigación y docencia, con la finalidad de atender residentes y visitantes del estado Nueva Esparta que demanden servicios relacionados con la salud. Todo ello con recursos humanos de excelente formación académica y conocimientos actualizados, tratando de contar con la aplicación de

tecnologías avanzadas en procura de brindar servicios de mejor calidad a la población. (p 15).

## **1.6. Visión**

Según García, (2022) la visión de una empresa es: “una declaración que indica hacia dónde se dirige la empresa en largo plazo, o qué es aquello en lo que pretende convertirse, lo que quiere ser o cómo se proyecta hacia el contexto y cómo puede llegar a desarrollarlo” (p.188). En este sentido, la visión para una organización, se utiliza para describir un claro sentido del futuro, estableciendo un panorama a futuro con propósitos o metas a alcanzar mediante los objetivos establecidos.

Por lo tanto, Martínez (2020) explique que: El Hospital “Dr. Luis Ortega”, tiene como visión, funcionar apegado a las políticas del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, cumpliendo con los acuerdos y las actividades de asistencia médica integral y docente, mediante estrategias de salud e implementación de programas en concordancia con los recursos para el desarrollo de las funciones propias de la institución, en una estructura organizada, que responda a las exigencias del entorno.

## **1.7. Objetivos**

Toda organización posee una finalidad, el concepto del porqué de su existencia y lo que va a realizar, debido a esto, deben definirse las metas, objetivos comunes o también llamados generales de la organización, y no comunes o específicos al cargo del individuo. Por consiguiente, García, (2022), define los objetivos como: “aquellas metas, fines, propósitos o guías, que debe alcanzar la organización y que deben ser definidos en el plan de negocios y plan operacional” (p. 189).

De esta forma, el Hospital Dr. Luis Ortega tiene como objetivo principal ofrecer atención integral en salud al usuario de acuerdo a sus necesidades o problemas, mediante recursos adecuados y específicos. De igual manera, aspira brindar un servicio competitivo a nivel nacional. Pinto (2022) señala como objetivos del hospital, los siguientes:

- Atender con suficientes bases y conocimientos, tanto científicos como técnicos, la demanda de atención especializada de los ciudadanos que acuden a este centro de salud, brindando servicios con criterios de calidad y eficiencia.
- Promocionar la salud y prevenir la enfermedad dentro de su ámbito de actuación, fomentando la coordinación y el desarrollo de las estrategias, conjuntamente con los diferentes centros sanitarios y niveles asistenciales que, a este respecto, resulten necesarios.
- Desarrollar los programas de formación y docencia, así como los de investigación que, orientados a la promoción de la salud y la prestación de asistencia sanitaria, resulten acordes con las líneas generales que, al respecto, establezca el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).
- Disponer de una estructura organizativa eficiente basada en valores de servicio a la población, de correcto trato humano, respeto, seguridad y confort, atendiendo al paciente, sus necesidades y expectativas, como eje de la actividad y de las decisiones que se toman.

### **1.8. Tipo de Establecimiento de Salud Según el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS)**

Según la Guía para la evaluación de los establecimientos (2009) define que:

Los establecimientos de salud son instalaciones destinadas a proporcionar atención de salud con garantía de eficacia, eficiencia, oportunidad y calidez. La obligatoriedad de cumplir adecuadamente con la atención de los enfermos tiene connotaciones técnicas,

administrativas, éticas y penales; exigencias que se mantienen en todos los momentos y circunstancias.

Por lo antes descrito, estos son indispensables para cubrir las necesidades en el ámbito de salud de calidad, por lo que deben estar constituidos bajo estrictos reglamentos instruidos por los agentes correspondientes para de esta manera garantizar la eficacia de los mismos.

El Hospital “Dr. Luis Ortega” es denominado Hospital Tipo IV, debido a que presenta atención médica integral a la salud en los tres niveles clínicos, tal como se establece en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela número 32.650, por el Decreto N° 1.789, publicada el 21 de enero de 1983. Sin embargo, en la actualidad el Ministerio del Poder Popular para la Salud a través del Gobierno Nacional se emitió en la Gaceta Oficial N° 41.796 de fecha 9 de enero de 2020, la cual en sus artículos 32, 33, 34, 35 y 39 establece que el hospital “Dr. Luis Ortega” es un Hospital General Estatal por sus características físicas, las especialidades y sub- especialidades ofrecidas.

### **1.9. Ubicación Geográfica**

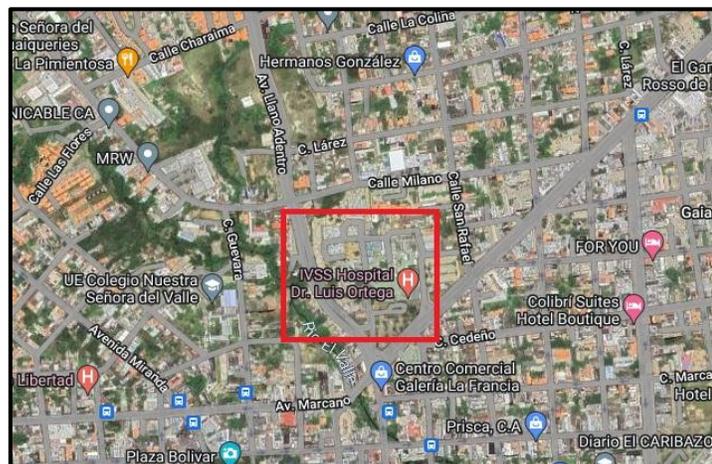
Pérez y Gardey (2022), indican que “la noción de ubicación o posición geográfica, se asocia a una localización en la tierra, a través de valores absolutos, o sea, no relativos; un punto que se define tomando en cuenta la latitud y la longitud” (p.4). A partir de la definición dada, se señala que la ubicación geográfica corresponde a un contexto físico específico, donde está operativa alguna institución u otra estructura construida por el hombre, desde donde son efectuadas acciones de distinta índole.

Marín (2022) señala que la ubicación del Hospital “Dr. Luis Ortega” se encuentra establecido en la región este del Estado Nueva Esparta, dentro de la jurisdicción de la ciudad de Porlamar del Municipio Mariño. Este centro de salud, se encuentra limitando por el Norte con la Calle Milano y a sus adyacencias se encuentra “Servicentro de cauchos Milano”; al Oeste con la Av. Llano Adentro y a

sus adyacencias se encuentra “Taller mecánico Renault Jean” y “Repuestos emergencia C.A”; al Este se ubica la Calle San Rafael y en esta se puede observar la “E/S PDV Genovés; al Sur limita con la Av. 4 de Mayo y a sus alrededores se encuentra la “Panadería estrella de oro” y Farmacia Profarma” y “Panadería la gran esquina de la 4 de Mayo” (Ver Figura 1).

### Figura 1

*Imagen Satelital de la Ubicación Geográfica del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar.*



Fuente:<https://www.google.com/maps/place/IVSS+Hospital+Dr.+Luis+Ortega/@10.9598045,63.8501951,732m/data=!3m2!1e3!4b1!4m6!3m5!1s0x8c318eea929729dd:0xb12e71046f731320!8m2!3d10.9597992!4d63.8476202!16s%2Fg%2F11c60dd2qd>. (2023).

### 1.10. Estructura administrativa

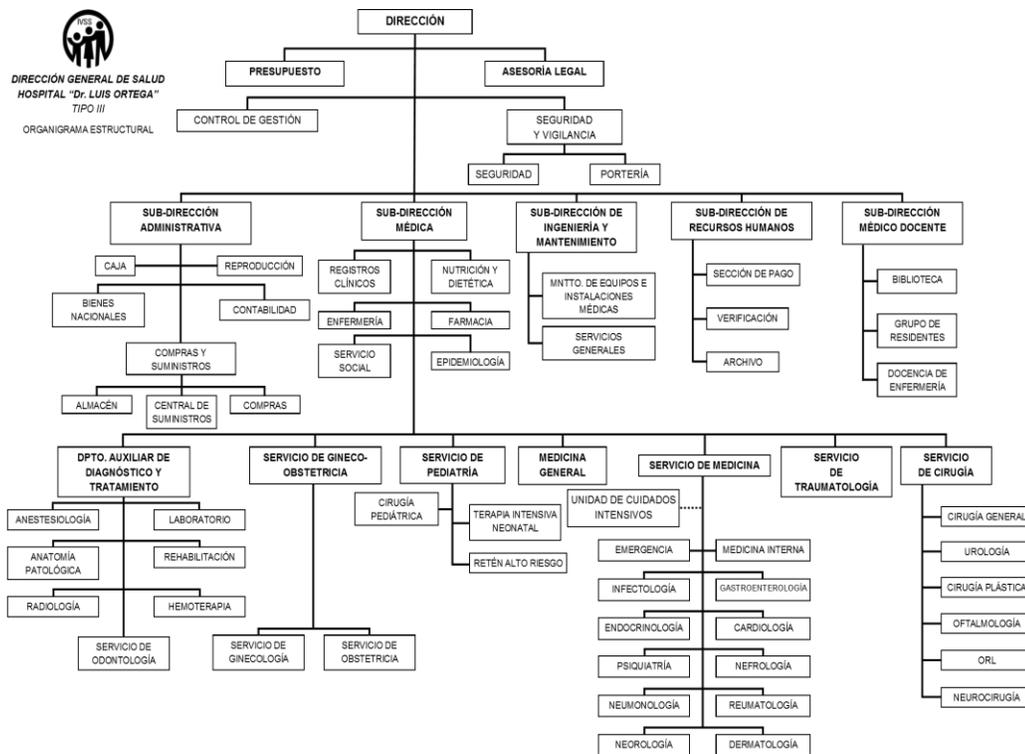
Canacasco, (2022) define a la estructura administrativa como: “el sistema de relaciones formales que se establecen en el interior de una organización o empresa para que esté alcance sus objetivos” Es decir, no es más que el formato de estructura de una empresa para mantener un quipo multidisciplinado aclarando las

responsabilidades de cada miembro del equipo y de esta manera poder llevar a cabo las metas establecidas por la misma.

Fernández (2020), describe la estructura del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar, y explica que esta institución pertenece al IVSS; sin embargo, se rige por las políticas y lineamientos emanados por el MPPS por ser una institución de salud pública, mediante la actualización constitucional del año 1999. En consecuencia, la autora describe que la Dirección General se encuentra subdividida en cinco (5) subdirecciones, siendo estas las siguientes. (p.12) (Ver Figura 2):

**Figura 2**

*Organigrama Estructural del Hospital Dr. Luis Ortega.*



Fuente: Recopilación de datos obtenidos en la Biblioteca del Hospital Dr. Luis Ortega

### **1.10.1 Sub-Dirección Administrativa**

Se encarga de colaborar específicamente en la gestión directa con el hospital sobre las materias presupuestarias, inversiones, abastecimiento, logística, mediante la planificación y organización, teniendo como objetivo prestar apoyo técnico y asistencial al establecimiento. Se encuentra constituida por el área de caja, reproducción, contabilidad, bienes nacionales, compra y suministro.

### **1.10.2 Sub-Dirección de Recursos Humanos**

Es el área encargada de potencializar el recurso humano dentro del establecimiento, evaluando su cumplimiento y seguimiento de las normativas. Además, promueve el correcto manejo de los beneficios económicos y sociales del trabajador. Está constituido por el área de sección de pagos, verificación y archivos.

### **1.10.3 Sub-Dirección de Ingeniería y Mantenimiento**

Es la responsable de brindarle soporte y mantenimiento a la estructura y planta física del establecimiento de salud de forma oportuna y eficiente evitando el deterioro de los equipos médicos y de tipo industrial. Ocupándose a su vez, de la contratación de la obra pública nacional. Está constituida por el área de mantenimiento de equipos e instalaciones médicas y servicios generales.

### **1.10.4 Sub-Dirección Médica**

Lleva a cabo un trabajo en conjunto con la Dirección General para la gestión de las prioridades de salud a ejecutar en el hospital. También se adentra en la producción quirúrgica, las prestaciones médicas y en el asesoramiento para el avance en la mejora de la calidad de los servicios brindados a los pacientes. Se encuentra constituido por el área de registros, nutrición y dietética, enfermería,

farmacia, epidemiología y servicio social. Cabe descartar, los servicios clínicos que forman parte de esta sub-dirección, son:

- Departamento auxiliar de Diagnóstico y Tratamiento, conformado por: Anestesiología, Laboratorio, Anatomía Patológica, Rehabilitación, Radiología, Hemoterapia y servicio de Odontología.
- Servicio de Gineco-Obstetricia, conformado por: el servicio de Ginecología y el servicio de Obstetricia.
- Servicio de Pediatría, conformado por: Cirugía Pediátrica, Terapia Intensiva Pediátrica, Neonatal y Reten de alto riesgo.
- Medicina General.
- Servicio de Medicina, conformado por: unidad de Cuidados Intensivos, Emergencia, Medicina Interna, Infectología, gastroenterología, Endocrinología, Cardiología, Psiquiatría, Nefrología, Neurología, Reumatología, Neumología y Dermatología.
- Servicio de Traumatología.
- Servicio de Cirugía, conformado por: Cirugía, Urología, Cirugía Plástica, Oftalmología, Otorrinolaringología y Neurocirugía.

#### **1.10.5 Sub-Dirección Docente**

Se encargan de diseñar, planificar, ejecutar y evaluar las diferentes actividades académicas de cada servicio, así como de mantener relaciones interdisciplinarias y fomentar las actividades de investigación. Como actividad académico-asistencial ayuda a la capacitación de estudiantes de los últimos años de Medicina y Enfermería de diversas Universidades, entre ellas: la Universidad Central de Venezuela (UCV), Universidad de Oriente (UDO), Universidad Nacional Experimental Rómulo Gallegos (UNERG) y la Universidad Nacional Experimental de la Fuerza Armada (UNEFA). También cumple con funciones docente-investigativas en pro del desarrollo y avance educativo de la institución. Bajo su cargo se encuentra el área de biblioteca, los grupos de residentes y la docencia de enfermería.

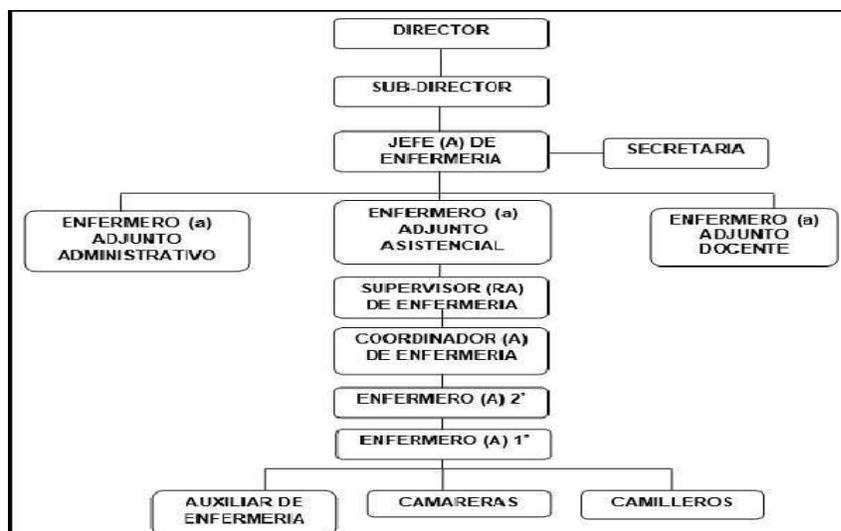
En tal sentido, la organización que presenta el hospital Dr. Luis Ortega, permite visualizar desde un punto de vista racional, la importancia de cada una de las divisiones y subdivisiones de manera jerárquica, manteniendo una estructura administrativa capaz de ofrecer una asistencia integral, atendiendo y satisfaciendo las necesidades de las áreas que lo constituyen, para su correcto funcionamiento tanto asistencial como administrativo.

### 1.11 Operatividad de la Jefatura de Enfermería

La definición que aporta Fernández (2020) es que: “la Jefatura de Enfermería posee la responsabilidad de administrar a todo el personal enfermero de la institución en sus diferentes servicios. Está integrado por todo el personal de enfermería licenciado, técnico superior universitario y auxiliar” (p. 20). Por ende, le corresponde supervisar y hacer la distribución general del personal de enfermería en cada servicio, en coordinación con la enfermera del servicio (Ver Figura 3).

**Figura 3**

*Organigrama Estructural de la Jefatura de Enfermería de Tipo Lineal del Hospital Dr. Luis Ortega del Estado Nueva Esparta*



Fuente: Recopilación de datos obtenidos en la biblioteca del Hospital “Dr. Luis Ortega.

### **1.11.1 Jefe de Enfermería**

Es la responsable de planear, ejecutar, dirigir, supervisar y evaluar la atención de enfermería en la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en los establecimientos de salud.

### **1.11.2 Secretaria**

Realiza las funciones relacionadas con registros de asistencia, horario y planear actividades.

### **1.11.3 Enfermera Adjunta Asistencial**

Se encarga de la dirección y supervisión del personal de enfermería que atiende de forma directa a los pacientes.

### **1.11.4 Enfermera Adjunta Docente**

Se encarga de planificación, organización, supervisión y ejecución y de las actividades docentes que se llevan a cabo en la institución a nivel de licenciatura y técnico superior universitario.

### **1.11.5 Enfermeras Supervisoras**

Son las encargadas de realizar evaluaciones detalladas relacionadas con el desenvolvimiento del personal en las diferentes áreas, inspeccionar el correcto funcionamiento de los equipos y asegurar el abastecimiento de insumos necesarios.

### **1.11.6 Enfermeras Coordinadoras**

Se encarga de ejecutar tareas y planificar en conjunto al personal de enfermería todo lo relacionado a la atención del paciente. También evalúa y orienta en cuanto a la atención del usuario al personal del área, al nuevo empleado y al pasante de enfermería.

### **1.11.7 Enfermeros(as) Asistenciales**

Es un grupo de enfermería distribuido en los diferentes servicios, encargados de la atención humanizada de los pacientes que asisten al centro de salud, proporcionando la prevención y recuperación de la salud de la población.

### **1.11.8 Auxiliar de Enfermería**

Proporciona cuidados básicos tales como: la alimentación, ayudar a los pacientes a vestirse e ir al baño y están bajo la supervisión de las enfermeras.

### **1.11.9 Camilleros**

Se encargan del traslado y movilización de los pacientes por las diferentes áreas del centro de salud.

### **1.11.10 Camareras**

Personal asignado para la limpieza de los espacios físicos de los diferentes servicios en el centro de salud.

## **1.12 Aproximación Diagnóstica de la Institución**

De acuerdo con Rinaudo et al. (2017), la aproximación diagnóstica “Consiste en la primera herramienta de acercamiento a las comunidades, esta aproximación diagnóstica se da en el momento de entrada a los territorios” (p.267). En virtud de este contenido, es una acción donde se lleva a cabo la intervención como proceso de reconocimiento e identificación de una realidad específica, indagando sistemáticamente para tener indicios de lo que sucede, esclarecer situaciones donde hace falta presentar opciones de soluciones factibles. A continuación, se presenta la aproximación diagnóstica para conocer la realidad institucional del Hospital Dr. Luis Ortega (HLO)

El principal objetivo de esta aproximación es identificar la problemática relacionada con la higiene y el mantenimiento en el HLO de Porlamar, en el cual el investigador tuvo la oportunidad de recorrer todas las instalaciones y de participar activamente en diversos servicios que ofrece el HLO mediante las pasantías realizadas en los cursos especiales de grado establecidos en el pensum de estudio de la carrera de enfermería en la Universidad de Oriente, Núcleo Nueva Esparta. Mediante la observación y análisis detallado de cada servicio y área del mismo, percibe la situación actual con respecto a la falta de mantenimiento e higiene de la infraestructura, ya que observó que en el centro de salud habitan múltiples insectos u animales, los cuales incluso caminan sobre los pacientes hospitalizados, además de que no se cuenta con la adecuada higiene en cuanto a los baños y servicios del centro de salud.

Para descubrir o recabar información sobre la problemática expuesta, se le consultó al personal de mantenimiento que labora en el área antes mencionada, siendo entrevistados seis (6) camareras en diversos servicios del área donde se encuentra la terapia intensiva. La entrevista realizada a las seis (6) camareras seleccionadas se realizó en las áreas que integran la Emergencia del Hospital Dr. Luis Ortega, siendo dichas áreas las de Trauma Shock y Observación Adulto. En este mismo contexto, la recolección de datos o información, fue realizada el día Martes 28 de noviembre, en el turno de trabajo que corresponde desde las 7am a la 7pm.

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, se indica que en este estudio se utilizó como técnica, la entrevista para recopilar información sobre la problemática expuesta al principio. En efecto, Richards, et al (1992), indica que la entrevista es "una conversación dirigida entre el investigador y un individuo o grupo de individuos con el propósito de recolectar información".

Desde la perspectiva de Corbetta (2010) "se puede clasificar las entrevistas según su grado de estandarización, dicho de otra manera, que el grado de libertad o restricción que se concede a los dos actores varía según el tipo de entrevista" (p.6).

Se tiene entonces que las entrevistas se clasifican en: estructuradas, semi-estructuradas y no estructuradas.

Sabiendo todo lo referente a la técnica utilizada para la presente recolección de información, el investigador usó la técnica de la entrevista estructurada, que en palabras de Sabino (2002), es “la técnica que “se caracteriza por estar rígidamente estandarizada, se plantean idénticas preguntas y en el mismo orden a cada uno de los participantes, quienes deben escoger la respuesta entre dos, tres o más alternativas que se les ofrecen” (p.3). En relación a esto, el investigador les planteó un total de siete (7) preguntas cerradas a los encuestados, arrojando una serie de resultados, que finalmente el investigador analizó, las transformó a preguntas con respuestas cerradas y las describió.

Con respecto a los instrumentos utilizados para esta recolección de información, se usaron el diario de campo o cuaderno de notas y la grabadora de audio. En cuanto al primer instrumento mencionado, Bonilla y Rodríguez (s.f) dice que “el diario de campo debe permitirle al investigador un monitoreo permanente del proceso de observación. Puede ser especialmente útil al investigador, en él se toma nota de aspectos que considere importantes para organizar, analizar e interpretar la información que está recogiendo” (p.77). En referencia a esto, el investigador registró toda la información pertinente a la entrevista realizada en diferentes cuadernos o diarios, para luego ser analizados y correctamente vaciados en el presente trabajo.

En segundo lugar, la grabadora de audio o grabadora digital de voz, es un aparato mediante el cual se graba y almacena una pista de audio, o cualquier otra información recogida, está conformada por el elemento de registro. En esta perspectiva, el entrevistador usó la grabadora digital de los teléfonos celulares pertenecientes a ellos, para dar un respaldo más eficaz a las respuestas de los entrevistados.

A continuación, se muestran las preguntas realizadas a los entrevistados, todos ellos personal de mantenimiento que labora en el Hospital Dr. Luis Ortega,

específicamente en el área de Cuidados Intensivos. Además, se adjuntan los resultados de dichas preguntas previamente analizadas y presentadas en forma de tablas por este investigador, en el siguiente apartado:

**Cuadro 1**

*Frecuencia con la que se realiza la limpieza del servicio de Trauma Shock y Observación Adulto durante el turno de 7am a 7pm (12h) del Hospital Dr. "Luis Ortega"*

	<b>Cifras absolutas</b>	<b>Cifras porcentuales</b>
1	0	0%
2	2	30%
3	4	70%
4	0	0%
Nunca	0	0%
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

La tabla muestra que de un total de seis (6) entrevistados, cuatro (4) de ellos o el 70%, afirman que, en la institución hospitalaria, específicamente en el área de emergencia adulto se realiza la limpieza 3 veces en un período de doce (12) horas. Sin embargo, el otro 30% de los sujetos, opinan que, en el área específica de dicho estudio, se realiza la limpieza solo dos (2) veces durante la cantidad de horas ya

prescritas. Cabe destacar, que se encuentra afectada la higiene y mantenimiento del servicio, ya que son áreas de emergencias en las cuales se debe realizar un aseo constante para evitar la propagación de bacterias e infecciones y procurar la comodidad del paciente.

**Cuadro 2**

*Productos utilizados en la limpieza del servicio de Trauma Shock y Observación Adulo del Hospital Dr "Luis Ortega"*

	<b>Cifras absolutas</b>	<b>Cifras porcentuales</b>
Solo agua	0	0%
Agua y cloro	5	80%
Agua y desinfectante	1	20%
Otros productos	0	0%
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

En la presente tabla se puede observar que el 80% de los encuestados respondió que para la limpieza del área utilizan productos como agua y cloro, mientras que el 20% faltante expresó que utilizan agua y desinfectante.

**Cuadro 3**

*Frecuencia de dotación de materiales de limpieza a los servicios en el Hospital Dr. "Luis Ortega".*

	<b>Cifras absolutas</b>	<b>Cifras porcentuales</b>
Diario	0	0%
Semanal	1	20%
Mensual	2	30%
Bimensual	3	50%
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

La tabla prueba que el 50% de los entrevistados expresaron que la dotación de materiales en la institución se da bimensualmente, mientras que el 30% expresó que se realiza de manera mensual y el 20% faltante, semanalmente. Cabe destacar, que, debido a la situación actual del país, la crisis hospitalaria no ha mejorado, es por ese motivo, que el abastecimiento del material de limpieza se ve afectado por dicha crisis, dando lugar al fallo o escasez del mismo en las áreas de la Emergencia de la institución, evitando así la eficaz y correcta higiene de la misma.

#### **Cuadro 4**

*Dotación de materiales y productos de limpieza por parte de los familiares para los servicios antes mencionados del Hospital Dr "Luis Ortega".*

	<b>Cifras absolutas</b>	<b>Cifras porcentuales</b>
Siempre	0	0%
Casi siempre	6	100%
Nunca	0	0%
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

Con respecto a la pregunta presentada a los encuestados, el 100% respondió que se le pide materiales de limpieza a los familiares cuando la institución carece del mismo.

#### **Cuadro 5**

*Distribución por servicio del personal de mantenimiento en el hospital Dr “Luis Ortega” de Porlamar.*

	<b>Cifras absolutas</b>	<b>Cifras porcentuales</b>
1 persona	6	100%
2 personas	0	0%
3 personas	0	0%
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

En relación a la investigación que se llevó a cabo en la institución, todos los encuestados estuvieron de acuerdo en que, la distribución por servicio del personal de mantenimiento en el HLO es de una (1) persona. Es importante reconocer que es muy carente la distribución del personal de mantenimiento en los servicios del HLO, ya que unidades como lo son las emergencias requieren de suficiente personal para mantener un adecuada higiene del área.

**Cuadro 6.**

*Realización de la limpieza de los servicios mencionados anteriormente del Hospital Dr “Luis Ortega”.*

	<b>Cifras absolutas</b>	<b>Cifras porcentuales</b>
Profunda	1	20%
Superficial	5	80%
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

Con el fin de indagar sobre la problemática expuesta, los investigadores formularon la pregunta de cómo es la limpieza de los servicios en el HLO, donde en base a un porcentaje del 100%, abarcando allí a los seis (6) sujetos entrevistados, los resultados de la investigación arrojan que un 80% o cinco (5) de los sujetos, plantean que la limpieza se realiza de manera superficial, sin embargo el otro 20% planteó que la limpieza se realiza de manera profunda. Es muy importante resaltar

que una adecuada limpieza de una unidad o servicio hospitalario debe realizarse de manera profunda para así prevenir las infecciones u otras afecciones que puedan poner en riesgo la salud y seguridad de los pacientes y profesionales que trabajan en el área.

**Cuadro 7**

*Realización de una limpieza más profunda para disminuir la cantidad de insectos u animales existentes en la institución.*

	<b>Cifras absolutas</b>	<b>Cifras porcentuales</b>
Si	4	70%
No	2	30%
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

Con respecto a la pregunta expuesta, los investigadores obtuvieron como resultados que el 70% de los encuestados expresaron que realizando una adecuada limpieza en el área pueden disminuir la presencia de respectivos animales u insectos, ya sea aseando profundamente el área, además de tener un adecuado manejo de la basura, entre otros. Sin embargo, el 30% faltante expresó que no se

debe realizar una limpieza profunda para disminuir la presencia de los mismos en el área.

## **CAPITULO II**

### **DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO DR. “PABLO AGREDA”**

Una unidad clínica según lo establecido por Marín (2022) es aquella que: “proporciona las atenciones necesarias para el cuidado de la salud, la preservación de la vida como derecho fundamental, apoyándose siempre en el talento humano capacitado y el uso de recursos tecnológicos” (p. 49).

De igual manera, se puede mencionar que una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es una unidad clínica de un hospital o centro de atención médica que proporciona atención a pacientes con problemas de salud potencialmente mortales, los cuales ameritan monitoreo y tratamiento constantes, lo cual puede incluir soporte para las funciones vitales. Siendo esta última unidad clínica donde se desarrolló el presente trabajo.

Cabe destacar, que el presente capítulo del trabajo de investigación abarca datos obtenidos durante la revisión bibliográfica, correspondiente a trabajos de grados anteriormente realizados en la unidad de cuidados Intensivos del Hospital Dr “Luis Ortega”, elaborados por: Fernández (2023), Marín (2022), Pinto (2022), León (2022), Marcano (2022) y Campos y Salazar (2021). En cuanto a su contenido incluye: Reseña Histórica, Importancia y Justificación, Ubicación y Descripción, Objetivo, Misión, Visión, Estructura Organizativa, Personal de Enfermería y la Aproximación Diagnóstica de esta unidad obtenida a partir de un cuestionario realizado al personal médico.

#### **2.1. Reseña Histórica del Servicio y/o Unidad Clínica**

Para finales de los años 80, el Hospital Dr. “Luis Ortega”, no contaba dentro de la institución con unidad de cuidados intensivos, sin embargo, tal como lo menciona Campos y Salazar (2021): “para esta fecha se comienzan con unos intentos de crear atención de cuidados intensivos e intermedios, generando buenos resultados para la creación de dicha unidad” (p.24).

La Unidad de Terapia Intensiva en sus inicios, dependía del Departamento de Medicina, pero en muy poco tiempo demostró su valor y alcanzó rango de servicio autónomo administrativo y asistencial (Pinto, 2022, p.40).

Tanto el Dr. Cabrera como el Dr. Pablo Agreda, fueron los pioneros en ejercer la jefatura de la Unidad de Cuidados Intensivos desde su creación, siendo docentes de formación para los asistentes en terapia intensiva, constituidos por, enfermeros, médicos y estudiantes, siendo considerados como fundadores de la unidad. Inicialmente, la Unidad de Cuidados Intensivos se encontraba en el segundo piso del Hospital Dr. Luis Ortega, teniendo operativas ocho (08) camas, manteniendo un funcionamiento en conjunto entre la Terapia Intensiva de Adulto y la Pediátrica.

Es importante destacar que no existen documentos que registren la evolución histórica de la Unidad de Cuidados Intensivos, sin embargo; se puede destacar lo estipulado por Marín (2022, p 51) donde cita una entrevista realizada en el año 2019, a la viuda del Dr. Pablo E. Agreda Moya, a la Licenciada Yaneth Acosta (enfermera especialista en Terapia Intensiva), quienes refirieron lo siguiente: En el periodo de mandato del Dr. Torbello, en los años 2009-2010 se reinaugura la Terapia Intensiva de la Institución, ubicándose ahora en la planta baja, cerca al Quirófano de Emergencia. Al momento de la reapertura funcionaban ocho (8) camas.

Esta unidad lleva su nombre en homenaje al ya fallecido Dr. Pablo Agreda. De esta manera, durante el mandato del Dr. Ronei Torbello y bajo la presidencia del IVSS del General Dr. Carlos Alberto Rotondaro, se inicia la remodelación de la Emergencia del Hospital. Para ello fue necesario construir cuatro (4) emergencias individualizadas (Adulto, Pediátrico, Obstétrico y Trauma Shock), además, esta remodelación trajo consigo, la construcción de una nueva Terapia Intensiva, tanto adulto como pediátrico, ubicada en el primer piso, en la parte noroeste de la misma Emergencia.

Por consiguiente, el 23 de noviembre del año 2016, se inaugura la nueva emergencia del Hospital Dr. Luis Ortega, y a su vez queda en funcionamiento la nueva Terapia Intensiva Dr. Pablo Agreda, la cual es equipada con la más alta tecnología y con el mejor talento humano de la institución, entre ellos destacan los Especialistas Médicos, de Enfermería y residentes. Esta unidad cuenta con trece (13) camas de hospitalización y una zona de aislamiento.

Es importante reseñar que, en el área de Emergencia del Hospital Dr. Luis Ortega, a lo largo de los años han ocurrido sucesos dolorosos, dramáticos e imprevistos, que marcaron la historia de la población. Siendo estos fenómenos la causa principal por la cual se tomó la iniciativa de crear un área específica que atendiera a estos pacientes que ingresaban en estado crítico, gracias a ello la población Neoespartana y sus visitantes cuentan con un servicio que atiende todas estas necesidades especiales.

Por último, es conveniente resaltar que esta unidad solo estuvo en funcionamiento hasta abril de 2019. Debido a problemas en la infraestructura, falta de personal por renunciaciones que iban en ascenso, inoperatividad de los equipos del área y la escasez de medicamentos, se decide entonces el cierre de la Unidad de Cuidados Intensivos en noviembre del mismo año, pasando así la atención y los cuidados de los pacientes críticos al área de Emergencia Adulto.

## **2.2 Importancia y Justificación**

La importancia sanitaria de la Unidad de Terapia Intensiva Dr. Pablo Agreda se basa en: “ser un espacio asistencial donde la atención integral permita la recuperación de la salud de los pacientes en estado crítico, convirtiéndose en un sitio para socorrer situaciones de gravedad, de manera gratuita al ser parte de las políticas de salud” (Marín, 2022, p. 52).

De igual manera, Campos y Salazar (2021) hacen mención que: “La Unidad de Cuidados Intensivos, es un área especializada para dar atención médica a personas que necesitan cuidados de manera más urgente por haber sufrido algún

accidente, por padecer alguna enfermedad o por transitar un posoperatorio de una cirugía” (p. 26).

En el estado Nueva Esparta. ”la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del Hospital Dr. Luis Ortega, reviste gran importancia y justifica su presencia debido a que es la única en la isla que presta este tipo de servicios de manera gratuita, representando para los pacientes una oportunidad de vida ante sus problemas de salud” (Pinto, 2022, p. 43).

Por consiguiente, la población del estado Nueva Esparta incluyendo a los visitantes, tienen la posibilidad de ser atendidos mediante la intervención profesional de un equipo multidisciplinario dispuesto a aplicar sus conocimientos, procedimientos, técnicas y valores para tener los resultados esperados, conservando la vida y la salud.

### **2.3 Ubicación y Descripción**

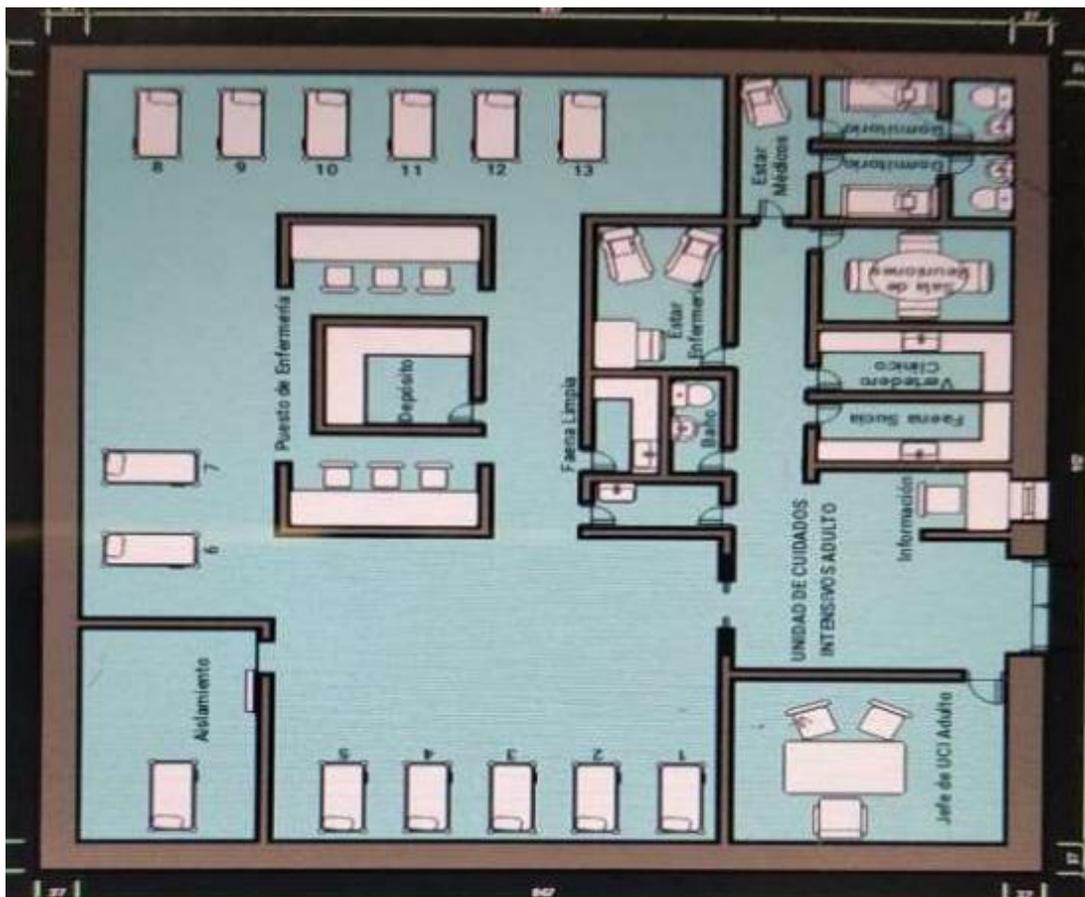
La Unidad de Cuidados Intensivos Dr. Pablo Agreda, se encuentra ubicada en el primer piso del área de Emergencia del Hospital Dr. Luis Ortega, específicamente al noroeste de la misma, y justo a su lado, se ubica la Terapia Intensiva Pediátrica. Encontrándose constituida de la siguiente manera:

- ✓ Oficina del Jefe de Terapia Intensiva Adulto.
- ✓ Área de Recepción o Información.
- ✓ Faena Sucia.
- ✓ Vertedero clínico.
- ✓ Sala de Reuniones.
- ✓ Estar de Médicos.
- ✓ Estar de Enfermería.
- ✓ Baño.
- ✓ Faena Limpia.
- ✓ Deposito.
- ✓ Puesto de Enfermería.

- ✓ Trece (13) camas.
- ✓ Un (1) Aislamiento. (ver figura 4)

**Figura 4**

*Croquis de la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto Dr. Pablo Agreda del Hospital Dr. Luis Ortega.*



Fuente: Marín (2022, p. 55).

## 2.4 Estructura Organizativa

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) Adulto Dr. Pablo Agreda, la constituye un talento humano, de gran profesionalismo y excelencia, cuyo trabajo y dedicación va dirigido a lograr los objetivos asistenciales de la unidad en cuestión.

Cabe destacar, que la UCI es un servicio que opera de forma independiente, bajo la responsabilidad médica de todo su personal. Asimismo, son de gran importancia todas las normas y reglamentos interdisciplinarios sobre el proceso de trabajo, las competencias, los mecanismos para la toma de decisiones y los estándares médicos. De este modo, la UCI está constituida por (ver figura 5):

**Figura 5**

*Organigrama Estructural de la Unidad de Cuidados Intensivos Dr. Pablo Agreda del Hospital Dr. Luis Ortega.*



Fuente: León (2022, p. 60).

#### **2.4.1 Médico Jefe de la Unidad**

Es el encargado(a) de llevar el mando de la Unidad, bajo los criterios de responsabilidad, ética y profesionalismo, para así lograr tener un servicio de la más alta calidad y eficiencia, que ayude a dar renombre al mismo, en todos los lugares del país.

#### **2.4.2 Médicos Intensivistas Adjuntos**

Son todos los profesionales de la medicina especializados en los cuidados críticos del paciente ingresado en el Área, que poseen la capacitación y formación

requerida para lograr el diagnóstico y tratamiento de forma globalizada de los pacientes en estado grave.

#### ***2.4.3 Residentes de Postgrado***

Son los futuros profesionales en Medicina Crítica, quienes están en formación en dicha Área. Ellos siempre deberán seguir los lineamientos y las doctrinas de sus superiores en materia de brindar los cuidados a los pacientes.

#### ***2.4.4 Coordinador de Enfermería***

Es el responsable de guiar al equipo enfermero, de coordinar todas sus tareas o actividades a realizar, y además se encarga de garantizar que se cumplan todos los lineamientos establecidos en las leyes y reglamentos acerca de los deberes como profesionales de la enfermería; y el seguimiento de los derechos del paciente en estado crítico.

#### ***2.4.5 Enfermeros IV-III-II-I***

Es un grupo conformado por profesionales de Enfermería en cuidados generales e intensivos, los(as) cuales son los encargados de proporcionar la atención necesaria, y además son el enlace emocional en cuanto al paciente con su enfermedad.

#### ***2.4.6 Estudiantes de Enfermería***

Al igual que los residentes de postgrado, ellos están en plena formación, y necesitan de líderes capaces que los guíen. Sus principales funciones son, brindar apoyo al equipo enfermero y a los médicos, y ofrecer los cuidados necesarios a los pacientes internados en el Área.

### **2.4.7 Camareras**

Es el personal responsable de mantener el ambiente lo más limpio y estéril posible para su adecuado uso.

### **2.4.8 Transportadores**

Son los encargados de la movilidad y el traslado del paciente en todo momento.

Evidentemente, en la actualidad la UCI no se encuentra en funcionamiento en su espacio natural, siendo prestados estos servicios en la Emergencia de la institución hospitalaria. Hoy en día, el personal se encuentra distribuido de la siguiente manera: diez (10) Médicos en las especialidades de Cirugía y Medicina Interna, tres (3) Supervisoras de Enfermería, cuatro (4) Coordinadoras de Enfermería, diecinueve (19) Enfermeros asistenciales, cuatro (4) Transportadores y tres (3) Camareras.

## **2.5 Misión**

Para Marcano (2022) la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) Dr. Pablo Agreda, tiene como misión: “brindar una atención integral óptima a todos los pacientes que ingresan, atendiendo todas las necesidades y expectativas mediante la prestación de cuidados especializados, llevados a cabo con calidad, dedicación, calidez, desarrollo profesional y ética, mediante la utilización de la más alta tecnología”. (p. 67)

## **2.6 Visión**

Según Fernández (2023) explica que la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) Dr. Pablo Agreda, posee la visión, de:

Llegar a ser una unidad que muestre una gran aptitud resolutive ante la mayoría de las enfermedades que afectan a los pacientes en

estado crítico, obteniendo el beneficio de toda la población Neoespartana, mostrando una gran excelencia y profesionalismo, tanto a nivel científico, tecnológico y humano (p. 62).

Igualmente, la unidad tiene la finalidad de seguir educando al personal médico y de enfermería, brindándoles conocimientos del más alto nivel, en materia de salud. En este mismo sentido, se puede inferir, que a través de su visión, la UCI posee una proyección a largo plazo, queriéndose convertir en un espacio donde prevalezca la calidad de servicio, apoyada por la tecnología y talento humano.

## **2.7 Objetivos**

En relación a los objetivos, Fernández (2023), hace mención que: “cada unidad clínica funciona con el propósito de alcanzar objetivos fundamentales e impulsar la atención de calidad requerida a fines de conservar la vida de los pacientes” (p. 60).

En ese mismo sentido, Marín (2022), establece que:

Cada unidad clínica fija sus objetivos atendiendo las necesidades existentes, procurando establecer las pautas que dan respuesta a ciertas situaciones, avanzando gradualmente dentro de las condiciones generadoras de alcances favorables, unificando la labor desarrollada por un equipo dispuesto a dar lo mejor de sí hasta materializar sus propósitos esenciales” (p. 56).

Por tal motivo, la Unidad de Cuidados Intensivos Dr. Pablo Agreda, tiene el objetivo principal de brindar una atención y cuidado integral a todos los pacientes en circunstancias críticas de salud, por medio de la constante vigilancia, asistiéndole en todo momento de su recuperación, colaborando así a resguardar el bienestar del paciente, la familia y comunidad durante todo el transcurso de la enfermedad.

De igual manera, Pinto (2022, p. 47) establece los siguientes objetivos de la unidad:

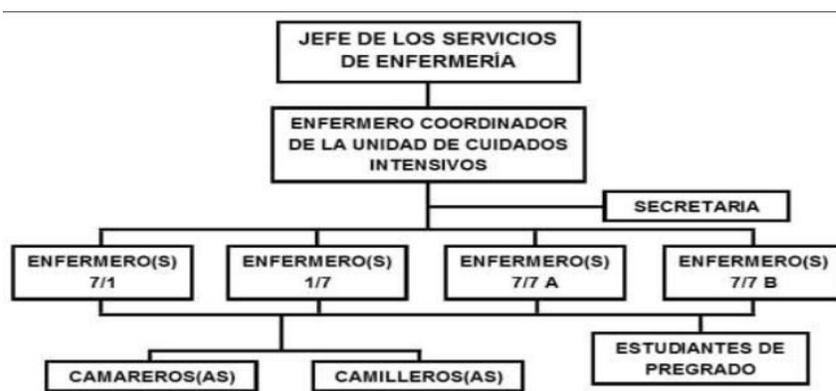
- Proporcionar cuidados globales y directos a pacientes y familia.
- Impulsar líneas de investigación que sean relevantes en la práctica clínica avanzada de los pacientes críticos.
- Evaluar los protocolos y procedimientos específicos en las situaciones y/o problemas que presenten los pacientes en el servicio de Cuidados Intensivos.
- Utilizar con destreza y seguridad la tecnología y los medios de apoyo al diagnóstico y recuperación del paciente.
- Coordinar actividades con otros componentes del equipo multidisciplinar de las Unidades de Cuidados Intensivos.

## 2.8 Funciones, Actividades y Tareas del Equipo de Enfermería

Según León (2022) la Unidad de Cuidados Intensivos Dr. Pablo Agreda cuenta con un personal de enfermería que, en consonancia con su grado académico, experiencia y nivel jerárquico, cumplirán con funciones que definan las actividades y tareas específicas que le competen a cada uno, pudiéndose resaltar las siguientes: (Ver Figura 6)

**Figura 6**

*Organigrama Estructural del Personal de Enfermería de la UCI del Hospital Dr. Luis Ortega.*



Fuente: León (2022, p.67)

### **2.8.1 Jefe de los Servicios de Enfermería**

- Lleva registro de todo el personal del servicio.
- Organiza y diseña planes para el buen desarrollo del Área.
- Elabora, aplica y supervisa las normas técnicas para procedimientos y cuidados de enfermería.
- Planifica, organiza, ejecuta y evalúa los procesos asistenciales y administrativos del servicio.
- Participa en programas específicos que implemente la dirección de la institución.

### **2.8.2 Enfermero Coordinador de la UCI**

- Identifica actividades y planifica en conjunto al personal de enfermería el plan de atención al usuario.
- Supervisa la atención al usuario.
- Participa en la revista de enfermería y médica.
- Elabora el plan de actividades al personal.
- Realiza reuniones periódicas con el personal
- Detecta necesidades y anormalidades de la unidad.
- Recibe y entrega la unidad clínica, así como a los pacientes.

### **2.8.3 Secretaria**

- Asiste y organiza todas las actividades del coordinador (a).
- Planifica citas, reuniones y demás.
- Lleva todos los documentos e informaciones relacionadas con la unidad.

### **2.8.4 Enfermeros Asistenciales**

- Recibe y entrega la guardia, conoce los ingresos y egresos de pacientes.
- Participa en la revista de enfermería y médica.
- Aplica tratamiento terapéutico especificado por el Médico, brinda los cuidados de higiene y confort.

- Imparte educación a los familiares sobre el estado de salud del paciente, y explica las normas y reglamentos de la Unidad.
- Verifica y cuantifica la monitorización del paciente.
- Realiza la limpieza, esterilización y control de los equipos.
- Presenta reporte diario de actividades realizadas

### **2.8.5 Estudiantes de Pregrado**

- Sigue las instrucciones de los enfermeros asistenciales.
- Realiza tareas o actividades asignadas por los enfermeros.
- Realiza casos clínicos con pacientes de la unidad.

## **2.9 Aproximación Diagnóstica**

La aproximación diagnóstica se relaciona directamente con un proceso coordinado llevado a cabo con el fin de verificar la existencia de problemas, necesidades y de este modo, tener a la mano datos primarios provenientes de los sujetos involucrados. Por lo tanto, involucra el diagnóstico como principal avance dentro de la búsqueda de información genuina alusiva a lo que sucede, acercando la realidad gracias a la aplicación de técnicas e instrumentos de gran valor.

Según Pérez y Gardey (2022) “la aproximación es el proceso y la consecuencia de aproximar. Suele emplearse para nombrar a la obtención de un resultado que, si bien no es exacto, resulta próxima a la exactitud.” (p.1). Conforme a lo señalado, corresponde a un acto generador de evidencias acerca de un fenómeno o situación, para de este modo efectuar su análisis e interpretación objetiva, procurando reconocer debilidades y fortalezas.

En conformidad a los contenidos presentados, se establece que la aproximación diagnóstica, representa el primer paso o eslabón en el camino hacia la verificación, registro e identificación de aspectos significativos conforme a la realidad donde se llevan a cabo procesos destinados a reconocer debilidades y fortalezas. Por lo tanto, el responsable en ejecutarla durante la experiencia de los Cursos

Especiales de Grado que ofrece la UDONE, carrera de Enfermería, debe tener un enfoque claro y preciso buscando encontrar las respuestas oportunas, para posteriormente aportar una estrategia de impacto positivo que permita contribuir a mejorar la situación detectada.

En este caso específico, la aproximación diagnóstica se realizó en la unidad de Cuidados Intensivos adultos (UCI) “Dr Pablo Agreda” del Hospital Dr Luis Ortega de Porlamar (HLO), para indagar sobre una problemática relacionada con la atención que los profesionales de Enfermería ofrecen a los pacientes en dicha área.

Se plantea entonces el objetivo, en donde la meta es determinar la calidad de atención brindada por el profesional de enfermería en los pacientes ingresados en el área de UCI adulto de la institución. De este modo, la población escogida para el estudio, fueron los médicos adjuntos al área mencionada con anterioridad, dando un total de seis (6) encuestados. En consecuencia, la investigación se llevó a cabo el día 01 de diciembre del año 2023, en un horario comprendido entre las 7am hasta la 1pm, en la UCI del HLO, a través de una encuesta.

En relación, a la técnica empleada para la realización de esta investigación, Hernández, Fernández y Baptista (2006) definen la encuesta “como el instrumento más utilizado para recolectar datos, consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir” (p.310). Tenemos pues, que la encuesta se divide en descriptivas o explicativas, además de que para poder obtener información aplicando esta técnica, se puede usar la entrevista o el cuestionario, siendo este último el empleado para dicho estudio.

Con respecto a lo anterior, el investigador les proporcionó los cuestionarios de forma auto administrado, llevando el mismo directamente a los encuestados para que estos respondieran, e igualmente el examinador permaneció en el lugar para aclarar cualquier duda sobre la información manejada. Del mismo modo, el cuestionario suministrado, contenía preguntas cerradas donde se presentaron a los sujetos las posibilidades de respuesta; no obstante, tenían libertad para dar cualquier acotación sobre la problemática estudiada. Asimismo, los instrumentos

empleados fueron las hojas de papel y lápices, donde a cada uno de los sujetos, se les entregó un cuestionario que contenía cuatro (4) interrogantes con respuestas preestablecidas en cada uno de ellos.

Así mismo, luego de realizarse los cuestionarios se obtuvieron una serie de resultados, que se presentaran a continuación en forma de tablas, cada una de ellas con su respectivo análisis de resultados.

**Cuadro 8**

*Evaluación de la atención brindada por parte del profesional de enfermería a los pacientes de UCI adulto.*

	<b>Cifras absolutas</b>	<b>Cifras porcentuales</b>
Muy buena	2	30%
Buena	3	50%
Regular	1	20%
Mala	0	0%
Muy mala	0	0%
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

De estos datos obtenidos, podemos observar que la mayoría de los sujetos estuvieron de acuerdo en que la atención que se ofrece por parte de los profesionales de Enfermería en este servicio del hospital, se califica como buena, demostrando que los(as) profesionales de enfermería si cumplen con el buen trato y si brindan una atención de calidad a los pacientes ingresados al área; este cuestionario también arrojó que el resto de la población estudiada, calificó el trabajo de los(as) profesionales de enfermería como muy bueno y regular, dando a conocer que la atención suministrada en esta institución, es cumplida a cabalidad. De igual forma, se destaca que la misma tiene sus fallas, y resulta claro que debe mejorar, para que en un futuro estos servicios sean los de más alta calidad en el estado.

**Cuadro 9**

*Frecuencia de la aplicación de los procedimientos a pacientes por parte de los profesionales de Enfermería de la UCI adultos*

	<b>Cifras absolutas</b>	<b>Cifras porcentuales</b>
Siempre	1	20%
Casi siempre	5	80%
Nunca	0	0%
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

Los resultados obtenidos señalan que el 80% de los encuestados, afirman que el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto Dr. Pablo Agreda, cumple de manera regular (casi siempre) con los procedimientos que requieren los pacientes en estado crítico ingresados en dicha área. Resulta evidente, que actualmente en la institución hospitalaria hay déficit, tanto de abastecimiento de material y recursos, como de talento humano de enfermería, es por eso que los profesionales enfermeros no ejecutan sus funciones debidamente o tienen muchas dificultades para realizar los procedimientos exigidos por estos pacientes.

No obstante, se destaca que estos profesionales siempre buscan las maneras o alternativas de cumplir con sus deberes, y tratan de garantizar el mejor cuidado y atención hacia los pacientes ingresados en la UCI.

**Cuadro 10**

*Evaluación de la capacitación del profesional de enfermería en la UCI adultos.*

	<b>Cifras absolutas</b>	<b>Cifras porcentuales</b>
Muy buena	3	50%
Buena	3	50%
Regular	0	0%
Mala	0	0%
Muy mala	0	0%
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

De esta manera, en los resultados obtenidos en esta pregunta, hubo paridad en las respuestas, ya que los sujetos calificaron la capacitación de los(as) enfermeros(as) que cumplen sus funciones en la UCI, como muy buena y buena, dejando claro que estos profesionales son los más capacitados a ejecutar siguiendo las normas y leyes, todos los cuidados que requieren los pacientes en la UCI.

Es bien sabido, que, para ejercer como profesionales de la enfermería, al igual que en cualquier profesión, se debe procurar tener la mejor formación en todas las áreas de desenvolvimiento, por esa razón, todos los profesionales que laboran en la UCI, deben tener un grado de aprendizaje extra, ya que ellos tienen mayor responsabilidad, por tratarse de pacientes críticos, que requieren un alto conocimiento científico de todos los procedimientos y atenciones que necesitan para su recuperación.

**Cuadro 11**

*Frecuencia con la que la UCI Adultos cuenta con la cantidad de profesionales de Enfermería correspondientes para la atención de los pacientes*

	<b>Cifras absolutas</b>	<b>Cifras porcentuales</b>
Siempre	0	0%
Casi siempre	2	30%
Nunca	4	70%
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

Se muestra entonces, que la mayoría de los encuestados concordaron con que nunca se cuenta con la cantidad suficiente de profesionales de la enfermería para abordar a todos los usuarios que llegan al servicio, es por esa razón, que hay tantos problemas con la adecuada atención de los pacientes y el cumplimiento de las responsabilidades que le competen. A causa de la situación país y la migración que se produjo, muchos de los profesionales más capacitados del área de UCI, fueron abandonando sus puestos de trabajo, ocasionando así un declive en la atención brindada en todos los servicios del Hospital, siendo el más afectado el de UCI adulto, ya que ésta es un área que necesita de suficiente personal competente para cubrir las necesidades de los pacientes que ingresan.

## **CAPITULO III**

### **MARCO TEÓRICO Y METODOLÓGICO DEL ESTUDIO DE CASO**

En el presente capítulo se desarrollará la estructura teórica y metodológica de la investigación para el abordaje del caso clínico, desarrollando aspectos relacionados con la patología incluyendo distintas perspectivas adaptadas al tema en cuestión, con el apoyo de autores reconocidos, trabajos anteriores, bases legales actualizadas que sustentan la investigación y glosario de términos. En este sentido, se hace mención por parte de las teorías de enfermería con respecto a la evaluación, atención y cuidado de los pacientes. En cuanto a la metodología, se hace alusión al enfoque cuali-cuantitativo, la investigación acción-participante, los estudios de casos y las técnicas e implementos de investigación.

#### **3.1 Marco Teórico de las Patologías: Neumonía Adquirida en la Comunidad, Derrame Pleural, Atelectasia e Hipotiroidismo.**

En la actualidad existen una variedad de patologías y afecciones que repercuten significativamente en la calidad de vida y salud de los ciudadanos, afectando considerablemente sus capacidades e integridad física y psíquica, en este sentido diversas condiciones médicas como la neumonía, traen consigo, tales como, presencia de bacterias en el torrente sanguíneo, falla respiratoria, absceso pulmonar, entre otras. Por tanto, se presenta el siguiente marco conceptual, que abordara de manera detallada, la neumonía adquirida en la comunidad, derrame pleural y atelectasia.

### **3.1.1 Neumonía**

**3.1.1.1 Definición.** Según Sethi (2022) refiere que la neumonía es una infección de los pulmones que afecta a los alveolos y a los tejidos que los rodean. Así mismo, el autor también explica que existen varios tipos de neumonía, dentro de las cuales se encuentran:

- Neumonía adquirida en la comunidad, la cual es adquirida fuera del ambiente hospitalario
- Neumonías intrahospitalarias, que son infecciones contraídas en el hospital
- Neumonía asociada a la atención sanitaria, que es una infección adquirida en un centro sanitario distinto del hospital, como una residencia o un centro de diálisis, se considera una subcategoría de la neumonía adquirida en la comunidad porque es probable que los afectados sufran neumonía causada por los mismos microorganismos que pueden infectar a otras personas que viven en la comunidad.

Otros tipos de neumonía incluyen:

- Neumonía por aspiración, que se produce cuando se aspiran grandes volúmenes de partículas (por ejemplo, la saliva, los alimentos o emesis) y no son eliminadas de los pulmones. La neumonía por aspiración puede ocurrir en personas con dificultades para deglutir, como las personas que han tenido accidentes cerebrovasculares, y en las personas con disminución del nivel de consciencia debido a los fármacos sedantes, alcohol u otras razones.
- Neumonía obstructiva, que se produce cuando una obstrucción de las vías respiratorias en los pulmones (como un tumor) hace que las bacterias se acumulen por detrás de la obstrucción.

En el caso de la paciente objeto de estudio presento una Neumonía Adquirida en la Comunidad que lo llevo a la reclusión en la Unidad de Cuidados Intensivos Dr “Pablo Agreda” del Hospital Dr “Luis Ortega” de Porlamar.

### **3.1.2 Neumonía Adquirida en la Comunidad**

**3.1.2.1. Definición.** La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una enfermedad respiratoria aguda, de origen infeccioso, que compromete el parénquima pulmonar, ocasionada por la invasión de microorganismos patógenos (virus, bacterias, hongos y parásitos) que son adquiridos fuera del ambiente hospitalario. (Saldías Y Díaz, 2014)

**3.1.2.2 Etiología.** Según el Instituto Nacional del corazón, los pulmones y la sangre (2022) explica que las bacterias y los virus respiratorios son los microorganismos más frecuentes que pueden infectar el pulmón y causar neumonía. Estas infecciones se pueden contraer por:

Bacterias como:

- Streptococcus pneumoniae
- Mycoplasma pneumoniae
- Legionella pneumophila

Virus dentro de los cuales se encuentran:

- Influenza (virus de la gripe)
- Rinovirus (resfriado común)
- SARS-Cov-2 (Covid - 19)

Hongos como:

- Pneumocystis jirovecii

En el caso del paciente objeto de esta investigación se desconoce la etiología de la Neumonía Adquirida en la Comunidad debido a que la paciente no contaba con los recursos para realizar los estudios pertinentes.

**3.1.2.3 Fisiopatología.** De acuerdo con Hayeck (2015) la Neumonía Adquirida en la Comunidad, es consecuencia de la proliferación de microorganismos a nivel alveolar y la respuesta contra los patógenos es desencadenada por el hospedador. Los principales mecanismos fisiopatológicos en el desarrollo de la neumonía son:

- Aspiración
- Inhalación
- Propagación hematógena
- Contigüidad

Los mecanismos de defensa que deben traspasar los agentes patógenos para la generación de una neumonía son:

- Vibrisas y cornetes
- Ramificaciones del árbol bronquial
- Mecanismos de eliminación o limpieza mucociliar
- Factores anti-bacterianos locales
- Reflejo nauseoso y el tusígeno
- Flores normal de la orofaringe

Cuando las barreras antes mencionadas se vencen o cuando los patógenos son lo suficientemente pequeños para llegar a los alveolos por inhalación. Entonces se genera una activación de macrófagos alveolares para eliminarlos o destruirlos. Además proteínas locales como la «A y D» que tienen actividad antibacteriana y antiviral, posteriormente la eliminación es mediante la capa mucociliar o por los linfáticos.

Sin embargo los macrófagos pueden ser superados y no tienen la capacidad de fagocitar a los patógenos generando las manifestaciones de la neumonía clínica. la IL-1 y TNF producen hipertermia, la IL-8 y factor estimulante de granulocitos generan liberación de neutrófilos, leucocitosis y aumento de las secreciones purulentas, los mediadores inflamatorios ocasionan fuga alveolocapilar como en el

SDRA, pero de manera localizada, los eritrocitos cruzan la membrana alveolocapilar manifestándose como hemoptisis, la fuga capilar se manifiesta en las radiografías como infiltrado y en la física como estertores, la sobrecarga capilar produce hipoxemia, algunas bacterias interfieren en la vasoconstricción de origen hipóxico que ocurre cuando los alvéolos están llenos de líquido y por último el incremento del esfuerzo respiratorio en el SIRS desencadena alcalosis respiratoria. Finalmente hay disnea que evoluciona a disnea grave, cambios en la mecánica pulmonar por disminución en volumen y distensibilidad pulmonar con shunt intrapulmonar, aumento del esfuerzo respiratorio, mayor volumen de secreciones, a veces el broncoespasmo y finalmente la muerte.

Histopatológicamente la neumonía pasa por tres estadios definidos como hepatización roja, en la cual hay fuga capilar y las células predominantes son el eritrocito y el macrófago. Posteriormente en la fase de hepatización gris se lisan los eritrocitos y la célula predominante es el neutrófilo. Esta fase es la que debe alcanzar una persona inmunocompetente. Por último en la fase de resolución reaparecen los macrófagos alveolares y se recupera el espacio aéreo alveolar.

En el caso de la paciente objeto de estudio se desconoce los mecanismos fisiopatológicos asociados a la Neumonía Adquirida en la comunidad.

**3.1.2.4 Manifestaciones Clínicas.** La Sociedad Americana contra el Cáncer (s.f) definió los signos “como señales que pueden ser vistas por otras personas, como tal vez un ser querido, un doctor, enfermero(a) u otro profesional de atención medica”. Asimismo, define los síntomas “como señales que la persona que lo experimenta siente o nota, aunque puede que otras personas no las noten fácilmente”.

Ante lo mencionado, los signos y síntomas no son más que señales de alerta del cuerpo, que indican alguna afección patológica. Siendo la diferencia entre ellos que el signo es la manifestación objetiva de la enfermedad, mientras que el síntoma la manifestación subjetiva.

Callejo y Sánchez (2021), describen que las manifestaciones clínicas de la Neumonía Adquirida en la Comunidad son las siguientes:

- Tos sin expectoración o con expectoración purulenta y en ocasiones contenido hemático..
- Disnea.
- Taquipnea.
- Hipertermia.
- Dolor torácico.
- Cefalea.
- Cambios en el estado de conciencia, especialmente en adultos mayores.

En el caso de la paciente objeto de estudio presento, tos sin expectoración, disnea, taquipnea, hipertermia, cambios en el estado de la conciencia, además de dolor torácico específicamente en hemitorax posterior derecho, por lo cual fue ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Dr “Luis Ortega”.

**3.1.2.5 Complicaciones.** Según Herrera (2020) en las complicaciones de la neumonía podemos encontrar las siguientes:

- Insuficiencia respiratoria aguda
- Derrame pleural
- Bacteriemia. Se produce cuando la infección invade el torrente sanguíneo y afecta otros órganos del cuerpo.
- Pleuresía o empiema. La pleuresía se produce cuando se inflama la membrana que cubre los pulmones (pleura). El empiema ocurre cuando se infectan los fluidos causantes de la inflamación.
- Absceso pulmonar. Una cavidad llena de pus se puede desarrollar en la zona infectada del pulmón.
- Atelectasia
- Distrés respiratorio

Dentro de las complicaciones antes mencionadas, la paciente objeto de estudio presentó un derrame pleural derecho y atelectasia posterobasal de lóbulo inferior izquierdo.

### **3.1.3. Derrame Pleural**

**3.1.3.1. Definición.** El derrame pleural es una acumulación de líquido entre las capas de tejido que recubren los pulmones y la cavidad torácica, denominada pleura. Este es un tejido fino y delgado que recubre la cavidad del tórax, rodeando así los pulmones. El cuerpo pulmonar produce un líquido que en pequeñas cantidades posibilitan la lubricación de la pleura. Cuando se da una acumulación excesiva de ese líquido, se produce el derrame pleural. (Maestre y Vargas, 2020)

**3.1.3.2 Etiología.** Según Rahman (2023) Los derrames pleurales suelen clasificarse como: Trasudados y exudados

**Trasudados:** son causados por una combinación de un aumento de la presión hidrostática y una disminución de la presión oncótica del plasma. El derrame pleural que se manifiesta con líquido tipo trasudado generalmente es causado por:

- La insuficiencia cardíaca, es la causa más frecuente
- Cirrosis hepática
- Ascitis
- Síndrome nefrótico

**Exudados** son causados por procesos locales que conducen a la mayor permeabilidad capilar que produce un exudado de líquido, proteínas, células y otros componentes del suero. Las causas son varias, dentro de las más comunes se encuentran:

- Neumonía
- Cáncer
- Embolia pulmonar
- Infección viral

- Tuberculosis
- Pancreatitis
- Linfoma
- Lupus
- Artritis reumatoide

Seguidamente Carranza (2020) Explica que la distinción entre exudado y trasudado se hace por la dosificación de proteínas. El líquido pleural trasudado es claro y transparente, sin células, con baja concentración de proteínas, indicando acumulación de un líquido similar al pleural normal. Sin embargo el líquido exudado es rico en proteínas y células inflamatorias, tiene aspecto más viscoso y opaco, a veces con signos hemáticos mezclados y en caso de infecciones, puede presentar típicamente como una colección de pus.

Cuando ocurre una acumulación de un líquido francamente purulento se le conoce como empiema pleural, sin embargo hay otros tipos de líquidos que pueden acumularse en la pleura, tales como:

- Hemotórax, que generalmente ocurre en los traumas penetrantes del pulmón.
- Urinotorax (orina), condición rara que puede ocurrir en la obstrucciones de las vías urinarias.
- Quilotorax (triglicéridos y lípidos), provocado normalmente por los vasos linfáticos de la pleura.

Se desconoce la etiología del derrame pleural en la paciente objeto de estudio ya que no está reflejado en la historia clínica. Sin embargo según criterio de la investigadora, asume que el derrame pleural es de tipo exudado debido a las causas que producen el mismo.

**3.1.3.3 Fisiopatología.** De acuerdo con Pierce (2023) el líquido pleural entra y sale del espacio pleural como consecuencia de las presiones hidrostáticas y oncóticas de tal manera que todo lo que se forma se reabsorbe. Cuando la formación del líquido pleural sobrepasa la absorción de él, va a conllevar a una acumulación, lo que provocará que el líquido penetre en el espacio pleural desde los capilares de la pleura parietal y este saldrá por los ganglios linfáticos que están situados en ella.

Otra manera en que el líquido pleural puede entrar al espacio pleural es cuando este proviene de los compartimientos intersticiales del pulmón a través de la pleura visceral o desde la cavidad peritoneal, por los pequeños orificios del diafragma. Algo que debemos tener en cuenta es que de modo habitual los ganglios linfáticos son capaces de absorber 20 veces más líquido del que por lo general se forma; lo que significa que un derrame pleural aparece cuando existe exceso de líquido que ni los ganglios pueden absorber o cuando disminuye la absorción por los ganglios linfáticos. También puede ser una combinación de ambos factores. Produce disminución de la capacidad residual funcional, CPT (capacidad pulmonar total) y de la CVF (capacidad vital forzada), dando lugar a un trastorno restrictivo. Esto dependiendo de qué tan grande sea este derrame.

La acumulación del líquido pleural se puede dar por varios mecanismos, alteraciones en capilares o alteraciones en vasos linfáticos.

- Aumento de las presiones hidrostáticas: Ocurre cuando se elevan las presiones capilares de la circulación pulmonar; tal es el caso de la insuficiencia cardiaca, pericarditis constrictivas, taponamiento pericárdico o sobrecarga de volumen. Dando lugar a un trasudado.
- Descenso de la presión oncótica: Es poco habitual gracias a la capacidad de reabsorción de la circulación linfática, que puede eliminar hasta 20 veces el volumen de líquido pleural diariamente; este es el mecanismo de los derrames pleurales secundarios al síndrome nefrótico, desnutrición o hepatopatías crónicas.

- Aumento de la presión negativa del espacio pleural: Tiene lugar cuando hay una atelectasia pulmonar masiva. Esta situación, de manera aislada, es difícil que forme un gran derrame, habitualmente presenta una causa sobreañadida
- Aumento de permeabilidad en la microcirculación: Este mecanismo se produce sobre todo cuando la pleura está implicada en un proceso patológico determinado, dando lugar a exudados como por ejemplo: Las pleuresías inflamatorias, infecciosas, neoplásicas e inmunológicas; el derrame paraneumónico, tuberculoso, el secundario a tromboembolismo pulmonar (TEP), colagenosis y síndrome de Dressler.
- Deterioro del drenaje linfático: El bloqueo linfático puede producirse en la misma zona sub-pleural o en el mediastino, comprometiendo la reabsorción de líquido. Es el principal mecanismo de producción de derrame pleural de origen tumoral y uno de los responsables de la persistencia de éste una vez establecido. También se produce en el bloqueo o rotura del conducto torácico que provocará un quilotórax, la sarcoidosis, el derrame post-irradiación y el síndrome de las uñas amarillas.
- Movimiento de fluido desde el peritoneo: Este se produce a través de los linfáticos diafragmáticos y de defectos diafragmáticos de pequeño tamaño. Como por ejemplo son los derrames secundarios a ascitis, obstrucción urinaria, síndrome de Meigs y procesos pancreáticos.

De acuerdo con la paciente objeto de esta investigación, se desconoce el mecanismo fisiopatológico del derrame pleural. Sin embargo según criterio de la investigadora, asume que el mecanismo fisiopatológico puede deberse a un aumento de la permeabilidad en la microcirculación, debido a las causas que lo producen, donde se puede observar en el párrafo mencionado anteriormente que habla de derrame paraneumónico, es decir producto de una Neumonía.

**3.1.3.4 Manifestaciones Clínicas.** Según Badash (2021) explica que existen casos en los cuales pueden no presentarse síntomas, no obstante existe algunos que de forma conjunta podría deducir un derrame pleural como:

- Disnea
- Taquipnea
- Tos
- Hipertermia
- Dolor torácico
- Dolor pleurítico, por afectación de la pleura parietal, ya que la pleura visceral carece de terminaciones nerviosas.

En este sentido, la paciente objeto de estudio presentó, disnea, tos, hipertermia y dolor pleurítico el cual puede manifestarse como un dolor torácico.

**3.1.3.5 Complicaciones.** Según lo establecido por Romero (2023) las complicaciones del derrame pleural pueden incluir:

- Daño pulmonar
- Empiema: Acumulación de pus en el espacio pleural.
- Neumotórax (después del drenaje): Presencia de aire en la cavidad torácica
- Paquipleuritis: afección médica que implica la inflamación y el engrosamiento de la pleura.

Sabiendo esto, la paciente objeto de esta investigación presento un daño pulmonar posterior a la Neumonía y el derrame pleural, dentro del cual podemos encontrar la atelectasia.

### **3.1.4 Atelectasia.**

**3.1.4.1 Definición.** La atelectasia es un colapso de una región periférica, segmentaria o lobar, o bien el colapso masivo o total de uno o ambos pulmones, que motiva la imposibilidad para realizar el intercambio gaseoso. (Álvarez, 2022)

**3.1.4.2 Etiología.** Steinbach (2019) describe que los factores más comunes que causan atelectasia incluyen lo siguiente:

#### ***Obstrucción de la vía aérea:***

- Compresión bronquial extrínseca:
  - Tumores
  - Metástasis
  - Adenopatías
  - Cardiomegalias
  - Anomalías vasculares y cardíacas
- Compresión bronquial intraluminal
  - Cuerpo extraño
  - Pólipos, papilomas, adenomas
  - Tapones mucosos en: fibrosis quística, asma, bronquiolitis, displasia broncopulmonar

#### ***Compresión del parénquima:***

- Compresión intrapulmonar
  - Malformaciones congénitas de las vías respiratorias, pulmón y diafragma
- Compresión intratorácica (extrapulmonar)
  - Quilotórax, hemotórax, neumotórax
  - Derrame pleural

#### ***Defectos de la pared torácica y enfermedades neuromusculares:***

- Anomalías diafragmáticas

- Distrofias musculares
- Síndrome de Guillain-Barré

***Déficit o disfunción del surfactante alveolar:***

- Enfermedad de membrana hialina
- Neumonía
- Edema pulmonar
- Síndrome de distrés respiratorio agudo

Las cirugías torácicas y abdominales son causas muy comunes porque implican anestesia general, el uso de opioides (con una posible depresión respiratoria secundaria), y con frecuencia la respiración dolorosa. Un tubo endotraqueal en mala posición puede causar atelectasia por ocluir un bronquio principal.

En el caso de la paciente objeto de esta investigación se desconoce la etiología de la atelectasia. Sin embargo según lo mencionado en párrafos anteriores la atelectasia es una complicación tanto de la neumonía como del derrame pleural, por lo tanto según criterio de la investigadora, se asume que puede deberse a una compresión intratorácica o extrapulmonar en donde se encuentra el derrame pleural, además de un déficit o disfunción del surfactante alveolar, donde se encuentra incluido en el párrafo anterior la Neumonía.

**3.1.4.3 Fisiopatología.** Según Dos santos et al., (2019) El mecanismo fisiopatológico de formación de la atelectasia es diferente dependiendo de la causa del colapso.

- Atelectasia por obstrucción bronquial: Tiene lugar la reabsorción del aire contenido en los alveolos debido a que la presión parcial de éstos es menor que la presión de la sangre venosa, produciéndose el paso de los gases alveolares a la sangre, hasta el colapso completo.

- Atelectasia por compresión: El colapso pulmonar se produce porque el parénquima es comprimido por una causa extrínseca, dando lugar a salida del aire alveolar a través de las vías aéreas permeables.
- Atelectasia por contracción o cicatrización: Se produce una disminución del volumen pulmonar, debido a la presencia de alteraciones fibrosas locales o generalizadas en pulmón o pleura, que impiden su expansión completa.

Se desconoce el mecanismo fisiopatológico de la atelectasia en el caso de la paciente objeto de estudio.

**3.1.4.4 Manifestaciones Clínicas.** Duarte (2023) explica que la atelectasia puede no provocar ningún síntoma evidente cuando afecta a una parte pequeña del pulmón o si se desarrolla lentamente, los síntomas pueden ser imperceptibles. Por el contrario, si afecta a un gran número de alvéolos, los síntomas pueden ser graves. Entre los cuales destacan:

- Disnea
- Taquipnea
- Tos.
- Sibilancias.
- Dolor torácico. Ocurre principalmente cuando la causa es un traumatismo o una neumonía.
- Taquicardia e hipotensión.
- Hipoxemia. Disminución del oxígeno en sangre debido a la falta de intercambio gaseoso en el pulmón que sufre la atelectasia.
- Cianosis. Se debe a la hipoxemia.

En el caso de la paciente objeto de esta investigación presentó, disnea, taquipnea, tos, dolor torácico, hipoxemia.

**3.1.4.5 Complicaciones.** Para Chacon (2020) Las complicaciones de la atelectasia son las siguientes:

- Bajo nivel de oxígeno en sangre (Hipoxemia): La atelectasia obstaculiza la capacidad de los pulmones de llevar oxígeno a los alveolos.
- Insuficiencia respiratoria: La pérdida de un lóbulo o de un pulmón entero puede ser potencialmente fatal, en especial en bebés o en persona con enfermedad pulmonar.

En el caso de la paciente objeto de estudio presentó ambas complicaciones anteriormente mencionadas.

### 3.2 Tratamientos

Según Orellana, 2017 el tratamiento implica la cura de la infección u enfermedad y la prevención de complicaciones. En el caso de la paciente objeto de estudio se le aplicó tratamiento con Oxigenoterapia de alto flujo a través de sistema Venturí y Antibióticoterapia.

De acuerdo con la historia clínica, el tratamiento aplicado en la Unidad de cuidados intensivos para la paciente objeto de esta investigación está descrito en el cuadro número 12 presentado a continuación.

#### Cuadro 12

##### *Tratamiento farmacológico de la paciente*

Nombre del medicamento	Dosis	Vía de administración	Indicación
Omeprazol	40mg	EV	OD
Ranitidina	50mg	EV	C/12h
Meropenem	1gr	EV	C/8h
Vancomicina	1gr	EV	C/12h
Clexane	60mg	SC	C/12h
Dipirona	1amp	EV	<b>SOS</b> Hipertermia

<b>Irtopan</b>	1amp	EV	<b>SOS Emesis</b>
<b>Ketoprofeno</b>	1amp	EV	<b>SOS Dolor</b>

Nota: El cuadro muestra las órdenes farmacológicas prescritas por el médico de la UCI.  
Fuente: Historia clínica de la paciente (2023).

Este tratamiento será posteriormente descrito a través de las fichas farmacológicas.

### **3.2.1 Fichas Farmacológicas.**

Sánchez y Arroyo (2007) describen la ficha farmacológica o ficha técnica, como el documento oficial de un medicamento destinado al profesional sanitario, que resume las características del producto y refleja las condiciones de uso autorizadas, sintetizando la información científica esencial para los profesionales sanitarios, de acuerdo con los estudios que avalan su autorización. La ficha técnica es un documento modificable, que deberá contener la información actualizada sobre el medicamento: nuevas indicaciones, cambios de posología, nuevos datos de seguridad que identifiquen reacciones adversas anteriormente no detectadas, nuevas contraindicaciones, entre otras (p.1-2).

De este modo, la información del tratamiento farmacológico que indica el médico a la paciente objeto de estudio, está registrado y resguardado en la historia clínica de la misma, específicamente este tratamiento se encuentra dentro de las ordenes médicas, que deben ser diariamente actualizadas, según la evolución clínica de la paciente.

En el caso de la paciente objeto de esta investigación, el médico tratante prescribió ciertos medicamentos, cuya función principal era abordar la sintomatología de las diferentes patologías que la paciente presentaba. Para Sánchez y Arroyo (2007) resulta clara la importancia de tener una base de conocimientos farmacológicos para la correcta administración del tratamiento, como saber la dosificación, preparación, administración de fármacos y posibles efectos secundarios o adversos. En este sentido en el siguiente apartado se muestran las

fichas farmacológicas de los medicamentos prescritos a la paciente objeto de estudio.



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO NUEVA ESPARTA  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 13**

*Ficha farmacológica para el Omeprazol*

<b>Descripción</b>	Pertenece a una clase de medicamentos llamados inhibidores de la bomba de protones.
<b>Presentación</b>	Cápsulas 20mg Ampolla 40mg
<b>Mecanismo de acción</b>	Inhibe la secreción de ácido en el estómago. Se une a la bomba de protones en la célula parietal gástrica, inhibiendo el transporte final de H + al lumen gástrico.
<b>Indicaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Tratamiento de la úlcera duodenal y de la úlcera gástrica benigna</li> <li>● Erradicación de Helicobacter pylori en úlcera péptica</li> <li>● Esofagitis por reflujo</li> <li>● Síndrome de Zollinger-Ellison</li> <li>● Protector gástrico en tratamientos con múltiples fármacos</li> </ul>
<b>Vía de administración</b>	Vía Oral Vía Intravenosa
<b>Reacciones adversas</b>	<p><b>Frecuentes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Nauseas</li> <li>● Diarrea</li> <li>● Cólicos abdominales</li> </ul> <p><b>Poco frecuentes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Regurgitación</li> <li>● Estreñimiento</li> <li>● Cansancio</li> <li>● Somnolencia</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cefalea</li> <li>• Mareos</li> </ul>
--	---

Fuente: Vademécum (2010)



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO NUEVA ESPARTA  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 14**

*Ficha farmacológica para la Ranitidina*

<b>Descripción</b>	La ranitidina es un antagonista de la histamina en el receptor H <sub>2</sub> , similar a la cimetidina y la famotidina, siendo sus propiedades muy parecidas a las de estos fármacos.
<b>Presentación</b>	Comprimidos 150mg Ampolla 50mg/2ml
<b>Mecanismo de acción</b>	Antagoniza los receptores H <sub>2</sub> de la histamina de las células parietales del estómago. Inhibe la secreción estimulada y basal de ácido gástrico y reduce la producción de pepsina.
<b>Indicaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Úlcera duodenal</li> <li>• Úlcera gástrica benigna</li> <li>• Esofagitis erosiva</li> <li>• Gastritis</li> </ul>
<b>Vía de administración</b>	Vía Oral Vía Intravenosa Vía Intramuscular
<b>Reacciones adversas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Náuseas y emesis</li> <li>• Cefalea</li> <li>• Diarrea</li> <li>• Erupción cutánea (rash)</li> <li>• Vértigo</li> <li>• Somnolencia</li> <li>• Cambios temporales en la función hepática</li> </ul>

Fuente: Vademécum (2016)



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO NUEVA ESPARTA  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 15**  
*Ficha farmacológica de Meropenem*

<b>Descripción</b>	El meropenem es un antibiótico semisintético de la familia de los carbapenems
<b>Presentación</b>	Ampolla 500mg - 1gr
<b>Mecanismo de acción</b>	Bactericida. Inhibe síntesis de pared celular bacteriana en bacterias Gram+ y Gram-, ligándose a proteínas de unión a penicilina.
<b>Indicaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Neumonía grave, incluyendo neumonía adquirida en la comunidad y asociada a ventilación.</li><li>● Infecciones broncopulmonares en fibrosis quística</li><li>● Infecciones complicadas del tracto urinario</li><li>● Infecciones complicadas intra-abdominales</li><li>● Infecciones intra- y post-parto</li><li>● Infecciones complicadas de la piel y tejidos blandos</li><li>● Meningitis bacteriana aguda</li></ul>
<b>Vía de administración</b>	Vía Intravenosa
<b>Reacciones adversas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Trombocitemia</li><li>● Cefalea</li><li>● Diarrea</li><li>● Náuseas y emesis</li><li>● Aumento de transaminasas</li><li>● Rash cutáneo</li><li>● Prurito</li></ul>

Fuente: Vademécum (2017), CIMA (2019)



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**NÚCLEO NUEVA ESPARTA**  
**ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 16**

*Ficha farmacológica para la Vancomicina*

<b>Descripción</b>	Es un antibiótico que pertenece al grupo de los “glucopéptidos” y funciona eliminando ciertas bacterias que causan infecciones.
<b>Presentación</b>	Ampolla 500mg - 1gr
<b>Mecanismo de acción</b>	Bactericida. Inhibe la biosíntesis de la pared celular bacteriana, interfiere en la síntesis de ARN y daña la membrana celular bacteriana.
<b>Indicaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Infecciones de la piel y tejidos blandos</li><li>● Infecciones óseas</li><li>● Infecciones de tracto respiratorio bajo (Neumonía)</li><li>● Endocarditis y para prevenir la endocarditis en pacientes con riesgo cuando se someten a procedimientos quirúrgicos mayores.</li><li>● Infección en el sistema nervioso central.</li><li>● Colitis pseudomembranosa</li><li>● Septicemia</li></ul>
<b>Vía de administración</b>	Vía Intravenosa
<b>Reacciones adversas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Disnea</li><li>● Exantema e inflamación de las mucosas</li><li>● Prurito</li><li>● Flebitis</li><li>● Reacciones pseudo - alérgicas</li></ul>

Fuente: Vademécum (2016) CIMA (2019)



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**NÚCLEO NUEVA ESPARTA**  
**ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 17**

*Ficha farmacológica para el Clexane*

<b>Descripción</b>	Clexane contiene un principio activo denominado enoxaparina sódica. Pertenecer a un grupo de medicamentos denominado "heparina de bajo peso molecular" o HBPM. Actúa impidiendo que los coágulos de sangre ya existentes se hagan más grandes e interrumpe la formación de nuevos coágulos en la sangre.
<b>Presentación</b>	Jeringas precargadas 2.000 UI (20mg/0,2ml) - 4.000 UI (40mg/0,4ml) - 6.000 UI (60mg/0,6ml) - 8.000 UI (80mg/0,8ml) - 10.000 UI (100mg/1ml)
<b>Mecanismo de acción</b>	Inhibe la coagulación potenciando el efecto inhibitorio de la antitrombina III sobre los factores IIa y Xa. Posee elevada actividad anti-Xa y débil actividad anti-IIa.
<b>Indicaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Profilaxis de enfermedad venosa tromboembólica</li><li>● Tratamiento de trombosis venosa profunda, con o sin embolismo pulmonar.</li><li>● Prevención de formación de trombos en la circulación extracorpórea durante hemodiálisis</li><li>● Tratamiento de angina inestable e infarto al miocárdico sin onda Q, con administración concomitante de aspirina (ácido acetilsalicílico)</li><li>● Tratamiento del infarto agudo al miocardio con supradesnivel del segmento ST</li></ul>
<b>Vía de administración</b>	Vía Subcutánea
<b>Reacciones adversas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Hemorragia</li><li>● Trombocitopenia</li><li>● Trombocitosis</li><li>● Reacción alérgica</li><li>● Cefalea</li><li>● Aumento de enzimas hepáticas (principalmente transaminasas)</li><li>● Urticaria</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prurito</li><li>• Eritema</li><li>• Hematomas, dolor y otras reacciones en el punto de inyección</li></ul>
--	--

Fuente: Vademécum (2018) CIMA (2022)



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**NÚCLEO NUEVA ESPARTA**  
**ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 18**

*Ficha farmacológica para la Dipirona*

<b>Descripción</b>	El metamizol es un fármaco analgésico, antipirético y espasmolítico, perteneciente a la familia de las pirazolonas, cuyo prototipo es el piramidón.
<b>Presentación</b>	Comprimidos 500mg Ampolla 1g/2ml
<b>Mecanismo de acción</b>	El metamizol actúa sobre el dolor y la hipertermia reduciendo la síntesis de prostaglandinas proinflamatorias al inhibir la actividad de la prostaglandina sintetasa. A diferencia de otros analgésicos no opiáceos que actúan sobre la síntesis de la prostaciclina, el metamizol no produce efectos gastrolesivos significativos.
<b>Indicaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Dolor</li><li>● Hipertermia</li></ul>
<b>Vía de administración</b>	Vía Oral Vía Intravenosa
<b>Reacciones adversas</b>	Reacciones anafilácticas: <ul style="list-style-type: none"><li>● Leves:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Disnea</li><li>○ Erupción cutánea</li><li>○ Síntomas gastrointestinales.</li></ul></li><li>● Severas:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Urticaria</li><li>○ Angioedema</li><li>○ Broncoespasmo</li><li>○ Arritmias cardíacas</li><li>○ Hipotensión</li><li>○ Leucopenia</li><li>○ Agranulocitosis</li><li>○ Trombocitopenia</li><li>○ Hematuria</li></ul></li></ul>

Fuente: Vademécum (2010)



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO NUEVA ESPARTA  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 19**

*Ficha farmacológica para el Ketoprofeno*

<b>Descripción</b>	El ketoprofeno es un fármaco antiinflamatorio no esteroideo. Con una potente actividad analgésica.
<b>Presentación</b>	Cápsulas 50mg - 100mg Comprimidos 100mg - 200mg - 500mg Ampollas 100mg/2ml
<b>Mecanismo de acción</b>	Inhibe la ciclooxigenasa, que cataliza la formación de precursores de prostaglandina a partir del ácido araquidónico.
<b>Indicaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Artritis reumatoide</li><li>• Artrosis</li><li>• Cuadros dolorosos asociados a inflamación</li></ul>
<b>Vía de administración</b>	Vía Oral Vía Intravenosa Vía Intramuscular
<b>Reacciones adversas</b>	Alteraciones digestivas <ul style="list-style-type: none"><li>• Dispepsia</li><li>• Náusea</li><li>• Dolor abdominal</li><li>• Emesis</li><li>• Diarrea</li></ul>

Fuente: Vademécum (2010)



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO NUEVA ESPARTA  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 20**

*Ficha farmacológica para el Irtopan*

<b>Descripción</b>	La metoclopramida es un fármaco gastrocinético con propiedades antieméticas. Aunque ésta químicamente emparentado con la procainamida, la metoclopramida no posee efectos antiarrítmicos ni anestésicos locales.
<b>Presentación</b>	Comprimidos 10mg Ampollas 10mg/2ml
<b>Mecanismo de acción</b>	Antagonista de receptores dopaminérgicos D2 de estimulación quimioceptora y en el centro emético de la médula implicada en la apomorfina - vómito inducido. Antagonista de receptores serotoninérgicos 5-HT3 y agonista de los receptores 5-HT4 implicados en el vómito provocado por quimioterapia.
<b>Indicaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Náuseas y emesis</li></ul>
<b>Vía de administración</b>	Vía Oral Vía intravenosa Vía Intramuscular
<b>Reacciones adversas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Somnolencia</li><li>• Diarrea</li><li>• Astenia</li><li>• Trastornos extrapiramidales (al exceder la dosis recomendada)</li><li>• Acatisia</li><li>• Hipotensión</li></ul>

Fuente: Vademécum (2010)

### **3.3 Enfoque Metodológico de la Investigación**

El asumir la responsabilidad de desarrollar acciones pertinentes para encontrar respuestas oportunas a través de la investigación científica, requiere del apoyo de un enfoque específico direccionado por la coherencia, el reconocimiento de hechos e integración de esfuerzos, con la intención de trabajar organizada y sistemáticamente. Por consiguiente, el abordaje del presente caso clínico amerita tener a la mano el sustento metodológico del enfoque cuali-cuantitativo, por ser la guía fundamental para describir ciertos aspectos provenientes de la información verbal y al mismo tiempo analizar los datos estadísticos, complementando una visión amplia sobre la situación estudiada en la Unidad de Cuidados Intensivos adulto Dr. Pablo Agreda de la institución hospitalaria.

#### **3.3.1 Enfoque Cuali-cuantitativo**

Para Hernández, Méndez y Mendoza (2014) en las últimas décadas, numerosos investigadores han apuntado a un método “mixto”, que integra ambos enfoques, argumentando que al probar una teoría a través de dos métodos pueden obtenerse resultados más confiables. Este enfoque aun es polémico, pero su desarrollo ha sido importante en los últimos años (p. 16).

De esta información se infiere, que el enfoque cuali-cuantitativo representa una alternativa válida para unificar lo medible con descripciones y apreciaciones. En esta ocasión, se utilizaron sus principios porque era necesario registrar información cuantificable y al mismo tiempo añadir datos subjetivos, complementando con el empleo de los métodos de investigación acción-participante y estudio de caso, ambos explicados en los siguientes apartados.

#### **3.3.2 Investigación Acción- Participante**

En palabras de Creswell (2012), la investigación acción participativa “implica una inclusión completa y abierta de los participantes en el estudio, como colaboradores en la toma de decisiones, comprometiéndose como iguales para

asegurar su propio bienestar” (p.583). Según estos argumentos, la cooperación, solidaridad, ayuda mutua e integración sana son factores fundamentales al instante de llevar a cabo este tipo de investigación, donde se promueven los valores para solventar necesidades siguiendo los pasos organizados de un modelo generador de interacción.

En este caso, el abordaje de la realidad en el Hospital Dr. Luis Ortega demanda aplicar principios propios de la investigación acción-participante, apoyo indispensable para crear vínculos de trabajo articulados entre la investigadora, el talento humano de enfermería, el paciente y sus familiares. Dicho de otro modo, con este tipo de investigación es más fácil propiciar soluciones con una visión compartida, afrontando las responsabilidades y las problemáticas, conservando el enfoque hacia una nueva forma de reaccionar ante las necesidades de salud.

### **3.3.3 Estudio de Caso**

Para Gerring (2017), un estudio de caso, “es un estudio intensivo de un solo caso o un pequeño número de casos que se basa en datos de observación y promete arrojar luz sobre una población más grande de casos” (p.2). En lo relativo a este tema, se seleccionó a una paciente para hacer el abordaje utilizando diversas técnicas que permitan contribuir con la conservación de la vida, según los requisitos de la usuaria ingresada en la UCI.

### **3.3.4 Técnicas e Instrumentos de Investigación**

Las diversas investigaciones deben sustentarse en el uso de fuentes que permitan la recolección de datos, asentándolos de manera adecuada desde el punto de vista tomado, por el diseño del estudio seleccionado, procurando obtener información confiable, precisa y congruente con los hechos que se abordan. En resumen, los medios importantes para trabajar de manera ordenada y sistemática están representados por técnicas y herramientas de recopilación de datos presentadas a continuación.

Gutiérrez (2002) define las técnicas como “las habilidades y métodos para hacer uso de procedimientos y recursos. Es la manera en que el investigador recaba y verifica su información” (p.2). Asimismo, Arias (2016) refiere que “las técnicas de recolección de datos son las distintas formas de obtener información” (p.53). De esta manera, en el abordaje metodológico del presente estudio, se requirieron diversas técnicas, dentro de las cuales destacan: la entrevista y la encuesta (que fueron anteriormente definidas en el capítulo I de este trabajo), además se usaron:

**3.3.4.1 Revisión Documental.** Hurtado (2008) afirma que una revisión documental “es una técnica en donde se recolecta información escrita sobre un determinado tema, teniendo como fin proporcionar variables que se relacionan indirectamente o directamente con el tema establecido” (p.9). Para obtener la información pertinente a todo lo relacionado con la institución hospitalaria, en donde se lleva a cabo el estudio, e igualmente buscar y recabar información sobre las diversas patologías aquí plasmadas, se utilizó esta técnica de investigación.

**3.3.4.2 Observación Participante.** Palella y Martins (2017) explican que la observación participante se da cuando el investigador se incluye en el grupo, hecho o fenómeno observado, para obtener la información “desde adentro”. El investigador debe integrarse al grupo, comunidad o institución en estudio para, una vez instalado, ir realizando una doble tarea: desempeñar algunos roles dentro del conjunto e ir recogiendo los datos que necesita (p.122). Sabiendo esto, para poder recolectar la información y los datos acerca de la paciente objeto de esta investigación se realizó una observación directa de la paciente y su entorno. Igualmente, para ahondar y conseguir información sobre las diversas problemáticas de la institución mencionada con anterioridad se usó de igual manera esta técnica de observación.

Por otra parte, Palella y Martins (2017) refieren que los instrumentos de recolección de datos “son cualquier recurso de los cuales puedan valerse los investigadores para acercarse a los fenómenos y extraer de ellos información. En cada instrumento concreto pueden distinguirse dos aspectos diferentes: una forma y

un contenido (p.125). Con esta información, podemos precisar que los instrumentos empleados para llevar a cabo esta investigación fueron: el diario de campo, la grabadora digital (que fueron anteriormente definidas en el capítulo I de este trabajo), igualmente se usó:

**3.3.4.3 Cuestionario.** Hernández, Fernández y Baptista (2010) explican que “un cuestionario consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir” (p.217). Este instrumento se usó, en la aplicación de una encuesta para la realización de la aproximación diagnóstica abordada en el Capítulo II del presente trabajo de investigación.

### **3.4 Teoría y/o Modelo de Enfermería**

A título ilustrativo parafraseando a Alligood y Tomey (2011), las teorías y modelos de enfermería son cuerpos de conocimientos organizados para definir qué es la enfermería, qué hacen los profesionales de enfermería y por qué lo hacen. De este modo, las teorías de enfermería proporcionan una manera de definir la enfermería como una disciplina única, que se separa del resto. Además, es un marco de conceptos y propósitos destinados a guiar la práctica de enfermería a un nivel más concreto y específico.

En relación a esto, el desarrollo de las teorías de enfermería exige una comprensión de terminologías, conceptos, definiciones, declaraciones relacionales y suposiciones que expliquen un fenómeno en concreto. También se exige la explicación de cómo estos componentes se relacionan entre sí. La importancia de estas teorías radica en que hoy en día son la base del ejercicio de la enfermería, en donde ellas guían el desarrollo del conocimiento y dirigen la educación, la investigación y la práctica.

En conclusión, su principal propósito es mejorar la práctica influyendo positivamente en la salud y la calidad de vida de los pacientes. Por tal motivo, a continuación se desarrollarán los aspectos biográficos, fundamentos teóricos y la relación con el caso clínico de las teorizantes seleccionadas, que servirán de base y

guía para la realización y aplicación del proceso enfermero a paciente adulto mayor femenino con diagnóstico médico de Neumonía adquirida en la comunidad, ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos Dr. Pablo Agreda del Hospital Dr Luis Ortega de Porlamar.

### **3.4.1 Aspectos biográficos de las Teorizantes**

**3.4.1.1 Marjory Gordon.** La página Studocu.com (2019) publica que: fue una teórica y profesora estadounidense, nació el 10 de noviembre de 1931 y falleció el 29 de abril de 2015. Ella creó una teoría de valoración de enfermería conocida como patrones funcionales de salud de Gordon (Gordon's functional health patterns). Fue líder internacional en esta área de conocimiento en enfermería.

Además, fue la primera presidenta de la NANDA. Ha sido miembro de la Academia Americana de Enfermería desde 1977 y fue nombrada como una Leyenda viviente por la misma organización en 2009. Fue profesora emérita de enfermería en el Boston College, en Chestnut Hill, Massachusetts, fue exalumna de la Escuela de Enfermería del Hospital Monte Sinaí. Obtuvo su licenciatura y máster en el Hunter College de la Universidad de la Ciudad de Nueva York, y su doctorado en el Boston College. Falleció el 29 de abril de 2015 en la ciudad de Boston, Massachusetts.

Es autora de cuatro libros, incluyendo Manual de diagnósticos enfermeros (Manual of Nursing Diagnosis), actualmente en su edición número doce. Sus libros aparecen en diez idiomas, en cuarenta y ocho países y seis continentes.

Ha contribuido significativamente al desarrollo de un lenguaje enfermero estandarizado. Su obra en este campo tiene implicaciones en la investigación, educación, evaluación y competencia, y el establecimiento de un núcleo de conocimiento enfermero basado en las evidencias. Este lenguaje también formará la base del componente enfermero en el registro médico electrónico.

**3.4.1.2 Dorothea Orem.** Cajal (2021) describe que Dorothea Elizabeth Orem (1914-2007) fue una reconocida investigadora en el área de enfermería de los Estados Unidos, cuya formación inicia en 1930 con las Hermanas de la Caridad en el Providence Hospital de Washington D.C, de donde recibe un diploma en enfermería. Luego, decide ahondar más en su educación profesional, es por esa razón que de parte de la Universidad Católica de América, recibe el título de Ciencias en Educación de Enfermería; después en el año 1946 alcanza un peldaño más en su capacitación profesional obteniendo un Máster en el área mencionada con anterioridad.

De esta manera, Dorothea se desarrolló con gran entrega y excelencia en diversas áreas de rigor de la enfermería, en donde se destacan: enfermera en el área quirúrgica, experiencia como enfermera privada tanto en hospitales como a domicilio, integrante del equipo de cuidados pediátricos y de adultos, y supervisora nocturna en el servicio de urgencias. Después de consolidar su formación como enfermera en el campo asistencial, Orem estaba lista para compartir sus conocimientos y experiencia sobre la enfermería y todo lo concerniente a la salud, para ello enfocó todos sus propósitos en trabajar en el ámbito de la enseñanza, la investigación y la administración.

En esta perspectiva, en el tiempo comprendido entre los años 1939 a 1970, enfocó todos sus esfuerzos a dirigir la formación de profesionales, dictando las cátedras de ciencias biológicas y enfermería; además estuvo al frente de la Dirección de la Escuela de Enfermería del Hospital Providence, en un periodo de diez (10) años. Igualmente, fue profesora asistente y adjunta en la Universidad Católica de América. Dorothea se desempeñó como asesora y consultora de diversas entidades del área de la salud y la educación, en las que podemos mencionar, el Consejo de Salud del Estado de Indiana y la Oficina de Educación de Estados Unidos, entre otras instituciones que requirieron sus servicios y conocimientos.

Orem fue una multifacética profesional, debido a su gran habilidad para adaptarse a trabajar en diversas áreas, gracias a ello pudo concebir su más grande

aporte al ámbito de la enfermería, que fueron sus Teorías del Autocuidado, Déficit de Autocuidado y Sistemas de Enfermería, que están relacionadas entre sí. Dorothea fue una prolífica escritora, dentro de sus obras podemos destacar el Modelo Orem y Normas Prácticas de Enfermería, obra que fue publicada en 1971, siendo un éxito total en ventas, llegando a ser reeditada durante cinco (5) años seguidos.

Posteriormente, en el año 1980, Dorothea Orem fue reconocida con el Doctorado Honorario de la Universidad Georgetown de Washington. Asimismo, se resalta que estos reconocimientos no se restringieron únicamente a su patria natal, sino que fue mundialmente honrada, especialmente en España, donde se la nombró socia de honor de la Asociación española de Enfermería de salud mental. Finalmente, el resto de su existencia lo dedicó a la enseñanza, asesoría y consultoría a distintas instituciones de salud, y a escribir artículos y obras sobre sus investigaciones y trabajos de campo.

### ***3.4.2 Fundamento Teórico de las Teorizantes.***

**3.4.2.1 Marjory Gordon.** Según Enfermería Actual (2022) dicen que Marjory Gordon planteó una teoría de valoración de enfermería conocida como Patrones Funcionales de Salud.

Esta valoración constituye un proceso sistemático para obtener la información y la interpretación de los datos obtenidos. La valoración en Enfermería tiene una gran importancia para conocer la respuesta de individuos y familias a procesos vitales o problemas de salud (reales o potenciales), que pueden ser tratados por los profesionales de enfermería para llegar finalmente al Diagnóstico de Enfermería. El sistema de valoración diseñado por Marjory Gordon, tiene todos los requisitos necesarios para realizar de una valoración enfermera eficaz. Marjory Gordon definió 11 patrones de actuación relevantes para la salud de las personas, las familias y las comunidades.

Un Patrón Funcional de Salud (PFS) es una estructura de comportamientos común a todas las personas que contribuyen a mantener o recuperar su salud y calidad de vida y al logro de su potencial humano desde un punto de vista holístico.

La valoración por patrones Funcionales de Marjory Gordon facilita una serie de ventajas en el proceso de valoración, ya que los patrones pueden ser utilizados independientemente del modelo enfermero del que se parta y favorece un mejor diagnóstico enfermero.

Los patrones funcionales de salud proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología. Un Patrón Funcional de Salud (PFS) es una estructura de comportamientos común a todas las personas que contribuyen a mantener o recuperar su salud y calidad de vida y al logro de su potencial humano desde un punto de vista holístico. Los once (11) patrones son una división artificial y estructurada del funcionamiento humano integrado y no deben ser entendidos de forma aislada.

La interrelación que se da entre ellos es lógica, las personas somos un “todo” sin compartimentar, todo influye en todo (el entorno, la cultura, el nivel social, los valores, las creencias...). Algunos patrones comparten información y ciertos datos pueden estar presentes en más de un patrón. Los Patrones Funcionales de salud facilitan al profesional de la enfermería la valoración biopsicosocial del individuo.

El método de valoración por patrones funcionales de salud, desarrollado por Marjory Gordon, se divide en 11 apartados que se complementan con el examen físico. Estos patrones funcionales proporcionan una estructura lógica de valoración y una base de datos para el diagnóstico enfermero. La recogida de información se organiza de forma que facilita la información de salud, proporciona una base de datos básicos con independencia de la edad, los distintos diagnósticos médicos o el nivel de dependencia del paciente.

Las áreas de los patrones fueron identificadas por Marjory Gordon a mediados de los años 70 para enseñar a los alumnos la valoración y los diagnósticos en la Escuela de Enfermería de Boston (EEUU).

Marjory Gordon desarrolla el modelo de Patrones Funcionales para establecer una valoración en enfermería basada en la capacidad de funcionar.

Este enfoque parte de la idea de que la estructura para la valoración es compatible con diferentes enfoques teóricos, lo que facilita la homogeneidad del trabajo enfermero. La recogida de información se organiza de forma que facilite la evaluación de salud y el diagnóstico enfermero. Las áreas de los patrones de salud proporcionan una guía de valoración estándar para una base de datos básicos con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología.

Según Marjory Gordon las áreas de los patrones tienen ciertas ventajas y cuestiones adicionales:

- No necesitan ser continuamente aprendidas, se extiende a lo largo de todas las especialidades enfermeras.
- Se adaptan muy bien al ámbito de la atención primaria de salud, permitiendo estructurar y ordenar la valoración, tanto a nivel individual como familiar o comunitario, a lo largo del ciclo vital de la persona. Y en situaciones de salud o enfermedad.
- Conducen de una manera lógica al diagnóstico enfermero.
- Es una aproximación holística a la valoración funcional humana en cualquier marco y en cualquier grupo de edad, en todos los puntos de la relación salud-enfermedad. Incorpora los conceptos de interacción cliente-entorno, etapa de desarrollo, salud-enfermedad y cultura en la idea holística de patrones de vida dinámicos.
- Sirven de guía para la recogida de información de la vida de la persona, familia o comunidad y su experiencia de los sucesos y problemas relacionados con la salud y su manejo.

- A medida que se va recogiendo información, la enfermera comienza a entender el área funcional que está siendo valorada. De forma gradual aparece un patrón, a partir de las descripciones del paciente y de las observaciones de la enfermera. Una vez realizada la recogida de información, la enfermera y el cliente pueden determinar si tiene un funcionamiento positivo, alterado o con alto riesgo de alteración.
- Aún con una adecuada información que describa un patrón, comprenderlo puede ser difícil hasta que no hayan sido valorados todos los patrones funcionales, ya que los once patrones funcionales son una división artificial del funcionamiento humano integral. Los patrones están interrelacionados, estos son interactivos e independientes.
- Facilitan la fase de diagnóstico enfermero al estar en el origen de la clasificación por dominios de la NANDA.

Benítez (2024) publica que los patrones funcionales para la valoración de un paciente según Marjory Gordon son los siguientes.

- **Percepción de la Salud.** Busca determinar con unas pocas preguntas el grado de preocupación de la salud por parte del paciente, además de investigar sobre sus hábitos y su nivel actual de bienestar.
- **Nutrición y Metabolismo.** Se centra en examinar la cantidad de nutrientes y calorías que el paciente ingiere y su relación con las cantidades diarias que necesita.
- **Eliminación.** El tercer patrón investiga el correcto funcionamiento del aparato excretor del cuerpo; es decir, de la orina, el sudor y las funciones del intestino.
- **Actividad y Ejercicio.** Este patrón se centra en investigar el nivel de actividad física del paciente, tanto en el ejercicio que hace conscientemente como durante sus tareas diarias.
- **Sueño y Descanso.** El quinto patrón se centra en estudiar los patrones de sueño y descanso del paciente. ¿Tiene suficiente energía después de levantarse?

- **Cognición y Percepción.** Identifica la habilidad del paciente para percibir elementos de su entorno mediante los cinco sentidos, además de su capacidad para tomar decisiones, seguir instrucciones, pensar lógicamente y usar la memoria.
- **Autopercepción y Autoconcepto.** Ambos patrones tienen que ver con la forma en que el paciente se ve así mismo.
- **Rol y Relaciones.** Las relaciones interpersonales son una de las partes en la vida del paciente.
- **Sexualidad y Reproducción.** Este patrón solo debe utilizarse si es apropiado para la edad y situación concretas del paciente.
- **Tolerancia al Estrés.** Este patrón se encarga de estudiar los niveles de estrés del paciente, examinando tanto su forma de enfrentarse a las situaciones vitales complicadas como las situaciones difíciles que ha tenido que vivir en los últimos tiempos.
- **Valores y Creencias.** ¿El paciente consigue lo que se propone en la vida? ¿Tiene planes importantes para el futuro? ¿Tiene alguna creencia que le ayude a sobrellevar las situaciones complicadas?

Marjory Gordon decía que la persona es un ser holístico que posee necesidades físicas y fisiológicas. Así también, decía que la salud es un estado que afecta al individuo, el entorno para ella es un medio para recoger toda la información del paciente y la familia. Y por último, la enfermería es la encargada de llevar a la base de los tres paradigma al diagnóstico lógico del paciente.

**3.4.2.2 Dorothea Orem.** Según Tomey y Alligood (2011) explican que Dorothea Orem presenta su teoría del “Déficit de Autocuidado” como una teoría general compuesta a su vez por tres (3) teorías relacionadas: la Teoría de Autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la Teoría de Déficit de Autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a las personas, y la Teoría de Sistemas de Enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener entre pacientes y profesionales de enfermería.

En relación a esto, Pérez y Gardey (2021) definen el metaparadigma como “una serie de conceptos generales interrelacionados entre sí que giran en torno al objeto de interés de una disciplina. Los vínculos entre estas nociones se instituyen de forma abstracta” (p.2). De esta manera, el metaparadigma de enfermería representa la estructura más abstracta y global de la ciencia enfermera(o). Integra las definiciones conceptuales de persona, entorno, salud y enfermería. En definitiva, el metaparadigma sirve para dotar a la profesión de un significado concreto y exclusivo. En esta perspectiva, Dorotea Orem definió los siguientes conceptos metaparadigmáticos de su teoría, según sus conocimientos e investigaciones, estos son:

- **Persona.** Un ser que funciona biológica, simbólica y socialmente, que presenta exigencias de autocuidados universales, de desarrollo y ligados a desviaciones de la salud.
- **Salud.** Estado de ser completo e integrado a sus diferentes componentes y modos de funcionamiento.
- **Enfermería.** Campo de conocimiento y servicio humano que tiende a cubrir las limitaciones de la persona en el ejercicio de autocuidados relacionados con su salud y refuerza así sus capacidades de autocuidado.

Cabe destacar, que aunque no define entorno como tal, ella lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo. Además, según

las definiciones elaboradas por Orem, la persona debe ser vista holísticamente, desde el punto de vista biológico, psicológico y social.

Por consiguiente Peña y Salas (2010), nos mencionan que para poder aplicar el Modelo de Orem a través del proceso de enfermería, es necesario también definir los conceptos manejados en esta teoría, para asegurar así su comprensión y correcta utilización, conceptos como: el de autocuidado, requisitos de autocuidado, demanda terapéutica de autocuidado, agencia de autocuidado, déficit de autocuidado, agencia de enfermería y sistemas de enfermería, los cuales se encuentran definidos de la siguiente forma:

- **Autocuidado.** Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar.
- **Requisitos de Autocuidado.** Son reflexiones formuladas y expresadas sobre acciones que se sabe que son necesarias o que se supone que tienen validez en la regulación de aspectos del funcionamiento y desarrollo humano. Se identificaron tres (3) tipos de requisitos de autocuidado:
  1. **Requisitos de Autocuidado Universal.** Son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
  2. **Requisitos de Autocuidado del Desarrollo.** Promueven las condiciones necesarias para la vida y la maduración, previenen la aparición de condiciones adversas o mitigan los efectos de dichas situaciones.
  3. **Requisitos de Autocuidado de Desviación de la Salud.** Surgen o están vinculados a los estados de salud.
- **Demanda Terapéutica de Autocuidado.** Es una entidad construida por las personas. Representa la suma de actividades de autocuidado requeridas por

los individuos, en un lugar y en un momento determinado y durante un cierto tiempo.

- **Agencia de Autocuidado.** Es la compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo.
- **Déficit de autocuidado.** Se produce cuando las habilidades del individuo para ejercer el autocuidado requerido son menores que las que se necesitan para satisfacer una demanda de autocuidado conocida.
- **Agencia de enfermería.** Es una compleja propiedad y atributo de las personas educadas y entrenadas como profesionales de la enfermería, tiene que ver con las capacidades para conocer y ayudar a otros con sus demandas de autocuidado terapéutico, para cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros o ayudarles a cubrirlas por sí mismos, y para ayudar a otros a regular el ejercicio o desarrollo de su agencia de autocuidado o su agencia de cuidados dependientes.
- **Sistema de Enfermería.** La teoría de los sistemas de enfermería articula las teorías porque señala la manera como la enfermería contribuirá para superar el déficit de autocuidado y que el individuo recupere el autocuidado. El profesional de enfermería, al activar alguno de estos sistemas, considera los componentes de poder que la persona, comunidad o grupo posee. Los sistemas de enfermería que se proponen son:
  1. **Sistemas de Enfermería Totalmente Compensadores.** La enfermera suplente al individuo.
  2. **Sistemas de Enfermería Parcialmente Compensadores.** El personal de enfermería proporciona aquellas actividades de autocuidado que el paciente no puede realizar, por limitaciones del estado de salud u otras causas y la persona realiza las actividades de autocuidado que están al alcance de sus capacidades.

- 3. Sistemas de Enfermería de Apoyo-Educación.** La enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado.

En conclusión, para Orem el objetivo de la enfermería radica en: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además, afirma que la enfermera puede utilizar cinco (5) métodos de ayuda, actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

### **Figura 7**

*Representación gráfica de la aplicación teórica metodológica de Gordon y Orem para el proceso enfermero.*



### 3.5 Relación del caso con la Teoría

#### 3.5.3.1 Relación del caso con el modelo de Modelo de Marjory Gordon.

En el caso del paciente objeto de estudio será utilizada el enfoque de Marjory Gordon para valorar a la paciente y obtener los datos subjetivos, basados en la aplicación del test de los 11 patrones funcionales de la salud, para tener una visión más amplia de su salud física, emocional, social y espiritual a partir del cual se definen alteraciones, debilidades, fortalezas que facilitan la planificación de acciones de enfermería personalizadas. Además, proporciona un marco comprensivo y estructurado para la valoración y el cuidado de los pacientes, permitiendo una visión holística de su estado de salud. Estos 11 patrones están dirigidos a contribuir a la salud, a la calidad de vida y al potencial humano, los cuales además, repercutirán en la elaboración de un plan de cuidados adecuado a las necesidades del paciente.

#### 3.4.3.2 Relación del caso con la teoría del Deficit de Autocuidado de Dorothea Orem.

Dentro de los conceptos y afirmaciones manejadas por Orem, ella menciona la necesidad de autocuidado, que no es más que la capacidad que tienen las personas de cuidar de sí mismas; en cambio el déficit de autocuidado se refiere a cuando la persona no está en capacidad de autoadministrarse los cuidados, y debe depender de alguien más para hacerlo, en este caso de los profesionales de la

enfermería. Sabiendo esto, para la realización y aplicación del presente caso clínico, se implementará la teoría del déficit de autocuidado de Orem, la cual ayudará a la paciente a cubrir todos los requisitos de autocuidado que necesita. La teoría se relaciona con el caso clínico desde el momento en el cual la paciente se opuso a recibir tratamiento médico al igual que a asistir a un centro de salud para tratar los síntomas presentes.

En relación, la teoría del autocuidado nos reseña que existen requisitos de autocuidado que toda persona debe cumplir, para poder alcanzar un óptimo nivel de salud y desarrollo. Por este motivo, se aplicará esta teoría en la etapa de valoración del proceso enfermero, para conocer con que requisitos cumple o no la paciente objeto de estudio, para luego continuar con la etapa de diagnóstico, ya que se deben conocer qué problemas de enfermería deberán ser abordados en la paciente.

De igual manera, Orem nos describe en su teoría de sistemas de enfermería que existen tres (3) sistemas que pueden ser usados en las intervenciones de enfermería, por lo tanto, para la planificación y ejecución de los planes de cuidado se pondrá en uso el sistema parcialmente compensador para suplir todos los requisitos de autocuidado que la paciente no puede llevar a cabo por sí sola, debido a la naturaleza de su estado de salud y restricciones físicas.

Del mismo modo, siguiendo los planteamientos de la autora los planes de cuidado irán enfocados tanto a la paciente como a los familiares, a través del sistema de enfermería de apoyo-educativo, para enseñar y educarlos sobre como brindar el cuidado a la paciente, además de que se brindará el apoyo necesario para afrontar y superar todos los cambios y complicaciones que surjan con la misma.

La meta final de la aplicación de esta teoría, es lograr establecer un óptimo autocuidado para la paciente, para que pueda alcanzar y mantener un adecuado estado de salud, para ello el rol de enfermería se basa en proporcionar ayuda para influir en el desarrollo y el logro de un máximo nivel de autocuidado para la paciente.

### **Figura 8**

*Representación gráfica de la conjugación teórica metodológica entre Gordon y Orem para el proceso enfermero.*



### 3.5 Antecedentes de la Investigación

Para Ucha (2009), los antecedentes “son circunstancias que se han producido con anterioridad y anticipación a otras y que normalmente pueden servir para juzgar situaciones o acontecimientos posteriores o bien para comparar hechos pasados con hechos presentes y futuros” (p.1). Desde esta perspectiva, los antecedentes de una investigación corresponden a un conjunto de trabajos desarrollados en otros tiempos y que actualmente son útiles porque permiten tomar aportes para complementar la investigación desarrollada. En esta ocasión se escogieron nueve (9) antecedentes asociados con la Neumonía adquirida en la comunidad, la automedicación con remedios herbolarios, y la vivencia de los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos, con el fin de tomar contribuciones positivas facilitadoras de una mejor visión con respecto a la atención que se brindara al paciente objeto de esta investigación ubicado en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar.

### **3.5.1 Antecedentes Internacionales**

Mesa (2020) realizó en Tenerife - Canarias una investigación titulada Neumonía Adquirida en la Comunidad en Niños, presentando tres objetivos como lo son, la identificación del síndrome clínico, la búsqueda del agente etiológico y por último la evaluación de la gravedad. Cabe destacar que en dicha investigación se desconocía la causa de la enfermedad en el paciente, además de presentar los siguientes signos y síntomas: taquipnea, disnea, hipertermia y crepitantes.

Al examinar el contenido de la investigación anterior, se refleja una relación directa con el presente caso clínico, ya que al igual que a la paciente objeto de estudio se desconoce la causa o agente etiológico de la NAC. De igual manera tiene relación en las manifestaciones clínicas, ya que presentó los mismos signos y síntomas de la paciente objeto de esta investigación.

Reynoso et al. (2015) Realizó un trabajo titulado prevalencia de la automedicación y del consumo de remedios herbolarios entre los usuarios de un centro de salud de Tlaxcoapan, Estado Hidalgo - México. Su metodología estuvo fundamentada en un estudio de tipo descriptivo, observacional, prospectivo, transversal; el cuál se llevó a cabo en el Servicio de Consulta Externa del Centro de Salud de Tlaxcoapan, Hidalgo, y tuvo una duración de seis meses. Así mismo, la recolección de datos se realizó mediante la aplicación de una encuesta de carácter confidencial, con un contenido de 23 preguntas, a 25 personas del centro de salud antes mencionado. Se estimó la prevalencia de la automedicación, del consumo de remedios herbolarios, así como la prevalencia del uso simultáneo en la población a estudiar, la cual indicó el número de usuarios que acuden a Servicio de consulta externa del Centro de Salud.; y los cuales sí se automedican y/o consumen remedios herbolarios, de la totalidad de usuarios que acuden a dicho centro de salud durante el periodo establecido. En el cual se obtuvo como resultados que el 86,36% de los usuarios se automedican consumiendo remedios herbolarios. Además se dedujo que los principales medicamentos con que se automedican la población usuaria del Centro de Salud de Tlaxcoapan, Hidalgo., se agruparon de acuerdo a su acción terapéutica en grupos farmacológicos, entre los cuales se

destacan los analgésicos con un 41.87%, las formulaciones antigripales con un 22.50% y los antibióticos en un 9.85%.

Cabe destacar que evaluando la información antes plasmada se evidencia la relación con el presente estudio de caso en vista de que la paciente objeto de estudio al principio de la presente enfermedad se automedicó con remedios herbolarios, como en este caso el “guarapito de malohillo” el cual siempre le ayudaba con los síntomas de “gripe”, además de oponerse a acudir a un centro de salud para tratar los síntomas que en su momento presentaba.

Peña et al. (2019) Realizó una investigación llamada “Latido de vida: Vivencias del paciente con enfermedad cardiovascular en una unidad de cuidados intensivos”. Cuyo objetivo fue conocer las vivencias del paciente con enfermedad cardiovascular durante su estancia en la unidad coronaria de cuidados intensivos, en una clínica de cuarto nivel del Norte de Santander, en el año 2017. Si metodología está fundamentada en un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico, además se usó la entrevista directa a profundidad para la recolección de datos. Los casos estudiados fueron seis pacientes que presentaron una enfermedad cardiovascular y que tuvieron una estancia mayor o igual a tres días en la unidad coronaria, quienes participaron de manera voluntaria y con residencia en la ciudad de Cúcuta. Así mismo obtuvo como resultados que las vivencias al sufrir una enfermedad cardiovascular y su hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos, se dilucidó a través del tema central: Estancia en UCI como experiencia renovadora.

Emergieron seis categorías como lo son atención con calidad humana; incertidumbre ante la enfermedad; impacto ante una situación inesperada; Fe en Dios; familia, como pilar fundamental; y pérdida de la autonomía considerada como factor estresante. La investigación concluyó con que para el paciente con enfermedad cardiovascular, la hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos es una vivencia muy estresante y dolorosa. Dicha experiencia se caracteriza por el temor, la ansiedad y la incertidumbre en relación con los efectos de la enfermedad,

los equipos utilizados en el tratamiento, los procedimientos terapéuticos y los cuidados de bienestar y confort. Estas vivencias están matizadas por aspectos positivos derivados de la atención con calidad humana del personal de salud y del apoyo familiar, factores que fortalecen al paciente; así como de la fe en Dios que le da trascendencia a esta experiencia de vida.

La investigación antes mencionada se relaciona con el presente estudio de caso ya que explica aquellos factores que afectan al paciente ingresado en la unidad de cuidados Intensivos ante una situación inesperada como lo son las enfermedades aunando el ingreso a hospitalización en una UCI, lo cual genera estrés e impacta negativamente en la salud de la paciente llevándola a la ansiedad y depresión, siendo el entorno en el presente estudio el principal factor estresante en la paciente objeto de la investigación, donde se vio afectada por la falta de privacidad e incomodidad al momento de realizar la higiene, como por ejemplo el cambio de pañal o baño en cama por parte del profesional de enfermería, así como también cambios en el estado de ánimo producto del proceso enfermedad, además de otros factores como el ruido y la luz que intervinieron al momento de conciliar el sueño, entre otros. De igual manera se ve relacionado en cuanto a la metodología e instrumentos utilizados para recolección de datos como lo es la entrevista.

### **3.6.2 Antecedentes Nacionales**

La página Botica Digital Medical Magazine (2012) Realizó un estudio para determinar las enfermedades respiratorias más comunes en Venezuela. En dicho estudio se explicó que la vía respiratoria es considerada como una unidad funcional y anatómica, por lo tanto para determinar las infecciones de las vías respiratorias que ocurren en la comunidad y que son motivo de consulta, fue necesario agruparlas en infecciones respiratorias superiores e inferiores, obteniendo como principal resultado que de las infecciones del aparato respiratorio la tercera parte compromete el tracto respiratorio inferior y de ellas el 20% corresponde a Neumonía Adquirida en la Comunidad, la cual además es la principal causa de ingreso en UCI,

dónde el principal factor de riesgo es la edad, específicamente pacientes mayores de 60 años, o con una patología base.

Al evaluar el contenido antes mencionado, se refleja una relación con el presente estudio de caso, ya que la paciente objeto de esta investigación presenta como diagnóstico principal una Neumonía Adquirida en la Comunidad, además de tener una edad comprendida de 65 años la cual entra en los factores de riesgo, según la investigación referida.

La Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría (2016) realizó un estudio en el Hospital JM de los ríos, en el cual su objetivo era describir las características epidemiológicas y microbiológicas de las neumonías complicadas con derrame pleural en pacientes ingresados en el hospital de niños Jm de los ríos (hnJmr). Su metodología estuvo fundamentada en un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, en dónde la población estudiada eran pacientes de 1 mes hasta 18 años ingresados con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad complicada con derrame pleural durante el periodo enero 2013 – diciembre 2015 en el hnJmr, Caracas-Venezuela. Los datos recolectados se obtuvieron a través de revisión de historias médicas y plasmadas en formato preestablecido.

Cómo resultados se reportaron 580 neumonías adquiridas en la comunidad, 28 presentaron derrame pleural (4,8%). la mortalidad general por neumonía fue 4,5% (26/580). de los 28 casos, 82,1% (23/28) eran menores de 5 años. 53,6% (15/28) masculinos. 78,6% (22/28) eran previamente sanos. 89,3% (25/28) había recibido parcial o completamente las dosis contra haemophilus influenzae tipo b (hib) y 21,4% (6/28) contra streptococcus pneumoniae. se logró identificar etiología bacteriana en 60,7% (17/28): 8 Streptococcus pneumoniae, 4 Staphylococcus aureus, 1 mycobacterium tuberculosis, 3 diplococos gram positivos (probable Streptococcus pneumoniae), uno fue reportado como bacterias visibles (sin caracterización al gram). todos los Staphylococcus aureus fueron resistentes a meticilina. evolución tórpida en 14,3%(4/28) de los casos. El estudio concluye con que el derrame pleural continúa siendo una complicación importante de la neumonía

adquirida en la comunidad en la población infantil. *Streptococcus pneumoniae* sigue siendo el agente más frecuente. Alta resistencia de *S. aureus* a meticilina.

En consideración a la investigación presentada con antelación, se relaciona con el presente estudio de caso en cuanto a la patología tratada y complicaciones que presentó la paciente objeto de estudio, dónde en dicha investigación se dedujo que la principal complicación de la Neumonía Adquirida en la comunidad es el derrame pleural.

Paez (2022) realizó un estudio en la universidad de los Andes - Venezuela, titulado “transición epidemiológica en Venezuela: evolución y principales causas de muerte 2017 - 2021”. En el cual analizó la transición epidemiológica en Venezuela a través de la evolución de las diez principales causas de muerte durante el período 2017-2021. Por lo que calculó las tasas de mortalidad por causas específicas, importancia relativa según causas de muerte seleccionadas y ritmos de crecimiento medio anual, así como estimaciones por extrapolación de tasas de las tres principales causas de muerte para el 2017. Por lo que obtuvo como resultados que las enfermedades respiratorias como la Neumonía producto de la pandemia SARS-CoV-2 es la tercera causa de muerte en Venezuela desde el 2020 hasta la actualidad, lo cual refleja una fase de transición ya que años anteriores en el 2017 predominaban las enfermedades crónico-degenerativas.

Según lo antes mencionado se establece una relación con el presente caso clínico ya que se evidencia que la patología principal de la paciente objeto de estudio es considerada desde el año 2020 como la tercera causa de muerte en Venezuela.

### **3.5.3 Antecedentes Regionales**

Rodríguez (2022) presentó ante la Universidad de Oriente Núcleo Nueva Esparta (UDONE) un trabajo de grado titulado Proceso Enfermero a paciente masculino de 36 años de edad con diagnóstico médico “Enfermedad Vascular Cerebral (EVC) de origen Hipertensivo” ingresado en la Unidad de Cuidados

Intensivos del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar. Cuyo objetivo general es aplicar el Proceso Enfermero a paciente masculino de 36 años de edad, con un diagnóstico de Enfermedad Vascul ar Cerebral ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Dr. Luis Ortega. En lo metodológico la investigación fue basada en un enfoque cualitativo, con la utilización de técnicas como la observación participante y entrevistas abiertas para el abordaje del caso clínico. El estudio concluye con la importancia de un proceso enfermero basado en la triangulación teórica - metodológica a los pacientes con EVC y sus familiares.

Martinez (2020) presentó ante la Universidad de Oriente Núcleo Nueva Esparta (UDONE) un trabajo de grado, como requisito para optar al título de Licenciatura en Enfermería, titulado Proceso Enfermero a paciente actante mayor masculino con diagnóstico de Sepsis con punto de partida enteral, hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Dr. "Luis Ortega" de Porlamar. Su objetivo general fue aplicar proceso enfermero (PE) a lactante mayor masculino de 9 meses de nacido con diagnóstico médico de Sepsis con Punto de Partida Enteral, hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Dr. "Luis Ortega" de Porlamar. Su metodología fue sustentada en una investigación cuali-cuantitativa, enfocada al estudio de caso, donde se obtuvieron datos subjetivos a través de la entrevista a la madre y objetivos por medio del examen físico. Así mismo utilizó para el abordaje del proceso enfermero una triangulación de teorías entre Dorothea y Marjory Gordon para atender las necesidades del paciente y familia.

Velásquez (2021) presentó ante la Universidad de Oriente Núcleo Nueva Esparta (UDONE) un trabajo de grado, como requisito para optar al título de Licenciatura en Enfermería, que ostento el nombre de Proceso Enfermero a paciente masculino de 78 años de edad con diagnóstico médico de Trauma Craneoencefálico (TCE) internado en el servicio de Observación Adulto del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar. Su objetivo general fue aplicar el proceso de enfermería (PE) a paciente masculino de 78 años de edad con diagnóstico médico de Trauma Craneoencefálico (TCE) internado en el servicio de Observación Adulto

del Hospital Dr. Luis Ortega. La metodología fue fundamentada en una investigación cualitativa, enfocada al estudio de caso, en donde se recolectaron datos subjetivos mediante entrevista a la paciente y datos objetivos a través del examen físico. Concluyó con que el equipo de enfermería debe organizarse para ejecutar el proceso enfermero y así poder atender de forma integral las necesidades del paciente.

En definitiva, la información plasmada sirve como punto de apoyo y está relacionada con el presente estudio de caso, ya que esta hace referencia al uso y aplicación del Proceso Enfermero, a pacientes con enfermedades o condiciones críticas, en donde este proceso aborda todo lo relacionado con el cumplimiento de intervenciones y tareas, que ayudarán a satisfacer todas las necesidades de atención que requieren. Del mismo modo, el enfoque teórico y metodológico de estos trabajos, nos ayuda a fundamentar la investigación del presente caso clínico, ya que las técnicas e instrumentos de recolección de datos se asemejan a las usadas en el presente trabajo.

### **3.6 Marco Legal**

Las acciones investigativas enmarcadas dentro de los Cursos Especiales de Grado de Enfermería en el área de Unidad de Cuidados Intensivos ameritan sustentarse bajo un marco legal identificado con preceptos asociados a la salud como derecho fundamental, apoyando la visión objetiva de las indagaciones. En ese sentido, se tomaron como referencia la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1998), La Ley Orgánica de la Salud (1998), el Código Deontológico de enfermería de la República Bolivariana de Venezuela (2008), Ley del Ejercicio Profesional de Enfermería (2005)

#### **3.6.1 Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV, 1999)**

La Carta Magna o Ley Fundamental de la Republica incluye dentro de sus normativas supremas el derecho a la salud, como responsabilidad del estado, incluyendo un sistema público nacional de salud y la seguridad social como servicio

público. Estos contenidos se recogen en sus artículos 83, 84 y 84, presentados seguidamente con su correspondiente análisis e interpretación.

**Artículo 83:** La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

La disposición constitucional contempla el derecho a la salud, considerando su importancia en la protección de la ciudadanía a través de diferentes planes emprendidos por los organismos gubernamentales procurando mantener el bienestar general de la población. Caso concreto, se promueven acciones significativas con el fin que el paciente objeto de estudio sea atendido mediante cuidados e intervenciones que prolonguen su existencia.

**Artículo 84:** Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

La premisa principal de este contenido supremo guarda relación directa con la existencia de un sistema público de salud destinado a la articulación de esfuerzos

colaborativos con la finalidad de atender a todos sin ningún tipo de discriminación, marginación ni exclusión alguna, bajo los principios de gratuidad. El hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar forma parte de ese sistema y actualmente se acude a sus instalaciones específicamente hasta la Unidad de Cuidados Intensivos “Dr Pablo Agreda” donde será desarrollado un caso clínico de manera participativa, dándole prioridad a la atención de enfermedades.

**Artículo 86:** Toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en contingencias de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales, pérdida de empleo, desempleo, vejez, viudedad, orfandad, vivienda, cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia de previsión social. El Estado tiene la obligación de asegurar la efectividad de este derecho, creando un sistema de seguridad social universal, integral, de financiamiento solidario, unitario, eficiente y participativo, de contribuciones directas o indirectas. La ausencia de capacidad contributiva no será motivo para excluir a las personas de su protección. Los recursos financieros de la seguridad social no podrán ser destinados a otros fines. Las cotizaciones obligatorias que realicen los trabajadores y las trabajadoras para cubrir los servicios médicos y asistenciales y demás beneficios de la seguridad social podrán ser administrados sólo con fines sociales bajo la rectoría del Estado. Los remanentes netos del capital destinado a la salud, la educación y la seguridad social se acumularán a los fines de su distribución y contribución en esos servicios. El sistema de seguridad social será regulado por una ley orgánica especial.

De acuerdo a esta normativa, la operatividad del sistema público de salud depende de un presupuesto aportado por el Estado venezolano, principal órgano responsable de asumir todos los gastos pertinentes al funcionamiento de cada uno de los servicios ofrecidos por las instituciones a su cargo. El Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar depende del Instituto Venezolano De los Seguros Sociales (IVSS) y posee la Unidad de Cuidados Intensivos “Dr Pablo Agreda”, donde los pacientes

reciben de forma gratuita su asistencia sanitaria, gracias a los recursos monetarios emanados del ejecutivo nacional, a través del IVSS.

Cabe resaltar que el apoyo legal de la carta magna tiene elevada utilidad por que informa de cómo es concebido la salud a nivel nacional, su financiamiento y la existencia de un sistema donde el bienestar general de los ciudadanos es promovido como parte de una labor conjunta entre el Estado y la sociedad venezolana. De este modo, se comprende que Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar y la Unidad de Cuidados Intensivos “Dr Pablo Agreda” activan sus servicios gracias a la dotación gubernamental que ayuda a velar por los derechos de quienes padecen alguna enfermedad y requieren de un proceso enfermero donde se considere sus condiciones actuales, sin vulnerar ningún tipo de disposiciones fundamentales. Igualmente, se tiene una noción representativa sobre los derechos del paciente a recibir una atención de calidad.

### ***3.6.2 Ley Orgánica de Salud (LOS) de Venezuela (17 de septiembre de 1998)***

La Ley Orgánica de Salud forma parte del ordenamiento jurídico venezolano e incluye dentro de sus preceptos contenidos asociados con diversos deberes, derechos y responsabilidades tanto del Estado como de la sociedad. En esta oportunidad se escogieron los artículos 2, 25, 34 y 69; los cuales son analizados a continuación.

**Artículo 2:** se entiende por salud no solo la ausencia de enfermedad si no el completo estado de bienestar físico, mental, social y ambiental (p.1).

A la luz de los criterios anteriores, la salud es asumida desde una perspectiva global de bienestar favorable, compaginados con el sentirse a gusto a nivel del organismo, la movilidad, el estado de ánimo, sin obstáculos para desenvolverse eficientemente. En esta ocasión, cuando la salud del paciente se ve afectada y se amerita de atención en la Unidad de Cuidados Intensivos “Dr Pablo Agreda”, se hace énfasis en un plan de enfermería, diagnóstico médico un plan social que contribuya al mantenimiento de la vida, estabilidad, generando

esperanzas de estar activos, afrontando responsabilidades con una mayor calidad de vida. Por consiguiente, el paciente es abordado de una manera integral buscando satisfacer sus necesidades de salud.

**Artículo 25:** La promoción y conservación de la salud tendrá por objeto crear una cultura sanitaria que sirva de base para el logro de la salud de las personas, la familia y de la comunidad, como instrumento primordial para su evolución y desarrollo. El Ministerio de la Salud actuará coordinadamente con los organismos que integran el Consejo Nacional de la Salud, a los fines de garantizar la elevación del nivel socioeconómico y el bienestar de la población; el logro de un estilo de vida tendente a la prevención de riesgos contra la salud, la superación de la pobreza y la ignorancia, la creación y conservación de un ambiente y condiciones de vida saludables, la prevención y preservación de la salud física y mental de las personas, familias y comunidades, la formación de patrones culturales que determinen costumbres y actitudes favorables a la salud, la planificación de riesgos laborales y la preservación del medio ambiente de trabajo y la organización de la población a todos sus niveles.

En función del contenido citado, con el trabajo profesional (PE) se pretende atender lo biológico, pero también son desarrolladas acciones para la adaptación y promoción de la salud. De esta forma, utilizando el trabajo colaborativo, unido e integrado bajo una sola premisa de bienestar general, acorde a la situación estudiada. En el establecimiento de salud donde se llevan a cabo las prácticas profesionales existe un equipo multidisciplinario que contribuye a efectuar labores cooperativas pertinentes a propiciar las mejoras que se requieren en el área de la salud.

**Artículo 34:** Son establecimientos de atención médica los hospitales, clínicas y ambulatorios públicos y privados debidamente calificados y dotados de los recursos necesarios para cumplir las funciones previstas en las leyes y los reglamentos correspondientes.

En atención al contenido anterior, se describen las principales características de los establecimientos de salud, abarcando principalmente a los hospitales cuya administración se orienta por principios bien definidos. El Hospital Dr. Luis Ortega constituye una dependencia de carácter público prestadora de servicios de salud, sus equipos de trabajo acatan las disposiciones legales, haciendo uso de los recursos, materiales e insumos disponibles.

**Artículo 69:** Los pacientes tendrán los siguientes derechos:

- El respeto a su dignidad e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de tipo geográfico, racial, social, sexual, económico, ideológico, político o religioso.
- Aceptar o rehusar su participación, previa información, en proyectos de investigación experimental en seres humanos.
- Recibir explicación en términos comprensibles en lo que concierne a salud y al tratamiento de su enfermedad, a fin de que pueda dar su consentimiento informado ante las opciones diagnósticas y terapéuticas, a menos que se trate de intervención que suponga riesgo epidémico, de contagio de enfermedad severa, y en caso de extrema urgencia.
- Negarse a medidas extraordinarias de prolongación de su vida, cuando se encuentre en condiciones vitales irrecuperables debidamente constatadas a la luz de los consentimientos de la ciencia médica del momento.
- Recibir el representante del paciente, su cónyuge, hijos mayores de edad u otro familiar, explicaciones sobre las opciones diagnósticas del paciente cuando éste se encuentre en estado de alteración mental que le impida entender y decidir.
- Una historia médica donde conste por escrito, y certificados por el médico tratante o quien haga sus veces, todos los datos pertinentes a su enfermedad, motivo de consulta, antecedentes, historia de la enfermedad actual, diagnóstico principal y diagnósticos secundarios, terapéuticas y la evolución clínica. Igualmente, se harán constar las condiciones de salud del paciente al egreso, la terapéutica a seguir y las consultas sucesivas a

cumplir. Cuando el paciente deba continuar su tratamiento en otro establecimiento de atención médica o cuando el paciente lo exija se le entregará un resumen escrito y certificado de su historia médica.

- Un trato confidencial en relación con la información médica sobre su persona.
- Ser asistido en establecimientos de atención médica donde exista la dotación adecuada de recursos humanos y equipos a sus necesidades de salud, aun en situación de conflictos laborales.
- Exigir ante la administración del establecimiento público o privado de atención médica, los soportes de los costos institucionales, servicios y honorarios a pagar, si este fuera el caso.

De esta información, se desprende que el punto principal de este precepto está representado por los derechos de los pacientes, donde sobre sale el respecto a su dignidad, el recibimiento de un buen trato e información alusiva a su estado de salud. Los mismos son considerados por el talento humano que presta su servicio en la Unidad de Cuidados Intensivos “Dr Pablo Agreda”, porque son tolerantes y mantienen la comunicación tanto con pacientes como con sus familiares.

En consideración a los postulados de la LOS, tienen impacto positivo ante la necesidad de reconocer la forma participativa, comprometida y conjunta de trabajar con el fin de mantener la vida de pacientes críticos, quienes por ley gozan de diferentes derechos. Es decir, aporta una visión detallada de la corresponsabilidad existente a nivel del ámbito social, brindando esa noción significativa dirigida a la comprensión de aspectos referenciales acerca de la promoción de la salud.

### ***3.6.3 Código Deontológico de los Profesionales de Enfermería de la República Bolivariana de Venezuela (2008)***

El talento humano de enfermería rige su labor por lo estipulado en su Código Deontológico, instrumento útil, práctico debido a la fijación de deberes, derechos, responsabilidades y otros aspectos de carácter ético-moral. Actualmente, fueron escogidos 3, 6, 13 y 42 todos analizados objetivamente en el siguiente apartado.

**Artículo 3:** El profesional de la enfermería tendrá por norte de sus actuaciones los principios de: el valor fundamental de la vida humana, beneficencia y no maleficencia, terapéutico de totalidad, doble efecto, Justicia, autonomía, confiabilidad, solidaridad, tolerancia, privacidad, veracidad y fidelidad.

Considerando como sustento el anterior artículo, el talento humano de enfermería y en particular el investigador, para la atención del paciente objeto de investigación trabajan de manera coordinada siguiendo un conjunto de directrices apegadas a un desempeño ético, comprometido con los cuidados y atenciones humanistas, sin ningún tipo de discriminación. Todos esos principios son puestos de manifiesto por parte de los profesionales de enfermería y el investigador como pasante de la Unidad de Cuidados Intensivos “Dr Pablo Agreda”

**Artículo 6:** Las profesionales y los profesionales de la enfermería deben mantenerse permanentemente actualizados en el ámbito de los conocimientos científicos, mediante la participación en postgrados, diplomados, congresos, talleres, jornadas y/o seminarios.

La premisa fundamental de este artículo señala lo indispensable de estar al día, refrescar conocimientos ante los cambios ocurridos, procurando mantener un enfoque colocado hacia la canalización de necesidades, sin quedarse aislados, al margen de las nuevas estrategias de su campo. Por esta razón, en la unidad seleccionada para las prácticas profesionales, el personal de enfermería siempre se encuentra activo investigando acerca de las normas y procedimientos a cumplir para el cuidado de los pacientes críticos. Igualmente el investigador como pasante, también asumen sus responsabilidades actuando de manera ética, aplicando conocimientos adquiridos previamente durante el trayecto formativo, ayudando a que el paciente conserve la vida.

**Artículo 13:** La relación enfermera(o) paciente, se fundamenta en el respeto a la dignidad humana basados en la responsabilidad y el secreto profesional en total acatamiento a los principios éticos y normas morales que forman parte esencial de la actividad realizada por las (los) profesionales de la enfermería.

Desde esta óptica, cuando el talento humano de enfermería atiende a los pacientes lo hace con vocación de servicio, benevolencia, actitud proactiva e integración sana, comprendiendo sus necesidades e incorporando las acciones pertinentes a preservar la vida. Bajo ese esquema, el pasante se integra al equipo de trabajo con la intención de respetar la dignidad humana del paciente objeto de estudio, obedeciendo las normas morales mientras ejecuta el plan de cuidado.

**Artículo 42:** Todo Profesional de Enfermería cuando realice un trabajo de investigación o publicación relacionado con los usuarios, en dependencias universitarias, comunitarias o asistenciales, debe guardar confidencialidad de toda la información para que no perjudique al usuario o a la institución.

Según lo contemplado con antelación, se refiere a la importancia de beneficiar a los demás mediante investigaciones de impacto positivo, cuyos hallazgos no podrán ser empleados con el fin de afectar a pacientes ni instituciones de salud. En tal sentido, actualmente el investigador conjugara los datos de la institución, la unidad clínica y el paciente bajo estrictos parámetros de confidencialidad.

El Código Deontológico de Enfermería contribuye con contenidos útiles al momento de determinar el desempeño ético-moral del talento humano de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Dr “Pablo Agreda”, aclarando al investigador ciertas cuestiones referidas a cómo debe asumirse responsablemente las tareas, actividades propias de la profesión. Con esa información es más fácil sistematizar una experiencia a desarrollar bajo parámetros y criterios éticos.

#### **3.6.4 Ley del Ejercicio Profesional de Enfermería (LEPE, 2005)**

Tiene por objetivo regular el ejercicio de la enfermería según las disposiciones, su reglamento, las normas de ética profesional, los acuerdos, tratados, pactos y convenciones suscritos por la República sobre la materia. A continuación, se mencionan algunos de estos artículos que se encuentran en el

capítulo I titulado Disposiciones Generales, en el capítulo IV titulado De los Deberes y Derechos de los o las Profesionales de la Enfermería y en el capítulo V que lleva por título Del Secreto Profesional.

**Artículo 3.** El enfermero o enfermera es un profesional egresado de una universidad, instituto o colegio universitario venezolano, de acuerdo con las leyes especiales sobre la materia, con conocimientos, habilidades y destrezas que se ocupan del cuidado de las personas, familias y comunidades durante todas las fases del proceso de crecimiento y desarrollo, en la salud y en la enfermedad, durante la discapacidad, la rehabilitación y, hasta en la muerte, así como la gestión del cuidado y servicio.

**Artículo 16.** Los o las profesionales de la enfermería deberán ser notificados por el organismo empleador de todas aquellas circunstancias que puedan ser peligrosas para su salud e incluso su vida, cuando estén expuestas a riesgos mediante el contacto directo con enfermos o enfermas que padezcan enfermedades contagiosas, mortales o incurables o estén expuestos directa o indirectamente a sustancias nocivas, riesgos físicos, químicos, radioactivos, biológicos o ergonómicos que puedan afectar su salud. En ningún caso, estas condiciones deberán significar la negativa del personal a atenderlo, sino por el contrario debe utilizarse la información para adecuar las condiciones de protección y por sobre todo en beneficio del paciente o la paciente y su familia.

**Artículo 17.** Todo aquello que llegare a conocimiento del profesional de la enfermería con motivo o en razón de su ejercicio, no podrá darse a conocer y constituye el secreto profesional. El secreto profesional es inherente al ejercicio de la enfermería y se impone para la protección del enfermo o enferma y la familia, el amparo y salvaguarda del honor de la profesión de la enfermería y de la dignidad humana.

**Artículo 18.** El secreto profesional es inviolable, y él o la profesional de la enfermería están obligado a guardarlo. Igual obligación y en las mismas condiciones se impone a los estudiantes de enfermería.

**Artículo 20.** El o la profesional de la enfermería debe guardar los secretos que se le confíen o de los que tenga conocimiento en el ejercicio profesional, aún después de la muerte del enfermo, a menos que éste antes de morir haya autorizado por escrito al mismo para que los revelara.

Los artículos antes descritos de la Ley del Ejercicio Profesional de Enfermería se refieren a que un profesional de enfermería es una persona que ha estudiado y culminado su carrera universitaria obteniendo los conocimientos teóricos y prácticos sobre el cuidado humano en todas sus etapas; el mismo posee derecho de ser comunicado ante cualquier situación de riesgo en cuanto a un paciente con alguna patología que pueda colocar en riesgo la salud del profesional, para que este pueda considerar las medidas de bioseguridad al atenderlo. Por lo tanto, el profesional de enfermería, así como también el estudiante debe guardar toda información confidencial del paciente aun después de fallecer a menos que el mismo le haya autorizado en vida. Estos artículos se relacionan con la investigación debido a que la misma es realizada como requisito para optar por el título de Licenciatura en Enfermería, por lo tanto, la investigadora debe considerar cada uno de estos aspectos y colocarlos en práctica con la paciente objeto de estudio en el contexto donde realiza sus prácticas profesionales de enfermería y de esta manera brindarle la atención que se merece.

### **3.7 Glosario de términos**

A continuación, se definirán según autores algunos términos que se encuentran en el desarrollo de la investigación.

**Alveolos.** Según Serrano (2023) Son las unidades terminales del árbol respiratorio. Los alvéolos pueden describirse como finas bolsas ubicadas en las paredes de los bronquiolos respiratorios, especializados en el intercambio gaseoso.

**Bronquios.** Según Vélez (2023) son conductos que permiten el pasaje del aire hacia los pulmones.

**Célula.** Según el Instituto Nacional del Cáncer (2022) en el ámbito de la biología, la célula es la unidad más pequeña que puede vivir por sí sola. Forma todos los organismos vivos y los tejidos del cuerpo.

**Colapso.** Según la Clínica Universidad Navarro (2024) es el fallo brusco de la actividad de un órgano.

**Derrame.** Según el Instituto Nacional del Cáncer (2022) es la acumulación anormal de líquido en los espacios huecos del cuerpo o entre tejidos.

**Deterioro.** El Consejo Mexicano para el Desarrollo e Investigación de Normas de Información Financiera (2003) define el deterioro como “la pérdida de valor de una partida o elemento en el transcurso del tiempo por factores externos o internos que no permiten mantener más su valor original o función”.

**Diagnóstico real.** Según Elsevier (2019) es un problema que el sujeto de atención está presente en el momento de la evaluación de enfermería. Estos diagnósticos se basan en la presencia de signos y síntomas asociados.

**Diagnóstico de riesgo.** De acuerdo al Blog Enfermería Actual (2020) se trata de un juicio clínico de que no existe un problema, pero la presencia de factores de riesgo indica que es probable que se desarrolle un problema a menos que intervengan las enfermeras.

**Microorganismos.** Según Mayoral (2018) Son seres vivos pequeños que no pueden ser observados a simple vista y por ello se utilizan equipos especializados como los microscopios, típicamente son organismos unicelulares, son considerados esenciales para la vida debido a su amplia diversidad y distribución en el planeta. Dentro de los cuales se pueden encontrar como los protozoarios, hongos y bacterias, entre otros.

**Pleura.** Según el Instituto Nacional del Cáncer (2022) es una capa delgada de tejido que recubre los pulmones y reviste la pared interior de la cavidad torácica. Protege y amortigua los pulmones. La pleura secreta una cantidad pequeña de

líquido lubricante que permite el movimiento suave de los pulmones dentro de la cavidad torácica durante la respiración.

**Proteína.** Son moléculas de gran tamaño formadas por una larga cadena lineal de sus elementos constitutivos propios, los aminoácidos. González (2007).

**Pulmones.** Según Serrano (2023) Los pulmones son nuestros órganos respiratorios y están ubicados lateralmente dentro de las cavidades pleurales del tórax.

## **CAPÍTULO IV**

### **ESTUDIO DEL CASO CLINICO**

Este capítulo contempla contenidos específicos vinculados con el caso clínico escogido, posterior a la recogida de información genuina en la UCI adultos Dr. Pablo Agreda del Hospital Dr. Luis Ortega, incluyendo sus objetivos e historia de enfermería entre otros puntos concordantes con la temática. En consecuencia, se busca explicar detalladamente lo concerniente a cada fase del proceso enfermero, las cuales son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de los resultados, dicho proceso será condensado en los cuadros analíticos y planes de cuidados dirigidos a la paciente objeto de estudio.

#### **4.1 Título**

Proceso enfermero a sexagenaria con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad, ingresada en la unidad de cuidados intensivos Dr. “Pablo Agreda” del Hospital Dr. “Luis Ortega” de Porlamar.

#### **4.2 Resumen del Caso Clínico**

Se trata de paciente femenina sexagenaria de 65 años de edad, procedente de la localidad de Llano adentro, municipio Mariño estado Nueva Esparta, con antecedentes de hipotiroidismo en tratamiento con euthyrox desde el año 2011 y fractura de cuerpo vertebral T11 en el año 2019, quien inicia enfermedad actual el día 10 de noviembre del año en curso por presentar tos seca, debilidad generalizada y rinorrea, para lo cual se opuso a recibir tratamiento médico y asistir a un centro de salud para tratar los síntomas antes mencionados. Posteriormente el día 18 de noviembre se anexa al cuadro hipertermia cuantificada en 39,5°C que atenúa con acetaminofén. El día 20 de noviembre presenta dolor en hemitorax posterior derecho que se exacerba con la respiración, concomitante disnea de moderados esfuerzos por lo cual decide acudir al hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar. Es

recibida por médico de guardia en el servicio de Trauma shock, y a posterior valoración se le realiza una serie de estudios con un diagnóstico por imagen visualizado a través de un rayos x de tórax, en el cual se observó un enmarcado neumónico a nivel de lóbulo inferior derecho, además de un compromiso mayor el cual fue necesario visualizarlo a través de una tomografía helicoidal de tórax que reflejo un derrame pleural moderado y atelectasia posterobasal del lóbulo inferior izquierdo, por lo cual se decide su ingreso a hospitalización en el área de cuidados intensivos Dr. Pablo Agreda.

Progresivamente la paciente presenta un deterioro neurológico, el cual por las condiciones clínicas en las que se encontraba permanece bajo estricta vigilancia y monitoreo continuo en la Unidad de Cuidados Intensivos, posterior a 11 días de hospitalización con antibióticoterapia y oxigenoterapia de alto flujo, la paciente evoluciona favorablemente y es egresada a hospitalización en el servicio de medicina interna sala mujeres. Según información del personal médico de medicina interna la paciente egresa a su domicilio con tratamiento domiciliario.

### Figura 9

*Representación gráfica del resumen de caso de la paciente objeto de la investigación.*



### **4.3 Objetivos**

Según Balestrini (2002) los objetivos “orientan las líneas de acción que se han de seguir en el despliegue de la investigación planteada; al precisar lo que se ha de estudiar en el marco del problema objeto de estudio. Sitúan el problema planteado dentro de determinados límites” (p.67). De esta información se infiere, que primeramente debemos plantear una serie de objetivos a seguir, que servirán de base y orientarán nuestra investigación, con el fin de alcanzar todas las metas y resultados esperados o pautados por el investigador. De esta manera, el presente estudio de caso tiene como objetivos los siguientes:

#### **4.3.1 Objetivo General**

Aplicar proceso enfermero a adulto mayor de 65 años de edad femenino, con diagnóstico médico de Neumonía adquirida en la comunidad, ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos Dr. “Pablo Agreda” del Hospital Dr. “Luis Ortega” de Porlamar. Utilizando las taxonomías NANDA - NIC - NOC y una conjugación de la teorías de Marjory Gordon y Dorothea Orem.

#### **4.3.2 Objetivos Específicos**

- Valorar el estado de salud del paciente objetivamente mediante el examen físico y subjetivamente a través de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordón y los 8 requisitos universales de Dorothea Orem, para el establecimiento de los diagnósticos de enfermería.
- Diagnosticar los problemas que afectan la salud del paciente, tomando como referencia la taxonomía NANDA (2021- 2023), los patrones funcionales y requisitos universales alterados, que permitan la planificación de las intervenciones.

- Identificar los resultados esperados a través de la taxonomía NOC (2018), que permitan el establecimiento de objetivos a esperados.
- Planificar estrategias de intervención de enfermería basadas en la taxonomía NOC (2018) para la atención de los patrones y requisitos alterados en el paciente y familia.
- Ejecutar el plan de acción de enfermería, a través de la taxonomía NIC (2018) tomando como referencia los patrones de Marjory Gordon y los requisitos de Dorothea Orem, para la atención integral del paciente y familia.
- Evaluar la evolución del paciente y familia de acuerdo a los criterios de resultados esperados establecidos en la taxonomía NOC (2018), utilizando la escala de medición (Likert)

#### **4.4 Historia de Enfermería**

La historia de enfermería es uno de los documentos más importantes donde el profesional de enfermería tiene acceso directo. Según Hernández (2017) ayuda a confirmar el diagnóstico de una enfermedad y su tratamiento. Este documento debe respetar un formato e incluir determinadas preguntas, es decir, consiste en un interrogatorio realizado al paciente sobre sus antecedentes médicos y la historia de su patología actual.

Por lo tanto, en la historia de enfermería de la paciente objeto de estudio se guarda toda la información relacionada con la misma (anamnesis, valoración objetiva y subjetiva); la cual, se describirá a continuación.

##### **4.4.1 Anamnesis**

###### **4.4.1.1 Datos Personales**

**Nombre:** M.H

**Fecha de nacimiento:** 30-12-1958.

**Edad:** 65 años.

**Sexo:** Femenina.

**Estado civil:** Casada.

**Dirección:** Llano adentro, Municipio Mariño, Estado Nueva Esparta.

**Nacionalidad:** Venezolana.

**Grado de instrucción:** Universitario, Licenciada en Educación Integral.

**Ocupación:** Ama de casa.

**Nro. De Historia Clínica:** 04-38-66.

**Fecha de ingreso:** 20 de noviembre del 2023.

**Diagnóstico Médico:** Neumonía adquirida en la comunidad, complicada con derrame pleural y atelectasia posterobasal.

#### **4.4.1.2 Antecedentes Personales**

- Hipotiroidismo en tratamiento con Euthyrox 100mg diario desde
- Fractura de cuerpo vertebral T11 en 2019

#### **4.4.1.3 Antecedentes Familiares**

**Madre:** Fallecida (Infarto agudo al miocardio).

**Padre:** Fallecido (Obstrucción intestinal).

**Hermanos:** Cinco (5), uno (1) fallecido (Sepsis gastrointestinal). Cuatro (4) vivos (Hipertensión arterial)

**Hijos:** Tres (3), uno (1) con (Hipertensión arterial)

**Esposo:** Aparentemente sano.

#### **4.4.1.4 Antecedentes Quirúrgicos**

- Tiroidectomía total en 2011

#### **4.4.1.5 Antecedentes Obstétricos**

**Menarquia:** 11 años de edad.

**Primera relación sexual:** 18 años de edad.

**Cesárea:** Tres (3)

#### **4.4.1.6 Hábitos Psicosociales**

**Cigarrillo:** Niega.

**Café:** 2 tazas diarias.

**Alcohol:** Ocasionalmente.

**Sustancias estupefacientes:** Niega.

**Nivel de Estrés:** Se nota un poco estresada

**Sufrimiento y confort:** Un poco de incomodidad debido al ambiente hospitalario y su estado de salud.

**Nivel Comunicativo:** Medio.

**Adaptación:** Media.

#### **4.4.2 Valoración de la paciente**

Para Rubio (2016) La valoración consiste “en un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de datos sobre el estado de salud del paciente y de las respuestas humanas, a través de diferentes fuentes” (p.2). Sabiendo esto, en el caso de la paciente objeto de estudio se realizó una valoración objetiva, mediante el uso del examen físico por sistemas, para conocer su estado de salud; igualmente se llevó a cabo una valoración subjetiva siguiendo el modelo teórico de Dorothea Orem, y los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon, para descubrir que requisitos de autocuidado y patrones funcionales se cumplen o no en la paciente.

**4.4.2.1 Valoración Objetiva** Torres (2008) define la valoración objetiva como “aquellos datos que se pueden observar y medir; por tanto, delatan una información exenta de parcialidad y concreta” (p.281). En relación, los datos que aquí se obtienen son el resultado de la aplicación de distintas técnicas y métodos, como por ejemplo, la cuantificación de los signos vitales de la paciente y la realización de un examen físico por sistemas, para evaluar las variaciones en el aspecto físico o la conducta de la paciente.

A continuación se presenta un cuadro donde se muestran los signos vitales del paciente al momento de su ingreso en la unidad de cuidados intensivos Dr. “Pablo Agreda” del Hospital Dr. “Luis Ortega” de Porlamar. (Ver cuadro 21)

**Cuadro 21**  
*Signos Vitales de la paciente.*

<b>Signos Vitales</b>	
<b>Temperatura (T)</b>	39.5°C
<b>Frecuencia Cardíaca (FC)</b>	90L/min
<b>Frecuencia Respiratoria (FR)</b>	27/min
<b>Tensión Arterial (TA)</b>	130/90mmHg
<b>Saturación de Oxígeno (SatO2%)</b>	83%

Fuente: Historia clínica de la paciente.

**Examen físico por sistemas.** Según Suárez (2002) el examen físico:

Es la exploración que se practica a toda persona a fin de reconocer las alteraciones o signos producidos por la enfermedad, valiéndose de los sentidos, métodos e instrumentos tales como: termómetro, estetoscopio, entre otros. Además, este examen puede ser en forma: general, regional o por sistemas y aparatos (p.20).

De esta manera, la investigadora seleccionó el examen físico por sistemas, para la recogida de los datos objetivos de la paciente, en donde se evaluó el estado de salud de la paciente objeto de estudio, dicho examen se desglosa a continuación:

**Sistema Nervioso.** Paciente con un Glasgow de 15 puntos al momento de la valoración, posteriormente el día 3 de hospitalización presenta un déficit neurológico de 11 puntos de acuerdo con la escala de Glasgow.

**Sistema Cardiovascular.** Paciente con ruidos cardíacos rítmicos de buen tono, no se auscultan soplos, mantiene una frecuencia cardíaca de 90 L/min. Se cuantifica tensión arterial arrojando resultados de 130/90mmHg. Mantiene vía central en vena subclavia derecha con catéter trilumen, permeable y funcional.

**Sistema Respiratorio.** Se observa nariz sin lesiones aparentes, fosas nasales permeables, mantiene sonda nasogástrica en fosa nasal derecha. Paciente disneica, taquipneica, desaturando 93%. Se evidencia tórax asimétrico hipoexpansible de lado izquierdo, doloroso a la inspiración profunda y dolor en hemitorax posterior derecho, ruidos respiratorios presentes en ambas bases pulmonares, se auscultan agregados de tipo crepitantes en base y tercio medio del pulmón derecho. Paciente conectado a oxigenoterapia de alto flujo a través de mascarilla Venturi, a razón de 10L/min y FiO<sub>2</sub>: 90%

**Sistema Gastrointestinal.** Paciente mantiene sonda nasogástrica funcional en fosa nasal derecha. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda ni superficial, ruidos hidroaéreos presentes. No sé evidencian evacuaciones durante la evaluación.

**Sistema Genitourinario.** Genitales femeninos normoconfigurados. Se evidencia sonda de Foley #16 conectada a bolsa recolectora de orina con diuresis claras presentes cuantificando la cantidad de 1100ml en 24 horas.

**Sistema Ostiomioarticular.** Paciente no deambula debido a que está conectado a oxigenoterapia de alto flujo. Se evidencian extremidades presentes, simétricas y sin edemas.

**Sistema Tegumentario.** Se observa piel blanca conservada, hidratada, hipertermia cuantificada en 39.5°C y buen llenado capilar < 2seg.

**4.4.2.2 Valoración Subjetiva** Según Salusplay (2022) los datos subjetivos “son los datos no cuantificables que proceden del paciente. Hacen referencia a lo que percibe o siente el paciente, el miedo o la ansiedad” (p.2). En esta perspectiva, con la intención de recolectar los datos subjetivos de la paciente se llevó a cabo una entrevista con el personal de enfermería que labora en el área, y a una acompañante de la paciente, quien se encontraba en la Unidad, e igualmente la investigadora obtuvo datos a través de la observación directa de la paciente objeto de esta investigación.

De esta manera, la estructura y valoración subjetiva utilizada por el autor se basa en la teoría descrita por Marjory Gordon que se basa en los 11 Patrones Funcionales de la Salud y Dorothea Orem “Teoría del Déficit de Autocuidado” que establece que el ser humano posee requisitos de autocuidado (universales, de desarrollo, o de desviación de la salud) para lograr cumplir con las necesidades básicas de cuidados, que los lleven a una vida plena e independiente. Por consiguiente, los datos obtenidos para cada uno de estos patrones y requisitos fueron los siguientes:

**Patrón I. Percepción y Control de la Salud.** Percepción que tiene el individuo para identificar y reconocer síntomas de enfermedad, comprender los factores de riesgo y la importancia de los controles de salud, así como su capacidad para buscar y utilizar recursos de atención médica de manera efectiva, adoptar estilos de vida saludables y tomar medidas para prevenir enfermedades.

Paciente refiere: “Acudo al médico cuando siento que ya estoy muy mal, no me gusta tomar pastillas ni mucho menos que me estén puyando, para todas las

gripes que me han dado siempre me tomo mi guarapito de malohillo con limón y eso me ayuda bastante”

**Análisis:** Este patrón se encuentra alterado debido a la ausencia de conocimiento y medidas preventivas para la salud, además del disgusto de tratamiento farmacológico.

**Patrón II. Nutricional-Metabólico.** Se centra en la ingesta de alimentos y líquidos en relación con las necesidades metabólicas. Horarios de comida, preferencias y suplementos, problemas en la ingesta, altura, peso y temperatura, condiciones de piel, mucosas y membranas. Un adecuado equilibrio en este patrón es fundamental para mantener un estado nutricional óptimo y un metabolismo saludable.

Paciente refiere “Anteriormente tomaba abundante agua de 1,5 a 2 litros diarios, además llevo alimentación sana. Actualmente no sé cuánto me dan de agua, sigo una dieta con mucha proteína y baja en sal doblemente licuada como lo ordenaron los médicos a través de esta sonda, ya que necesito ayuda porque no lo puedo hacer yo misma debido a la falta de aire al quitarme la mascarilla y me está dando mucha fiebre alta por esta enfermedad que tengo”

**Análisis:** Se encuentra alterado este patrón debido a que por la condición clínica de la paciente debe ser alimentada a través de sonda nasogástrica, con ayuda del profesional de enfermería. Además presenta cuadros febriles de 39.5°C. Posee una piel limpia, sin lesiones, ni deshidratación, talla 1,70 y un peso de 68 kg. IMC 23.5 (Normal). Según criterio de la investigadora la dieta prescrita no es una dieta sana, por lo cual la paciente debería de llevar una dieta normoproteica y normocalórica, es decir una dieta equilibrada.

**Patrón III: Eliminación.** Capacidad para eliminar los desechos del cuerpo de manera adecuada y regular, incluyendo la orina, las heces y el sudor. Un funcionamiento adecuado de este patrón es esencial para prevenir problemas de salud como la constipación o la retención de líquidos.

Paciente refiere: “Evacuó normal, aunque a veces me incomoda debido a la falta de privacidad de estar aquí y que me tengan que cambiar ya que no puedo caminar para ir al baño y la orina a través de la sonda”

**Análisis.** No se encuentra alteración de este patrón ya que la paciente no tiene ninguna afección la cual le impida eliminar los desechos del cuerpo. Sin embargo la paciente a veces se cohibe debido a la falta de privacidad, la incomodidad y cambio del entorno. Se evidencian diuresis claras cuantificando 1800ml en 24 horas.

**Patrón IV. Actividad y Ejercicio.** Capacidad del individuo para realizar actividades físicas y deportivas, nivel de ejercicio, movilidad y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria (higiene, comer, compra, mantenimiento del hogar) para mejorar o mantener la salud, además de la presencia de dolor o limitaciones en la actividad física debido a condiciones de salud subyacentes y la capacidad del individuo para adaptarse a cambios en su nivel de actividad física.

Paciente refiere: “Me siento muy agitada y cansada por esta enfermedad que tengo, paso todo el día acostada no me puedo ni mover porque me canso más y por lo tanto necesito ayuda para todo, para cambiar de posición, comer y bañarme”

**Análisis.** Se identifica una alteración sobre la actividad y el ejercicio en relación con la enfermedad actual que conllevó a requerir apoyo y asistencia de terceros para satisfacer sus necesidades básicas.

**Patrón V. Sueño y Descanso.** Evaluación de la calidad y cantidad del sueño y el descanso de una persona, así como los factores que pueden afectar su capacidad para dormir adecuadamente, lo cual es esencial para mantener un buen estado de salud y tener energía durante el día.

Paciente refiere: “Duermo lo que puedo durante las noches (2 horas máximo) y no puedo realizar siestas cortas que normalmente hacia durante el día porque me incomoda mucho el ruido, la luz y no tengo privacidad”

**Análisis.** Paciente tiene un estado de sueño y vigilia alterado debido al cambio de entorno e incomodidad por el ambiente hospitalario, por lo que se encuentra deficiente en este patrón.

**Patrón VI. Cognitivo y Perceptivo.** Capacidad de una persona para percibir, comprender y procesar la información sensorial y cognitiva, incluye el aprendizaje, la memoria, el juicio, la toma de decisiones, la atención, el lenguaje y cómo esto afecta su capacidad para realizar actividades cotidianas.

Paciente refiere: No tengo ningún problema de lenguaje, ni para expresarme y comunicarme de manera clara y efectiva, tomo mis propias decisiones, sigo las instrucciones del médico y puedo escuchar y ver con normalidad.

**Análisis.** No se evidencian alteraciones en este patrón en vista de que la paciente no dispone de ningún impedimento para comprender o comunicarse.

**Patrón VII. Autopercepción y Autoconcepto.** Capacidad de cómo la persona se ve a sí misma, cómo valora su autoestima (imagen corporal, identidad personal, autoestima, sentido general de valía), la forma en que la persona percibe su cuerpo, capacidad para cuidarse a sí misma.

Paciente refiere: “Me siento inútil y muy triste porque estoy consciente de que no tengo la capacidad para cuidar de mi misma, para todo necesito ayuda y no me gusta molestar ni ser una carga para nadie

**Análisis.** Este patrón se encuentra alterado ya que la paciente presenta cambios en el estado de ánimo por no poder valerse por sí misma, ya que requiere ayuda de terceros para satisfacer sus necesidades básicas.

**Patrón VIII. Rol y Relaciones.** Conjunto de comportamientos, habilidades y actitudes que una persona tiene en relación con las demás y con su entorno social. Capacidad de establecer y mantener relaciones interpersonales, el nivel de satisfacción en las relaciones, la habilidad para resolver conflictos, la adaptabilidad a los cambios en las relaciones, entre otros aspectos.

Paciente refiere: “Anteriormente no tenía dificultad para relacionarme con las personas que me rodean, además de tener buena relación y comunicación con mi familia y amigos. Ahora estando hospitalizada siento que todo cambió, no he podido continuar con mis relaciones familiares e interpersonales ya que muy poco me vienen a visitar, solo los veo cuando me traen comida, agua y sábanas, me siento muy sola y abandonada y eso me pone muy triste.

**Análisis.** Paciente tiene alteraciones en este patrón tras la hospitalización, ya que no ejerce su rol en la sociedad y no desempeña habilidades en las relaciones familiares, los cuales además se muestran relativamente ausentes.

**Patrón IX. Sexualidad y Reproducción.** Satisfacción o insatisfacción y expresión de la sexualidad, así como a la capacidad reproductiva de la persona y su influencia en la vida cotidiana. Además de las alteraciones percibidas en las relaciones sexuales y la seguridad en las relaciones sexuales.

Paciente refiere: “tengo 3 hijos (vivos); menopausia desde los 54 años, revisión por ginecología reciente, tengo pareja y me encuentro inactiva sexualmente en la actualidad.

**Análisis.** Este patrón se halla con normalidad, considerando que la paciente ya no se encuentra en edad reproductiva y no se percibe algún interés por la actividad sexual.

**Patrón X. Adaptación-Tolerancia al estrés.** Capacidad del individuo para manejar y responder al estrés en su entorno, al igual que resistir y soportar el estrés a través del desarrollo de estrategias efectivas de afrontamiento que ayudan a mantener un equilibrio emocional y físico.

Paciente refiere: “Espero recuperarme pronto porque ya quiero volver a mi casa, no logro adaptarme a estar aquí hospitalizada además no tengo con que distraerme y me siento muy mal ya que no veo a mi familiares frecuentemente, de igual manera estoy muy preocupada por mi estado de salud y trato todos los días de

realizar un esfuerzo para controlar el estrés de la hospitalización, pero de verdad que no logro adaptarme, esto es muy difícil para mí”

**Análisis.** Es evidente la alteración de este patrón debido al deseo intenso de regresar a su domicilio, donde encuentra tranquilidad y medios de distracción, además de que no cuenta con el completo apoyo familiar durante la hospitalización.

**Patrón XI. Valores y Creencias.** Se enfoca en las creencias, valores y percepciones de la vida de un individuo en áreas como la religión, la cultura, la política, la filosofía y la ética. Describe cómo las creencias y valores personales pueden influir en la salud física y mental de una persona.

Paciente refiere “Estoy en búsqueda de la presencia de dios, practicando la lectura de la biblia constantemente y se mantengo firme mi fé en Dios para superar esta situación actual de salud.

**Análisis.** Paciente expresa su percepción de la vida a través de su fé, por lo que este patrón está en total normalidad.

**Requisito 1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.** Es una función indispensable para la vida, debido a que es la capacidad de la persona para mantener una correcta oxigenación, en los niveles adecuados y con el apropiado intercambio de gases.

Paciente refiere: “Me falta el aire y me siento muy cansada al hablar o moverme”

**Análisis:** Se identifica déficit en este requisito ya que la paciente se encuentra disneica, taquipneica, no puede respirar adecuadamente por sí sola y presenta una desaturación de 83%, por lo cual se le administra oxigenoterapia de alto flujo a través de mascarilla Venturi a razón de 10 litros por minuto, con una Fio2 de 90%

**Requisito 2. Mantenimiento de un aporte adecuado de agua.** Es el proceso mediante el cual la persona cumple con el requerimiento adecuado de agua, para mantener los niveles esenciales de la misma en el organismo.

Paciente refiere “Anteriormente tomaba abundante agua de 1,5 a 2 litros diarios. Actualmente no se decirte cuánto me dan ya que es a través de sonda nasogástrica, y requiero de ayuda”

**Análisis:** Se identifica déficit en su autocuidado, ya que existe una disminución de su ingesta de líquidos, además de que la paciente no se puede hidratar por si sola debido a su estado de salud y la presencia de sonda nasogástrica, por lo cual requiere ayuda del personal de enfermería.

**Requisito 3. Mantenimiento de un aporte adecuado de alimentos.** Es la capacidad del ser humano de suministrarse los nutrientes indispensables para subsistir, mediante la ingesta de comida, y su consecuente proceso de masticación y deglución, para lograr así absorber esos nutrientes, y obtener la energía de los mismos para llevar a cabo la actividad diaria.

Paciente refiere “Llevo una alimentación sana. Actualmente sigo una dieta hiperproteica - hiposodica doblemente licuada como lo ordenaron los medicos, a traves de la sonda nasogástrica ya que no puedo quitarme la mascarilla porque me canso mucho”

**Análisis:** Se identifica déficit de este requisito debido a que la paciente no puede alimentarse por sí sola ya que dicha alimentación se emplea a través de sonda nasogástrica, aunado a eso según criterio de la investigadora la dieta establecida no es la correcta para la paciente.

**Requisito 4. Eliminación.** Esta función natural del organismo, permite eliminar orina y materia que el cuerpo no necesita, también se eliminan elementos de desecho del funcionamiento del organismo, para el mantenimiento de la higiene corporal e íntima.

Paciente refiere: “Evacuó normal, aunque a veces me siento incomoda debido a la falta de privacidad de estar aquí y que me tengan que cambiar ya que no puedo caminar para ir al baño y la orina a través de la sonda”

**Análisis:** No sé encuentra déficit de este requisito en vista de que la paciente no tiene ninguna condición de salud que le impida eliminar los desechos del cuerpo. A veces se cohibe de evacuar debido a la incomodidad y falta de privacidad por el ambiente hospitalario, además se evidencian diuresis claras y se cuantifican 1100ml en 24 horas

**Requisito 5. Mantenimiento del equilibrio entre actividad/reposo.** Capacidad mediante la cual el ser humano equilibra las horas necesarias de sueño y descanso que les permiten estar renovados y repuestos, con las actividades requeridas para un sano desenvolvimiento, evitando así el sedentarismo u otras posibles repercusiones a la salud, debido a la inactividad.

Paciente refiere: “Me siento muy agitada y cansada por esta enfermedad que tengo, paso todo el día acostada no me puedo ni mover porque me canso más y por lo tanto necesito ayuda para todo, para cambiar de posición, comer y bañarme, además duermo lo que puedo durante las noches (2 horas máximo) y no puedo realizar siestas cortas que normalmente hacia durante el día porque me incomoda mucho el ruido, la luz, no tengo privacidad y estoy preocupada por mi salud”

**Análisis:** Se identifica déficit de este requisito ya que la enfermedad actual limita sus movimientos, además de la alteración de sueño y vigilia producto del cambio de entorno, ambiente hospitalario y angustia por su estado de salud

**Requisito 6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción humana.** Todos los seres humanos debemos mantener relaciones sanas y estables con todos en nuestro entorno, esto nos ayudará a evitar el aislamiento que ocasiona vivir en soledad. Por esa razón, este requisito nos enuncia que debe haber un equilibrio entre las relaciones sociales y la soledad, en donde debemos tener la

capacidad para integrarnos e insértanos a un grupo social, para conseguir la plenitud emocional y afectiva.

Paciente refiere: “Anteriormente no tenía dificultad para relacionarme con las personas que me rodean, además de tener buena relación y comunicación con mi familia y amigos. Ahora estando hospitalizada siento que todo cambió, no he podido continuar con mis relaciones familiares e interpersonales ya que muy poco me vienen a visitar, solo los veo cuando me traen comida, agua y sábanas, me siento muy sola y abandonada y eso me pone muy triste.

**Análisis:** Se encuentra déficit de este requisito debido a que tras la hospitalización la paciente no ha podido continuar con su rol en la sociedad. Aunado que la familia se muestra relativamente ausente.

**Requisito 7. Prevención de peligros para la vida el funcionamiento y el bienestar humano.** Esta capacidad les proporciona a los seres humanos una forma de mantener la integridad física y mental de sí mismo y de terceros, con el conocimiento de todos los peligros potenciales de su entorno.

Paciente refiere: “Acudo al médico cuando siento que ya estoy muy mal, no me gusta tomar pastillas ni mucho menos que me estén puyando, para todas las gripes que me han dado siempre me tomo mi guarapito de malohillo con limón y eso me ayuda bastante”

**Análisis:** Se encuentra déficit de este requisito ya que la paciente acude al médico de manera tardía y carece de conocimiento acerca de medidas preventivas para la salud y tratamiento farmacológico.

**Requisito 8. Promoción de la actividad humana.** Este requisito describe todas aquellas actividades que el ser humano lleva a cabo, para distraerse, entretenerse y cultivarse, para alcanzar así la plena autorrealización y el refuerzo de la autoestima. Además, menciona la capacidad que deben tener las personas para

desempeñar un rol en una organización social, hacerlo con dedicación, empeño e interés.

Paciente refiere: “Espero recuperarme pronto porque ya quiero volver a mi casa, no logro adaptarme a estar aquí hospitalizada además no tengo con que distraerme y me siento muy mal ya que no veo a mi familiares frecuentemente, de igual manera estoy muy preocupada por mi estado de salud y trato todos los días de realizar un esfuerzo para controlar el estrés de la hospitalización, pero de verdad que no logro adaptarme, esto es muy difícil para mí”

**Análisis:** Se encuentra déficit en este requisito debido al deseo de regresar pronto a casa en la cual encuentra tranquilidad, además de tener acceso a medios de distracción como la televisión, internet y sus actividades diarias del hogar.

#### **4.4.3 Cuadros Analíticos**

A continuación, serán presentados los cuadros analíticos, realizados por la investigadora, con el objetivo de formular los diagnósticos de enfermería que serán desarrollados más adelante en los planes de cuidado. De este modo, para su ejecución la investigadora tomó en cuenta ciertos criterios evaluativos, entre ellos están:

**Datos Subjetivos.** En el caso de esta investigación los datos subjetivos estarán compuestos por los datos aportados por la hermana de la paciente y el personal de enfermería que labora en el área de UCI durante entrevista realizada por la investigadora. Estos incluyen sentimientos, percepciones y preocupaciones.

**Datos Objetivos.** En el caso de esta investigación los datos objetivos se obtuvieron a través del examen físico por sistemas, medición de signos vitales, entre otros.

**Problemas y Necesidades.** Son las manifestaciones de salud que presenta la paciente, las cuales fueron identificadas mediante la valoración de los datos subjetivos y objetivos encontrados.

**Patrones Funcionales de la Salud.** Es el enunciado teórico alterado según la teoría de Marjory Gordon.

**Requisito de Autocuidado.** Es el enunciado teórico que no se cumple según la teoría de Dorothea Orem: Déficit de Autocuidado.

**Diagnóstico de Enfermería.** Son las etiquetas diagnósticas según North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2021-2023).

#### ***4.4.4 Planes de cuidado***

Salusplay (2022) describe los planes de cuidado como “la organización y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”. De este modo, pueden ser aplicadas las actividades e intervenciones de enfermería que concuerden con las necesidades, respuestas humanas y características de cada persona.

En esta perspectiva, en relación al estudio de caso realizado y a los datos recopilados por parte de la investigadora, en función de diseñar y aplicar planes de cuidados específicos, acorde a las necesidades de la paciente y familia, para ello se implementaron diagnósticos utilizando la etiqueta adecuada según la taxonomía NANDA (2021-2023). Luego se seleccionaron los criterios de resultados (Taxonomía NOC, 2018) y se determinaron las intervenciones (Taxonomía NIC, 2018), con las actividades sugeridas para obtener el resultado deseado y su posterior evaluación.

A continuación, se presentan los planes de cuidados de enfermería para cada uno de los cuadros analíticos y diagnósticos de enfermería previamente identificados.



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO NUEVA ESPARTA  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 22**

*Cuadro Analítico sobre el Patrón de Actividad y Ejercicio y el Requisito de Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.*

<b>Datos Subjetivos</b>	<b>Datos Objetivos</b>	<b>Problema</b>	<b>Patrón de Marjory alterado</b>	<b>Diagnóstico Real</b>
Paciente refiere: "Me falta el aire y me siento muy cansada al hablar o moverme"	-Taquipnea: 27 resp/min  -Hipoxia (SaO <sub>2</sub> ): 83%  -Crepitantes en base y tercio medio del pulmón derecho.  -Oxigenoterapia alto flujo mediante sistema Venturi a 10L/min y FiO <sub>2</sub> : 90%	Dificultad respiratoria	<b>Patrón N° IV</b> Actividad y ejercicio	(00032) Patrón respiratorio ineficaz r/c invasión de microorganismos patógenos m/p hipoxia
		<b>Necesidad</b>	<b>Requisito de Oren insatisfecho</b>	
		Oxigenación	<b>Requisito N° 1</b> Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	

**Fuente:** Datos obtenidos mediante entrevista y examen físico realizado a la paciente objeto de estudio y por medio de la guía estandarizada NANDA (2021-2023).

**Cuadro 23**

*Plan de cuidado sobre Patrón de Actividad y Ejercicio y el Requisito de Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.*

Diagnóstico Real: (00032) Patrón respiratorio ineficaz r/c invasión de microorganismos patógenos m/p hipoxia.									
Dominio 4: Actividad/descanso			Clase 4: Respuestas cardiovasculares						
Enunciado Teórico	Criterio de Resultado (NOC)	Plan	Intervención (NIC)	Criterio de Evaluación (Escala de Medición CRE)					
<p><b>MG. Patrón IV Actividad y ejercicio:</b> Capacidad del individuo para realizar actividades físicas y deportivas, nivel de ejercicio, movilidad y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria para mejorar o mantener la salud, además de la presencia de dolor o limitaciones en la actividad física debido a condiciones de salud subyacentes y la capacidad del individuo para adaptarse a cambios en su nivel de actividad física.</p> <p><b>DO. Requisito 1 Mantenimiento de un aporte suficiente de aire:</b> Es una función indispensable para la vida, debido a que es la capacidad de la persona para mantener una correcta oxigenación, en los niveles adecuados y con el apropiado intercambio de gases.</p>	(0415) Estado respiratorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colocar al paciente en posición semi-fowler.</li> <li>- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.</li> <li>- Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema gradual Venturi.</li> <li>- Administrar oxígeno según ordenes médicas.</li> <li>- Vigilar el flujo de litros de oxígeno.</li> <li>- Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita.</li> <li>- Vigilar signos vitales haciendo énfasis en el patrón respiratorio.</li> <li>- Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría arterial) según corresponda.</li> <li>- Observar si se producen lesiones de la piel por la fricción del dispositivo de oxígeno.</li> </ul>	(3320) Oxigenoterapia	6. Grado de suficiencia en cantidad o calidad para conseguir un estado deseado.					
	<b>Dominio</b>		(II) Salud fisiológica	<b>Dominio</b>	<b>DG</b>	<b>DS</b>	<b>DM</b>	<b>DL</b>	<b>SD</b>
	<b>Clase</b>		(E) Cardiopulmonar	(II) Fisiológico complejo	1	2	3	4	5
						(A)		(D)	
					<b>Clase</b>	<b>Indicadores</b>		<b>A</b>	<b>D</b>
			(K) Control respiratorio	(041501)		2	4		
				(041503)		2	4		
				(041508)		2	4		
				(041513)		4	5		
				(041514)		2	5		

**Fuente:** Datos obtenidos por medio de la guía estandarizada NANDA (2021-2023), la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2018).

**Cuadro 24***Indicadores del Estado respiratorio.*

<b>Indicadores NOC</b>	<b>Desviación grave (1)</b>	<b>Desviación sustancial (2)</b>	<b>Desviación moderada (3)</b>	<b>Desviación leve (4)</b>	<b>Sin desviación (5)</b>
(041501) Frecuencia respiratoria		2 (A)		4(D)	
(041503) Profundidad de la inspiración		2 (A)		4 (D)	
(041508) Saturación de oxígeno		2(A)		4(D)	
(041513) Cianosis				4 (A)	5 (D)
(041514) Disnea en reposo		2 (A)			5 (D)

**Fuente:** Datos obtenidos por medio de la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018)



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO NUEVA ESPARTA  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 25**

*Cuadro Analítico sobre el patrón Actividad y ejercicio y el requisito de Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo.*

<b>Datos Subjetivos</b>	<b>Datos Objetivos</b>	<b>Problema</b>	<b>Patrón de Marjory alterado</b>	<b>Diagnóstico Real</b>
Paciente refiere: "Me siento muy agitada y cansada por esta enfermedad que tengo, paso todo el día acostada no me puedo ni mover porque me canso más"	-Disnea de esfuerzo  -Hiperventilación	Cansancio	<b>Patrón N° IV</b> Actividad y ejercicio	(00093) Fatiga <b>r/c</b> desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno <b>m/p</b> disnea de esfuerzo.
		<b>Necesidad</b>	<b>Requisito de Oren insatisfecho</b>	
		Oxigenación	<b>Requisito N° 1</b> Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	

**Fuente:** Datos obtenidos mediante entrevista y examen físico realizado a la paciente objeto de estudio y por medio de la guía estandarizada NANDA (2021-2023).

**Cuadro 26**

*Plan de cuidado sobre el patrón Actividad y ejercicio y el requisito de Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo.*

Diagnóstico Real: (00093) Fatiga r/c desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno m/p disnea de esfuerzo									
Dominio 4: Actividad/descanso			Clase 3: Balance de energía.						
Enunciado Teórico	Criterio de Resultado (NOC)	Plan	Intervención (NIC)	Criterio de Evaluación (Escala de Medición CRE)					
<p><b>MG. Patrón IV Actividad y ejercicio:</b> Capacidad del individuo para realizar actividades físicas y deportivas, nivel de ejercicio, movilidad y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria para mejorar o mantener la salud, además de la presencia de dolor o limitaciones en la actividad física debido a condiciones de salud subyacentes.</p> <p><b>DO. Requisito 1 Mantenimiento de un aporte suficiente de aire:</b> Es una función indispensable para la vida, debido a que es la capacidad de la persona para mantener una correcta oxigenación, en los niveles adecuados y con el apropiado intercambio de gases.</p>	(0005) Tolerancia a la actividad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar los déficits del estado fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo.</li> <li>-Administrar oxígeno según ordenes médicas. Fio2: 100% a razón de 15 litros por min.</li> <li>- Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzos de las respiraciones</li> <li>- Evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales supraclaviculares.</li> <li>- Monitorizar los patrones de respiración.</li> <li>- Aplicar sensores de oxígeno continuos no invasivos.</li> <li>- Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad.</li> <li>- Realizar gases arteriales.</li> <li>- Seleccionar intervenciones para reducir la fatiga combinando medidas farmacológicas y no farmacológicas.(Nebulizaciones c/ 8 horas)</li> </ul>	(3320) Oxigenoterapia (3350) Monitorización respiratoria. (0108) Manejo de la energía	17. Grado de proximidad a un estado deseado					
	<b>Dominio</b>			<b>Dominio</b>	<b>GC</b>	<b>SC</b>	<b>MC</b>	<b>LC</b>	<b>NC</b>
	(I) Salud funcional			(II) Fisiológico complejo (I) Fisiológico básico	1	(A)	3	4	5
	<b>Clase</b>			<b>Clase</b>	<b>Indicadores</b>		<b>A</b>	<b>D</b>	
(A) Mantenimiento de la energía		(K) Control respiratorio (A) Control de actividad y ejercicio	(000501)			2	4		
			(000503)			2	4		
			(000508)			2	4		
			(000519)			1	5		
			(000520)			2	5		

**Fuente:** Datos obtenidos por medio de la guía estandarizada NANDA (2021-2023), la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2018).

**Cuadro 27***Indicadores de Tolerancia a la actividad*

<b>Indicadores NOC</b>	<b>Gravemente comprometido (1)</b>	<b>Sustancialmente comprometido (2)</b>	<b>Moderadamente comprometido (3)</b>	<b>Levemente comprometido (4)</b>	<b>No comprometido (5)</b>
(000501) Saturación de oxígeno en respuesta a la actividad		2 (A)		4 (D)	
(000503) Frecuencia respiratoria en respuesta a la actividad		2 (A)		4 (D)	
(000508) Esfuerzo respiratorio en respuesta a la actividad		2 (A)		4 (D)	
(000519) Tolerancia a la actividad física	1 (A)				5 (D)
(000520) Coordinación del movimiento		2 (A)			5 (D)

**Fuente:** Datos obtenidos por medio de la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018)



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO NUEVA ESPARTA  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 28**

*Cuadro Analítico sobre el Patrón Nutricional - metabólico.*

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problema	Patrón de Marjory alterado	Diagnóstico Real
Paciente refiere que "Me está dando mucha fiebre alta por esta enfermedad que tengo"	-Temperatura corporal: 39.5°C	Aumento de la temperatura corporal	<b>Patrón N° II Nutricional</b> - metabólico	(00007) Hipertermia <b>r/c</b> proceso infeccioso <b>m/p</b> temperatura corporal: 39.5°C
	-Febril al tacto	<b>Necesidad</b>		
		Termorregulación		

**Fuente:** Datos obtenidos mediante entrevista y examen físico realizado a la paciente objeto de estudio y por medio de la guía estandarizada NANDA (2021-2023).

**Cuadro 29**

*Plan de cuidado sobre el Patrón Nutricional – metabólico.*

<b>Diagnóstico Real:</b> Hipertermia r/c proceso infeccioso m/p temperatura corporal: 39.5°C.									
<b>Dominio 11:</b> Seguridad/protección			<b>Clase 6:</b> Termorregulación						
<b>Enunciado Teórico</b>	<b>Criterio de Resultado (NOC)</b>	<b>Plan</b>	<b>Intervención (NIC)</b>	<b>Criterio de Evaluación</b>					
<p><b>MG. Patrón II. Nutricional-Metabólico.</b> Se centra en la ingesta de alimentos y líquidos en relación con las necesidades metabólicas. Horarios de comida, preferencias y suplementos, problemas en la ingesta, altura, peso y temperatura, condiciones de piel, mucosas y membranas. Un adecuado equilibrio en este patrón es fundamental para mantener un estado nutricional óptimo y un metabolismo saludable.</p>	(0800) Termorregulación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizar un colchón de enfriamiento, mantas de agua circulante, baños tibios, compresas de hielo o aplicación de compresas de gel, según corresponda.</li> <li>- Instaurar un dispositivo de monitorización de temperatura central continua, si es preciso.</li> <li>- Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas, según corresponda.</li> <li>- Controlar la tensión arterial, pulso y respiración, según corresponda.</li> <li>- Observar el color y temperatura de la piel.</li> <li>- Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada.</li> <li>- Administrar la medicación adecuada para evitar o controlar los escalofríos.</li> <li>- Administrar medicamentos antipiréticos, si está indicado.</li> </ul>	(3900) Regulación de la temperatura	<b>17.</b> Grado de proximidad a un estado deseado.					
	<b>Dominio</b>		(II) Salud fisiológica	<b>Dominio</b>	<b>G</b>	<b>SC</b>	<b>MC</b>	<b>LC</b>	<b>NC</b>
	<b>Clase</b>		(I) Regulación metabólica	(II) Fisiológico: complejo	<b>1</b>	(A)			(D)
				<b>Clase</b>	<b>Indicadores</b>		<b>A</b>	<b>D</b>	
				(M) Termorregulación	(00009)		2	5	
			(00001)		2	5			
			(00019)		2	5			
			(00011)		2	5			

**Fuente:** Datos obtenidos por medio de la guía estandarizada NANDA (2021-2023), la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2018).

**Cuadro 30***Indicadores de Termorregulación.*

<b>Indicadores NOC</b>	<b>Gravemente comprometido (1)</b>	<b>Sustancialmente comprometido (2)</b>	<b>Moderadamente comprometido (3)</b>	<b>Levemente comprometido (4)</b>	<b>No comprometido (5)</b>
(00009) Presencia de piel de gallina cuando hace frío		2 (A)			5 (D)
(00001) Temperatura cutánea aumentada		2 (A)			5 (D)
(00019) Hipertermia		2 (A)			5 (D)
(00011) Tiritona con el frío		2 (A)			5 (D)

**Fuente:** Datos obtenidos por medio de la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018)



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO NUEVA ESPARTA  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 31**

*Cuadro Analítico sobre el patrón de Actividad y ejercicio y el requisito de Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo.*

<b>Datos Objetivos</b>	<b>Problema</b>	<b>Patrón de Marjory alterado</b>	<b>Diagnóstico Riesgo</b>
-Permanencia en cama	Deterioro de la movilidad	<b>Patrón N° IV</b> Actividad y ejercicio	(00304) Riesgo de lesiones por presión en adultos <b>r/c</b> disminución de la movilidad física.
-Dificultad para moverse			
-Disnea de esfuerzo			
	<b>Necesidad</b>	<b>Requisito de Orem insatisfecho</b>	
	Controlar la aparición de lesiones por presión	<b>Patrón N° 5</b> Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo	

**Fuente:** Datos obtenidos mediante entrevista y examen físico realizado a la paciente objeto de estudio y por medio de la guía estandarizada NANDA (2021-2023).

**Cuadro 32**

*Plan de cuidado sobre el patrón de Actividad y ejercicio y el requisito de Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo.*

Diagnóstico de Riesgo: (00304) Riesgo de lesiones por presión en adultos r/c disminución de la movilidad física.								
Dominio 11: Seguridad/protección			Clase 2: Lesión física					
Enunciado Teórico	Criterio de Resultado (NOC)	Plan	Intervención (NIC)	Criterio de Evaluación				
<p><b>MG. Patrón IV Actividad y ejercicio:</b> Capacidad del individuo para realizar actividades físicas y deportivas, nivel de ejercicio, movilidad y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria para mejorar o mantener la salud, además de la presencia de dolor o limitaciones en la actividad física debido a condiciones de salud subyacentes.</p> <p><b>DO. Requisito 5 Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo:</b> Capacidad mediante la cual el ser humano equilibra las horas de sueño y descanso que les permiten estar renovados y repuestos, con las actividades requeridas para un sano desenvolvimiento, evitando así el sedentarismo u otras posibles repercusiones a la salud, debido a la inactividad.</p>	(0208) Movilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colocar sobre un colchón o cama terapéuticos adecuados.</li> <li>- Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición según corresponda.</li> <li>- Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición.</li> <li>- Colocar la posición terapéutica específica.</li> <li>- Colocar en una posición que alivie la disnea.</li> <li>- Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, según el programa específico, según corresponda.</li> <li>- Evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas.</li> <li>- Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.</li> <li>- Colocar en la cama una base de apoyo para los pies.</li> <li>- Vigilar el estado de la piel.</li> </ul>	(0840) Cambio de posición	<p><b>06.</b> Grado de suficiencia en cantidad o calidad para conseguir un estado deseado.</p>				
	<b>Dominio</b>		<b>Dominio</b>			<b>GC</b>	<b>SC</b>	<b>MC</b>
	(I) Salud funcional		(I) Fisiológico básico	1	2	3	4	5
	<b>Clase</b>		<b>Clase</b>	<b>Indicadores</b>		<b>A</b>	<b>D</b>	
(C) Movilidad	(C) Control de inmovilidad	(020802)		2	5			
		(020814)		2	5			
		(020806)		1	5			

**Fuente:** Datos obtenidos por medio de la guía estandarizada NANDA (2021-2023), la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2018).

**Cuadro 33***Indicadores de Movilidad*

<b>Indicadores NOC</b>	<b>Gravemente comprometido (1)</b>	<b>Sustancialmente comprometido (2)</b>	<b>Moderadamente comprometido (3)</b>	<b>Levemente comprometido (4)</b>	<b>No comprometido (5)</b>
(020802) Mantenimiento de la posición corporal		2 (A)			5 (D)
(020814) Se mueve con facilidad		2 (A)			5 (D)
(020806) Ambulación	1 (A)				5 (D)

**Fuente:** Datos obtenidos por medio de la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018)



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO NUEVA ESPARTA  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 34**

*Cuadro Analítico sobre el Patrón Percepción de la salud y el Requisito de Prevención de riesgos.*

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problema	Patrón de Marjory alterado	Diagnóstico Real
Paciente refiere: "Acudo al médico cuando siento que ya estoy muy mal, no me gusta tomar pastillas ni mucho menos que me estén puyando, para todas las gripes que me han dado siempre me tomo mi guarapito de malohillo con limón y eso me ayuda bastante"	-Uso de medicina natural	-Falta de conocimiento	<b>Patrón N° 1</b> Percepción y control de la salud	(00099) Mantenimiento ineficaz de la salud <b>r/c</b> acudir de manera tardía al médico <b>manifestado</b> verbalmente.
	-Disgusto de tratamiento farmacológico	-Descuido		
	-Carencia de medidas preventivas	<b>Necesidad</b>	<b>Requisito de Orem insatisfecho</b>	
		Promoción de la salud	<b>Requisito N° 7</b> Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	

**Fuente:** Datos obtenidos mediante entrevista y examen físico realizado a la paciente objeto de estudio y por medio de la guía estandarizada NANDA (2021-2023).

**Cuadro 35**

*Plan de cuidado sobre el Patrón Percepción de la salud y el Requisito de Prevención de riesgos.*

<b>Diagnóstico Real:</b> (00099) Mantenimiento ineficaz de la salud r/c acudir de manera tardía al médico manifestado verbalmente									
<b>Dominio 1:</b> Promoción de la salud			<b>Clase 2:</b> Manejo de la salud						
<b>Enunciado Teórico</b>	<b>Criterio de Resultado (NOC)</b>	<b>Plan</b>	<b>Intervención (NIC)</b>	<b>Criterio de Evaluación (Escala de Medición CRE)</b>					
<p><b>MG. Patrón I Percepción y control de la salud:</b> Percepción que tiene el individuo para identificar y reconocer síntomas de enfermedad, comprender los factores de riesgo y la importancia de los controles de salud, así como su capacidad para buscar y utilizar recursos de atención médica de manera efectiva, adoptar estilos de vida saludables y tomar medidas para prevenir enfermedades.</p> <p><b>DO. Requisito 7 Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano:</b> Esta capacidad les proporciona a los seres humanos una forma de mantener la integridad física y mental de sí mismo y de terceros, con el conocimiento de todos los peligros potenciales de su entorno.</p>	(1602) Conducta de fomento de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer una relación de confianza.</li> <li>- Seleccionar métodos/estrategias adecuadas de enseñanza del paciente.</li> <li>- Ofrecer charlas educativas fomentando información acerca de medidas farmacológicas y preventivas para la salud, como la importancia de acudir al médico.</li> <li>- Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos del paciente.</li> <li>- Determinar la motivación del paciente para asimilar información específica.</li> <li>- Ajustar la instrucción para facilitar el aprendizaje, según proceda.</li> <li>- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y exprese sus inquietudes.</li> <li>- Incluir a la familia si es adecuado.</li> </ul>	(5606) Enseñanza: individual	20. Grado de información cognitiva que se comprende.					
	(1902) Control de riesgos		<b>Dominio</b>	(III) Conductual	ND 1	RD 2	AD 3	FD 4	SD 5
	(IV) Conocimiento y conducta de la salud				(A)				(D)
	<b>Clase</b>		<b>Indicadores</b>	<b>A</b>	<b>D</b>				
	(Q) Conducta de salud		(S) Educación de los pacientes	(160201)	2	5			
	(T) Control de riesgos			(160203)	2	5			
				(190219)	2	5			
		(190220)	2	5					
		(190201)	2	5					
		(190208)	2	5					
		(190221)	1	5					
		(190209)	1	5					

**Fuente:** Datos obtenidos por medio de la guía estandarizada NANDA (2021-2023), la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2018).

**Cuadro 36***Indicadores de la conducta de fomento de salud.*

<b>Indicadores NOC</b>	<b>Nunca demostrado (1)</b>	<b>Raramente demostrado (2)</b>	<b>A veces demostrado (3)</b>	<b>Frecuentemente demostrado (4)</b>	<b>Siempre demostrado (5)</b>
(160201) Utiliza conductas para evitar los riesgos		2 (A)		4 (D)	
(160203) Supervisa los riesgos de la conducta personal		2 (A)		4 (D)	

**Fuente:** Datos obtenidos por medio de la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018)

**Cuadro 37***Indicadores de control de riesgos.*

<b>Indicadores NOC</b>	<b>Nunca demostrado (1)</b>	<b>Raramente demostrado (2)</b>	<b>A veces demostrado (3)</b>	<b>Frecuentemente demostrado (4)</b>	<b>Siempre demostrado (5)</b>
(190219) Busca información actual sobre riesgos de la salud		2 (A)			5 (D)
(190220) Identifica los factores de riesgo		2 (A)			5 (D)
(190201) Reconoce los factores de riesgos personales		2 (A)			5 (D)
(190208) Modifica el estilo de vida para reducir los riesgos		2 (A)			5 (D)
(190221) Reconoce la capacidad de cambiar de conducta	1 (A)				5 (D)
(190209) Evita exponerse a las amenazas para la salud	1(A)				5 (D)

**Fuente:** Datos obtenidos por medio de la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018)



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO NUEVA ESPARTA  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 38**

*Cuadro Analítico sobre el patrón de Actividad y ejercicio.*

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problema	Patrón de Marjory alterado	Diagnóstico Real
Paciente refiere: "Me siento muy agitada y cansada por esta enfermedad que tengo, paso todo el día acostada no me puedo ni mover porque me canso más y por lo tanto necesito ayuda para todo, para cambiar de posición, comer y bañarme"	-Aseo corporal insuficiente	Estado de higiene	<b>Patrón N° IV</b> Actividad y ejercicio	(00108) Déficit en el autocuidado personal del baño <b>r/c</b> incapacidad para lavar total o parcialmente el cuerpo <b>manifestado</b> verbalmente.
		<b>Necesidad</b>		
		Falta de Higiene corporal		

**Fuente:** Datos obtenidos mediante entrevista y examen físico realizado a la paciente objeto de estudio y por medio de la guía estandarizada NANDA (2021-2023).

**Cuadro 39**

*Plan de cuidado sobre el patrón de Actividad y ejercicio y el requisito de Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo.*

<b>Diagnóstico Real:</b> (00108) Déficit en el autocuidado personal del baño r/c incapacidad para lavar total o parcialmente el cuerpo manifestado verbalmente.									
<b>Dominio 4:</b> Actividad/descanso			<b>Clase 5:</b> Autocuidado						
Enunciado Teórico	Criterio de Resultado (NOC)	Plan	Intervención (NIC)	Criterio de Evaluación					
<p><b>MG. Patrón IV Actividad y ejercicio:</b> Capacidad del individuo para realizar actividades físicas y deportivas, nivel de ejercicio, movilidad y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria para mejorar o mantener la salud, además de la presencia de dolor o limitaciones en la actividad física debido a condiciones de salud subyacentes.</p> <p><b>DO. Requisito 5 Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo:</b> Capacidad mediante la cual el ser humano equilibra las horas necesarias de sueño y descanso para estar renovados y repuestos, con las actividades requeridas para un sano desenvolvimiento, evitando así el sedentarismo u otras posibles repercusiones a la salud, debido a la inactividad.</p>	(0301) Autocuidado: baño	<p>-Ayudar con la ducha en silla, bañera, baño con paciente encamado, ducha de pie o baño de asiento, según corresponda o desee.</p> <p>- Lavar el cabello si es necesario y desea.</p> <p>- Realizar el baño con el agua a temperatura agradable.</p> <p>- Ayudar con el cuidado perineal, si es necesario.</p> <p>- Ayudar con las medidas de higiene (utilizar perfume o desodorante).</p> <p>- Realizar el lavado de pies, si es necesario.</p> <p>- Afeitar al paciente, si está indicado.</p> <p>- Aplicar ungüentos y crema hidratante en las zonas de piel seca.</p> <p>- Inspeccionar el estado de la piel durante el baño</p>	(1610) Baño	06. Grado de suficiencia en cantidad o calidad para conseguir un estado deseado.					
	<b>Dominio</b>		(I) Salud funcional	<b>Dominio</b>	<b>GC</b>	<b>SC</b>	<b>MC</b>	<b>LC</b>	<b>NC</b>
	<b>Clase</b>		(D) Autocuidado	Fisiológico: básico	1	2	3	4	5
					(A)				(D)
					<b>Clase</b>	<b>Indicadores</b>		<b>A</b>	<b>D</b>
					(F) Facilitación del autocuidado	(030101)		1	5
						(030108)		1	5
				(030109)		1	5		
				(030114)		1	5		
				(030115)		1	5		
				(030116)		1	5		
				(030111)		1	5		

**Fuente:** Datos obtenidos por medio de la guía estandarizada NANDA (2021-2023), la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2018).

**Cuadro 40***Indicadores de Autocuidado: baño*

<b>Indicadores NOC</b>	<b>Gravemente comprometido (1)</b>	<b>Sustancialmente comprometido (2)</b>	<b>Moderadamente comprometido (3)</b>	<b>Levemente comprometido (4)</b>	<b>No comprometido (5)</b>
(030101) Entra y sale del cuarto de baño	1 (A)				5 (D)
(030108) Se baña en la bañera	1 (A)				5 (D)
(030109) Se baña en la ducha	1 (A)				5 (D)
(030114) Se lava la parte superior del cuerpo	1 (A)				5 (D)
(030115) Se lava la parte inferior del cuerpo	1 (A)				5 (D)
(030116) Se lava la parte perineal	1 (A)				5 (D)
(030111) Seca el cuerpo	1 (A)				5 (D)

**Fuente:** Datos obtenidos por medio de la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018)



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO NUEVA ESPARTA  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 41**

*Cuadro Analítico sobre los patrones Nutricional - metabólico, Actividad y ejercicio y los Requisitos de Mantenimiento de un aporte adecuado de agua y alimentos.*

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problema	Patrón de Marjory alterado	Diagnóstico Real
Paciente refiere "Anteriormente tomaba abundante agua de 1,5 a 2 litros diarios, además llevo alimentación sana. Actualmente no se cuánto me dan de agua, sigo una dieta con mucha proteína y baja en sal doblemente licuada como lo ordenaron los médicos a través de esta sonda, ya que necesito ayuda porque no lo puedo hacer yo misma debido a la falta de aire al quitarme la mascarilla"	-Disnea de esfuerzo	Incapacidad para alimentarse e hidratarse por sí misma	<b>Patrón N° II</b> Nutricional - metabólico  <b>Patrón N° IV</b> Actividad y ejercicio	(00102) Déficit de autocuidado: alimentación <b>r/c</b> fatiga <b>m/p</b> dificultad para alimentarse a sí mismo de manera aceptable.
		<b>Necesidad</b>	<b>Requisito de Orem insatisfecho</b>	
		Alimentación e hidratación independiente	<b>Requisito N° 2</b> Mantenimiento de un aporte adecuado de agua  <b>Requisito N° 3</b> Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos	

**Fuente:** Datos obtenidos mediante entrevista y examen físico realizado a la paciente objeto de estudio y por medio de la guía estandarizada NANDA (2021-2023).

**Cuadro 42**

*Plan de cuidado sobre los patrones Nutricional - metabólico, Actividad y ejercicio y los Requisitos de Mantenimiento de un aporte adecuado de agua y alimentos.*

Diagnóstico Real: (00102) Déficit de autocuidado: alimentación r/c fatiga m/p dificultad para alimentarse a sí mismo de manera aceptable.									
Dominio 4: Actividad/reposo			Clase 5: Autocuidado						
Enunciado Teórico	Criterio de Resultado (NOC)	Plan	Intervención (NIC)	Criterio de Evaluación					
<p><b>MD. Patrón II. Nutricional-Metabólico.</b> Se centra en la ingesta de alimentos y líquidos en relación con las necesidades metabólicas. Horarios de comida, preferencias y suplementos, problemas en la ingesta, altura, peso y temperatura, condiciones de piel, mucosas y membranas. Un adecuado equilibrio en este patrón es fundamental para mantener un estado nutricional óptimo y un metabolismo saludable.</p> <p><b>MG. Patrón IV. Actividad y Ejercicio.</b> Capacidad del individuo para realizar actividades físicas y deportivas, nivel de ejercicio, movilidad y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria (higiene, comer, compra, mantenimiento del hogar) para mejorar o mantener la salud, además de la presencia de dolor o limitaciones en la actividad física debido a condiciones de salud subyacentes.</p> <p><b>DO. Requisito 2 Mantenimiento de un aporte adecuado de agua:</b> Es el proceso mediante el cual la persona cumple con el requerimiento adecuado de agua, para mantener los niveles esenciales de la misma en el organismo.</p> <p><b>DO. Requisito 3 Mantenimiento de un aporte adecuado de alimentos:</b> Es la capacidad del ser humano de suministrarse los nutrientes indispensables para subsistir, mediante la ingesta de comida, y su consecuente proceso de masticación y deglución, para lograr así absorber esos nutrientes, y obtener la energía de los mismos para llevar a cabo la actividad diaria.</p>	(1008) Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizar una técnica higiénica y medidas de seguridad en la administración de este tipo de alimentos</li> <li>- Verificar la permeabilidad de la sonda.</li> <li>- Administrar alimentos según dieta establecida.</li> <li>- Colocar la cabecera de la cama del paciente a 30 o 45° durante la alimentación.</li> <li>- Observar si hay sensación de plenitud, náuseas y vómitos.</li> <li>- Vigilar el estado de líquidos y electrolitos.</li> <li>- Comprobar la existencia de residuos cada 4 - 6 horas durante las primeras 24 horas y después cada 8 horas durante la alimentación continuada.</li> <li>- Mantener refrigerados los recipientes abiertos de la alimentación enteral.</li> <li>-Desechar los recipientes de alimentación enteral y los equipos de administración cada 24 horas.</li> <li>- Controlar el estado hidroelectrolítico.</li> <li>- Comprobar el peso tres veces por semana inicialmente, disminuyendo hasta una vez al mes.</li> <li>- Observar si hay signos de edema o deshidratación.</li> <li>- Controlar la ingesta/excreción de líquidos.</li> </ul>	(1056) Alimentación enteral por sonda	<p><b>06. Grado de suficiencia en cantidad o calidad para conseguir un estado deseado.</b></p>					
	<b>Dominio</b>			<b>Dominio</b>	<b>I</b>	<b>LA</b>	<b>MA</b>	<b>SA</b>	<b>CA</b>
	(II) Salud fisiológica			(I) Fisiológico: básico	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	<b>Clase</b>			<b>Clase</b>	(A)				(D)
(K) Digestión nutrición		(D) Apoyo nutricional	<b>Indicadores</b>		<b>A</b>	<b>D</b>			
			(100801)		1	5			
			(100803)		1	5			

**Fuente:** Datos obtenidos por medio de la guía estandarizada NANDA (2021-2023), la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2018).

**Cuadro 43**

*Indicadores de Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos*

<b>Indicadores NOC</b>	<b>Inadecuado (1)</b>	<b>Levemente adecuado (2)</b>	<b>Moderadamente adecuado (3)</b>	<b>Sustancialmente adecuado (4)</b>	<b>Completamente adecuado (5)</b>
(100801) Ingestión alimentaria oral	1 (A)				5 (D)
(100803) Ingestión de líquidos orales	1 (A)				5 (D)

**Fuente:** Datos obtenidos por medio de la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018)



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO NUEVA ESPARTA  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 44**

*Cuadro Analítico sobre el patrón de Adaptación y tolerancia al estrés y el requisito de Promoción de la actividad humana.*

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problema	Patrón de Marjory alterado	Diagnóstico Real
Paciente refiere: "Espero recuperarme pronto porque ya quiero volver a mi casa, no logro adaptarme a estar aquí hospitalizada además no tengo con que distraerme y me siento muy mal ya que no veo a mi familiares frecuentemente, de igual manera estoy muy preocupada por mi estado de salud y trato todos los días de realizar un esfuerzo para controlar el estrés de la hospitalización, pero de verdad que no logro adaptarme, esto es muy difícil para mí"	-Inquietud	-Soledad	<b>Patrón N° X</b> Adaptación y tolerancia al estrés	(00069) Afrontamiento ineficaz <b>r/c</b> apoyo familiar inadecuado <b>m/p</b> expresiones de incapacidad para afrontar la situación.
	-Preocupación	-Poca comunicación con los familiares	<b>Requisito de Orem insatisfecho</b>	
	-Cambios en el estado de ánimo	<b>Necesidad</b>	<b>Requisito N° 8</b> Promoción de la actividad humana	
	-Ausencia de medios de distracción	Establecer un mecanismo de afrontamiento		

**Fuente:** Datos obtenidos mediante entrevista y examen físico realizado a la paciente objeto de estudio y por medio de la guía estandarizada NANDA (2021-2023).

**Cuadro 45**

*Plan de cuidado sobre el patrón de Adaptación y tolerancia al estrés y el requisito de Promoción de la actividad humana.*

Diagnóstico Real: (00069) Afrontamiento ineficaz r/c apoyo familiar inadecuado m/p expresiones de incapacidad para afrontar la situación.																				
Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés			Clase 2: Afrontamiento																	
Enunciado Teórico	Criterio de Resultado (NOC)	Plan	Intervención (NIC)	Criterio de Evaluación																
<p><b>MG. Patrón X Adaptación y tolerancia al estrés:</b> Capacidad del individuo para manejar y responder al estrés en su entorno, al igual que resistir y soportar el estrés a través del desarrollo de estrategias efectivas de afrontamiento que ayudan a mantener un equilibrio emocional y físico.</p> <p><b>DO. Requisito 8 Promoción de la actividad humana:</b> Este requisito describe todas aquellas actividades que el ser humano lleva a cabo, para distraerse, entretenerse y cultivarse, para alcanzar así la plena autorrealización y el refuerzo de la autoestima. Además, menciona la capacidad que deben tener las personas para desempeñar un rol en una organización social, hacerlo con dedicación, empeño e interés.</p>	(1302) Afrontamiento de problemas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.</li> <li>- Determinar cómo afecta al paciente el comportamiento de la familia.</li> <li>- Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.</li> <li>- Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los roles y relaciones.</li> <li>- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.</li> <li>- Estimular la implicación familiar, según corresponda.</li> <li>- Alentar a la familia a verbalizar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo.</li> </ul>	(5240) Asesoramiento	<p><b>13.</b> Frecuencia de aclarar por informe o conducta.</p>																
	<b>Dominio</b>		(5230) Mejorar el afrontamiento																	
	(III) Salud psicosocial		<b>Dominio</b>	(II) Conductual	<table border="1"> <tr> <td>ND</td> <td>RD</td> <td>AD</td> <td>FD</td> <td>SD</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(A)</td> <td></td> <td></td> <td>(D)</td> </tr> </table>	ND	RD	AD	FD	SD	1	2	3	4	5	(A)				(D)
	ND		RD	AD	FD	SD														
1	2	3	4	5																
(A)				(D)																
<b>Clase</b>	<b>Clase</b>	<b>Indicadores</b>	<b>A</b>	<b>D</b>																
(N) Adaptación psicosocial	(R) Ayuda para el afrontamiento	(130201)	2	5																
		(130203)	2	5																
		(130205)	2	5																

**Fuente:** Datos obtenidos por medio de la guía estandarizada NANDA (2021-2023), la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2018).

**Cuadro 46**

*Indicadores de Afrontamiento de problemas.*

<b>Indicadores NOC</b>	<b>Nunca demostrado (1)</b>	<b>Raramente demostrado (2)</b>	<b>A veces demostrado (3)</b>	<b>Frecuentemente demostrado (4)</b>	<b>Siempre demostrado (5)</b>
(130201) Identifica patrones de superación eficaces		2 (A)			5 (D)
(130203) Verbalizar sensación de control		2 (A)			5 (D)
(130205) Verbalizar aceptación de la situación		2 (A)			5 (D)

**Fuente:** Datos obtenidos por medio de la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018)



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO NUEVA ESPARTA  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 47**

*Cuadro Analítico sobre el Patrón Rol y relaciones y el Requisito de Mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción humana.*

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problema	Patrón de Marjory alterado	Diagnóstico Real
Paciente refiere: "Tras la hospitalización siento que todo cambió, no he podido continuar con mis relaciones familiares e interpersonales ya que muy poco me vienen a visitar, solo los veo cuando me traen comida, agua y sábanas, me siento muy sola y abandonada y eso me pone muy triste.	-Cambios en el estado de ánimo  -Poca visita familiar  -Llanto  -Facies tristes	-Abandono  -Interrupción en el rol social  -Ausencia del cuidador principal	<b>Patrón N° VIII</b> Rol y relaciones	(00251) Control emocional lábil <b>r/c</b> ausencia familiar <b>m/p</b> Llanto.
		<b>Necesidad</b>	<b>Requisito de Orem insatisfecho</b>	
		Apoyo emocional	<b>Requisito N° 6</b> Mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción humana	

**Fuente:** Datos obtenidos mediante entrevista y examen físico realizado a la paciente objeto de estudio y por medio de la guía estandarizada NANDA (2021-2023).

**Cuadro 48**

*Plan de cuidado sobre el Patrón Rol y relaciones y el Requisito de Mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción humana.*

Diagnóstico Real: (00251) Control emocional lábil r/c ausencia familiar m/p Llanto.								
Dominio 5: Percepción/cognición			Clase 4: Cognición					
Enunciado Teórico	Criterio de Resultado (NOC)	Plan	Intervención (NIC)	Criterio de Evaluación				
<p><b>MG. Patrón VIII Rol y relaciones:</b> Conjunto de comportamientos, habilidades y actitudes que una persona tiene en relación con las demás y con su entorno social. Capacidad de establecer y mantener relaciones interpersonales, el nivel de satisfacción en las relaciones, la adaptabilidad a los cambios en las relaciones, entre otros aspectos.</p> <p><b>DO. Requisito 6 Mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción humana:</b> Todos los seres humanos debemos mantener relaciones sanas y estables con todos en nuestro entorno, y evitar el aislamiento que ocasiona vivir en soledad. Por esa razón, este requisito nos enuncia que debe haber un equilibrio entre las relaciones sociales y la soledad.</p>	(1204) Equilibrio emocional (2609) Apoyo familiar durante el tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones</li> <li>- Realizar afirmaciones empáticas y de apoyo</li> <li>- Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.</li> <li>- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.</li> <li>- Explicar al familiar el estado de salud del paciente, así como los deseos y necesidades de la misma.</li> <li>- Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos.</li> <li>- Observar la situación familiar actual y la red de apoyo.</li> <li>- Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas.</li> </ul>	(5270) Apoyo emocional (5440) Aumentar los sistemas de apoyo.	11. Frecuencia de una percepción o características afirmativas o de aceptación.				
	<b>Dominio</b>		(V) Salud percibida (III) Salud psicosocial (VI) Salud familiar	<b>Dominio</b>	ND	RS	AD	FD
	<b>Clase</b>		(III) Conductual	1	2	3	4	5
				(A)			(D)	
			<b>Clase</b>	<b>Indicadores</b>		<b>A</b>	<b>D</b>	
	(U) Salud y calidad de vida		(R) Ayuda para el afrontamiento	(120401)		1	4	
	(M) Bienestar psicológico			(120402)		1	4	
	(X) Bienestar familiar			(260901)		2	4	
				(260902)		1	4	
				(260906)		2	4	
				(260907)		1	4	
				(260908)		1	4	
				(260915)		1	4	

**Fuente:** Datos obtenidos por medio de la guía estandarizada NANDA (2021-2023), la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2018).

**Cuadro 49***Indicadores de Equilibrio emocional.*

<b>Indicadores NOC</b>	<b>Gravemente comprometido (1)</b>	<b>Sustancialmente comprometido (2)</b>	<b>Moderadamente comprometido (3)</b>	<b>Levemente comprometido (4)</b>	<b>No comprometido (5)</b>
(120401) Muestra un afecto adecuado a la situación	1 (A)			4 (D)	
(120402) Muestra un estado de ánimo sereno	1 (A)			4 (D)	

**Fuente:** Datos obtenidos por medio de la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018)

**Cuadro 50***Indicadores de Apoyo familiar durante el tratamiento.*

<b>Indicadores NOC</b>	<b>Nunca demostrado (1)</b>	<b>Raramente demostrado (2)</b>	<b>A veces demostrado (3)</b>	<b>Frecuentemente demostrado (4)</b>	<b>Siempre demostrado (5)</b>
(260901) Los miembros expresan deseo de apoyar al miembro enfermo		2 (A)		4 (D)	
(260902) Los miembros expresan sentimientos y emociones de preocupación respecto al miembro enfermo	1 (A)			4 (D)	
(260906) Los miembros mantienen la comunicación con el miembro enfermo		2 (A)		4 (D)	
(260907) Los miembros animan al miembro enfermo	1 (A)			4 (D)	
(260908) Los miembros proporcionan contacto reconfortante al miembro enfermo	1 (A)			4 (D)	
(260915) Busca apoyo social para el miembro enfermo	1 (A)			4 (D)	

**Fuente:** Datos obtenidos por medio de la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018)



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO NUEVA ESPARTA  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 51**

*Cuadro Analítico sobre el patrón de Autopercepción y Autoconcepto.*

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problema	Patrón de Marjory alterado	Diagnóstico Real
Paciente refiere: "Me siento inútil y muy triste porque estoy consciente de que no tengo la capacidad para cuidar de mi misma, para todo necesito ayuda y no me gusta molestar ni ser una carga para nadie"	-Cambios en el estado de ánimo	Mala percepción del yo	<b>Patrón N° VII</b> Autopercepción y autoconcepto	(00120) Baja autoestima situacional <b>r/c</b> deterioro funcional <b>m/p</b> de expresiones de desesperanza.
		<b>Necesidad</b>		
		Seguridad		

**Fuente:** Datos obtenidos mediante entrevista y examen físico realizado a la paciente objeto de estudio y por medio de la guía estandarizada NANDA (2021-2023).

**Cuadro 52**

*Plan de cuidado sobre el patrón de Autopercepción y Autoconcepto.*

Diagnóstico Real: 00120) Baja autoestima situacional r/c deterioro funcional m/p expresiones de desesperanza									
Dominio 6: Autopercepción			Clase 2: Autoestima						
Enunciado Teórico	Criterio de Resultado (NOC)	Plan	Intervención (NIC)	Criterio de Evaluación					
<b>MG. Patrón VIII Autopercepción y autoconcepto:</b> Capacidad de cómo la persona se ve a sí misma, cómo valora su autoestima (imagen corporal, identidad personal, autoestima, sentido general de valía), la forma en que la persona percibe su cuerpo, capacidad para cuidarse a sí misma.	(1205) Autoestima	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes.</li> <li>- Animar al paciente a conversar consigo mismo y a verbalizar autoafirmaciones positivas a diario.</li> <li>- Abstenerse de realizar críticas negativas.</li> <li>- Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.</li> <li>- Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros, según corresponda.</li> <li>- Animar al paciente a evaluar su propia conducta.</li> <li>- Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.</li> <li>- Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.</li> </ul>	(5400) Potenciación de la autoestima	<b>11.</b> Frecuencia de una percepción o características afirmativas o de aceptación.					
	<b>Dominio</b>		(5270) Apoyo emocional						
	(III) Salud psicosocial		<b>Dominio</b>		<b>NP</b>	<b>RP</b>	<b>AP</b>	<b>FP</b>	<b>SP</b>
	<b>Clase</b>		(III) Conductual		1	2	3	4	5
	(M) Bienestar psicológico		(R) Ayuda para el afrontamiento				3 (A)		5 (D)
	<b>Indicadores</b>	<b>A</b>	<b>D</b>						
	(120501)	3	4						
	(120502)	3	5						
	(120505)	2	4						
	(120519)	3	5						

**Fuente:** Datos obtenidos por medio de la guía estandarizada NANDA (2021-2023), la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2018).

**Cuadro 53***Indicadores Autoestima.*

<b>Indicadores NOC</b>	<b>Nunca positivo (1)</b>	<b>Raramente positivo (2)</b>	<b>A veces positivo (3)</b>	<b>Frecuentemente positivo (4)</b>	<b>Siempre positivo (5)</b>
(120501) Verbalizaciones de autoaceptación.			3 (A)	4 (D)	
(120502) Aceptación de las propias limitaciones			3 (A)		5 (D)
(120505) Descripción del yo		2 (A)		4 (D)	
(120519) Sentimientos sobre su propia persona			3 (A)		5 (D)

**Fuente:** Datos obtenidos por medio de la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018)



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO NUEVA ESPARTA  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 54**

*Cuadro Analítico sobre el patrón Rol y relaciones y el requisito de Mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción humana.*

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problema	Patrón de Marjory alterado	Diagnóstico Real
Paciente refiere: "Anteriormente no tenía dificultad para relacionarme con las personas, tenía buena relación y comunicación con mi familia y amigos. Ahora estando hospitalizada siento que todo cambió, no he podido continuar con mis relaciones familiares ya que muy poco me vienen a visitar, yo sé que tienen su vida, y responsabilidades pero solo los veo cuando me traen comida, agua y sábanas, me siento muy sola y abandonada.	-Cambios en el estado de ánimo  -Ausencia de acompañante  -Poca visita familiar	-Abandono  -Interrupción en el rol social  -Ausencia del cuidador principal	<b>Patrón N° VIII</b> Rol y relaciones	(00061) Tensión del rol del cuidador <b>r/c</b> falta de tiempo <b>m/p</b> abandono a la paciente.
		<b>Necesidad</b>	<b>Requisito de Orem insatisfecho</b>	
		Apoyo emocional	<b>Requisito N° 6</b> Mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción humana	

**Fuente:** Datos obtenidos mediante entrevista y examen físico realizado a la paciente objeto de estudio y por medio de la guía estandarizada NANDA (2021-2023).

**Cuadro 55**

*Plan de cuidado sobre el patrón Rol y relaciones y el requisito de Mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción humana.*

<b>Diagnóstico Real:</b> Tensión del rol del cuidador r/c falta de tiempo m/p abandono a la paciente.							
<b>Dominio 7:</b> Relación de roles			<b>Clase 1:</b> Roles de cuidados				
<b>Enunciado Teórico</b>	<b>Criterio de Resultado (NOC)</b>	<b>Plan</b>	<b>Intervención (NIC)</b>	<b>Criterio de Evaluación</b>			
<p><b>MG. Patrón VIII Rol y relaciones:</b> Capacidad de establecer y mantener relaciones interpersonales, el nivel de satisfacción en las relaciones, la adaptabilidad a los cambios en las relaciones, entre otros aspectos.</p> <p><b>DO. Requisito 6 Mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción humana:</b> Todos los seres humanos debemos mantener relaciones sanas y estables con todos en nuestro entorno, esto nos ayudará a evitar el aislamiento que ocasiona vivir en soledad.</p>	(2203) Alteración del estilo de vida del cuidador principal	<p>-Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia.</p> <p>-Informar a los miembros de la familia de los factores que pueden mejorar el estado del paciente, así como la importancia del apoyo familiar en situaciones de enfermedad.</p> <p>-Animar al cuidador a que cumpla con su responsabilidad, si es el caso.</p> <p>-Preguntar al cuidador principal si hay otros miembros de la familia con los cuales realizar una rotación del cuidador</p> <p>-Fomentar relaciones con otros miembros de la familia.</p> <p>-Animar a otros miembros de la familia a actuar en lugar del cuidador si se hace evidente una sobrecarga de trabajo.</p> <p>-Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente.</p>	(7110) Fomentar la implicación familiar	<b>02.</b> Grado de desviación de una norma o estándar establecido.			
	<b>Dominio</b>		<b>GC</b>	<b>SC</b>	<b>MC</b>	<b>LC</b>	<b>NC</b>
	(VI) Salud familiar		1	2	3	4	5
	<b>Clase</b>		<b>Indicadores</b>		<b>A</b>		<b>D</b>
	(W) Desempeño del cuidador familiar		(220305)	2		4	
	(220310)	2		5			
	(220302)	2		5			

**Fuente:** Datos obtenidos por medio de la guía estandarizada NANDA (2021-2023), la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2018).

**Cuadro 56***Indicadores de Alteración del estilo de vida del cuidador principal.*

<b>Indicadores NOC</b>	<b>Gravemente comprometido (1)</b>	<b>Sustancialmente comprometido (2)</b>	<b>Moderadamente comprometido (3)</b>	<b>Levemente comprometido (4)</b>	<b>No comprometido (5)</b>
(220305) Relaciones con otros miembros de la familia		2 (A)		4 (D)	
(220310) Responsabilidades del rol		2 (A)			5 (D)
(220302) Realización del rol		2 (A)			5 (D)

**Fuente:** Datos obtenidos por medio de la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018)



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO NUEVA ESPARTA  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 57**

*Cuadro Analítico sobre el Patrón Sueño y descanso y el Requisito de Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo.*

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problema	Patrón de Marjory alterado	Diagnóstico Real
Paciente refiere: "Duermo lo que puedo durante las noches (2 horas máximo) y no puedo realizar siestas cortas que normalmente hacia durante el día porque me incomoda mucho el ruido, la luz y no tengo privacidad"	-Facies somnolienta	Dificultad para conciliar el sueño	<b>Patrón N° V</b> Sueño y descanso	(00198) Patrón del sueño perturbado <b>r/c</b> factores del entorno <b>m/p</b> dificultad para conciliar el sueño.
	-Bostezos continuos	<b>Necesidad</b>	<b>Requisito de Orem insatisfecho</b>	
	-Ojeras	Dormir y descansar	<b>Requisito N° 5</b> Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo	

**Fuente:** Datos obtenidos mediante entrevista y examen físico realizado a la paciente objeto de estudio y por medio de la guía estandarizada NANDA (2021-2023).

**Cuadro 58**

*Plan de cuidado sobre el Patrón Sueño y descanso y el Requisito de Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo.*

Diagnóstico Real: (00198) Patrón del sueño perturbado r/c factores del entorno m/p dificultad para conciliar el sueño.									
Dominio 4: Actividad/descanso			Clase 1: Dormir/descansar						
Enunciado Teórico	Criterio de Resultado (NOC)	Plan	Intervención (NIC)	Criterio de Evaluación (Escala de Medición CRE)					
<p><b>MG. Patrón V Sueño y descanso:</b> Evaluación de la calidad y cantidad del sueño y el descanso de una persona, así como los factores que pueden afectar su capacidad para dormir adecuadamente.</p> <p><b>DO. Requisito 5 Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo:</b> Capacidad mediante la cual el ser humano equilibra las horas necesarias de sueño y descanso que les permiten estar renovados y repuestos, con las actividades requeridas para un sano desenvolvimiento, evitando así el sedentarismo u otras posibles repercusiones a la salud, debido a la inactividad.</p>	(0003) Descanso	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar el sueño/vigilia del paciente.</li> <li>- Observar y registrar el patrón y número de horas de sueño.</li> <li>- Ajustar el ambiente (luz, ruidos, temperatura, colchón, cama) para favorecer el sueño.</li> <li>- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes.</li> <li>- Ofrecer ayudas para favorecer el sueño (música).</li> <li>- Proporcionar el uso de antifaz y tapones auditivos.</li> <li>- Iniciar/llevar a cabo medidas agradables: masajes, colocación y contacto afectuoso.</li> <li>- Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo sueño/vigilia del paciente.</li> </ul>	(1850) Mejorar el sueño	6. Grado de suficiencia en cantidad o calidad para conseguir un estado deseado.					
	<b>Dominio</b>		(I) Salud Funcional	<b>Dominio</b>	<b>GC</b>	<b>SC</b>	<b>MC</b>	<b>LC</b>	<b>NC</b>
					1	2	3	4	5
					(I) Fisiológico básico		2 (A)		4 (A)
	<b>Clase</b>		<b>Clase</b>	<b>Indicadores</b>		<b>A</b>	<b>D</b>		
	(A) Mantenimiento de la Energía		(F) Facilitación del autocuidado	(000301)		2	4		
				(000302)		2	4		
				(000303)		2	4		
				(000310)		3	4		
				(000401)		2	4		
				(000402)		2	4		
				(000404)		2	4		
				(000407)		1	4		
				(000418)		2	4		

**Fuente:** Datos obtenidos por medio de la guía estandarizada NANDA (2021-2023), la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2018).

**Cuadro 59***Indicadores de Descanso.*

<b>Indicadores NOC</b>	<b>Gravemente comprometido (1)</b>	<b>Sustancialmente comprometido (2)</b>	<b>Moderadamente comprometido (3)</b>	<b>Levemente comprometido (4)</b>	<b>No comprometido (5)</b>
(000301) Tiempo del descanso		2 (A)		4 (D)	
(000302) Patrón del descanso		2 (A)		4 (D)	
(000303) Calidad del descanso		2 (A)		4 (D)	
(000310) Aspecto de estar descansado			3 (A)	4 (D)	

**Fuente:** Datos obtenidos por medio de la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018)

**Cuadro 60***Indicadores de Sueño.*

<b>Indicadores NOC</b>	<b>Gravemente comprometido (1)</b>	<b>Sustancialmente comprometido (2)</b>	<b>Moderadamente comprometido (3)</b>	<b>Levemente comprometido (4)</b>	<b>No comprometido (5)</b>
(000401) Horas de sueño		2 (A)		4 (D)	
(000402) Patrón del sueño		2 (A)		4 (D)	
(000404) Calidad del sueño		2 (A)		4 (D)	
(000407) Hábito de sueño	1 (A)			4 (D)	
(000418) Duerme toda la noche		2 (A)		4 (D)	

**Fuente:** Datos obtenidos por medio de la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018)

**CAPITULO V**  
**EXPERIENCIA PROFESIONAL DURANTE EL PROCESO ENFERMERO EN LA**  
**UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DR. PABLO AGRADA DEL HOSPITAL DR.**  
**LUIS ORTEGA DE PORLAMAR**

En el marco del trabajo de la investigación en proceso se elabora este capítulo donde se pretende argumentar la experiencia profesional durante el proceso enfermero en la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto Dr. Pablo Agreda del Hospital Dr. Luis Ortega, como una forma de sustentar objetivamente la labor cumplida, entrelazando cada fase mediante un enfoque claro, preciso e identificado con la realidad asumida. Por consiguiente, abarca el proceso enfermero, sus fases, funciones de enfermería, diagrama de Gantt, retos, desafíos y perspectivas del quehacer profesional de enfermería en el contexto actual y la opinión de la investigadora y un profesional enfermero de la UCI.

**5.1 Proceso Enfermero**

Hoy en día y desde sus comienzos la enfermería, como cualquier otra disciplina profesional necesita utilizar una forma de proceder para así poder llevar a cabo el cumplimiento y prestación de la atención necesaria a todos sus pacientes, y que se caracteriza por dar respuesta a una serie de situaciones de salud que pueden ser problemáticas para las personas. En ese caso la forma de proceder, va encaminada siempre a solucionar o minimizar los posibles problemas de la vida cotidiana que afecten y desmejoren la salud, este proceder no es más que una actuación debidamente ordenada y sistemática, en cada una de las acciones o funciones que lleva a cabo, aplicando para ello el método de resolución de problemas de enfermería, el cual en su momento fue llamado Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Cabe destacar que en la actualidad, fue cambiado el nombre de PAE a simplemente Proceso Enfermero (PE).

A fin de plantear una idea más clara sobre el proceso de atención de enfermería, Phipps (1997), refiere “que es un método sistemático y organizado para

brindar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de objetivos” (p.6). Sabiendo esto, podríamos decir, que el proceso se basa en el cumplimiento de ciertos parámetros y normas que deben seguir las enfermeras (os) para poder llevar a cabo la debida valoración del paciente, el diagnóstico, la planeación y ejecución de un tratamiento o planes de cuidado, y la evaluación de los resultados obtenidos. En relación a esto, el PE proporciona una serie de innovaciones dentro del ámbito de los cuidados, fomenta y desarrolla la autonomía, el talento y la consideración como profesional enfermero.

Por consiguiente, el proceso de atención de enfermería, como todo método, debe seguir una serie de metas u objetivos a cumplir, dentro de los cuales se puede mencionar entonces que el principal objetivo de este proceso es: la atención centralizada en constituir una estructura que pueda cubrir e individualizar todas las necesidades del paciente, familia y comunidad. De este objetivo se desglosan los siguientes: detectar las necesidades reales y potenciales tanto del paciente, como de la familia y la comunidad, desarrollar y establecer planes de cuidados individuales y estandarizados, y sobretodo el saber actuar para cubrir y solventar los problemas, y prevenir o curar la enfermedad.

Al respecto, todo profesional de enfermería debe regirse y seguir ciertos principios, que le servirán como regla fundamental en el transcurso de su vida profesional, dichos principios son: el respeto hacia la individualidad de las personas; la satisfacción de las necesidades fisiológicas; la protección de los pacientes frente a agentes externos que puedan causar enfermedades y la contribución a la restitución pronta de la salud del enfermo para que pueda reintegrarse a su vida cotidiana lo antes posible.

Como se mencionó anteriormente, el PE cuenta con una serie de etapas, que se deben seguir para poder llevarlo a cabo. De esta manera Alfaro (1996), “describe cinco (5) fases en el proceso enfermero que son valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación” (p.8). De esta información se infiere, que la primera fase o el inicio del proceso, se da con la valoración, que no es más que el

método de reunir y examinar la información adquirida del paciente, familia o comunidad, con el fin de obtener todos los hechos que definen el estado de salud del mismo. Esta etapa conlleva una serie de pasos, que van desde la recolección, validación, organización y comunicación de los datos obtenidos. Este proceso es continuo y debe llevarse a cabo durante todas las interacciones y actividades que la enfermera(o) realice con el paciente.

Con relación a la segunda fase del proceso, llamada diagnóstico de Enfermería, la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 1999), lo define “como un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a los problemas reales o potenciales de salud o procesos vitales”. Podríamos decir, que se trata de la identificación de un problema de salud, susceptible de prevenirse, mejorarse o resolverse con los cuidados de enfermería. Cabe destacar, que actualmente para realizar los diagnósticos de enfermería, se usa el sistema de categorías diagnósticas de la NANDA.

Por otra parte, en la etapa de planeación, es donde se desarrollan, después de formular los diagnósticos y problemas de enfermería, los planes de cuidado y atención del paciente, familia y comunidad, estos planes integran el problema de salud, objetivos, acciones de enfermería, tanto independiente e interdependiente y la evolución del paciente. Es importantísimo que durante esta etapa se identifique la prioridad de los problemas de salud, que deben ser atendidos en primera instancia, debido a que ponen en riesgo la vida del paciente, seguido a ello se deben atender los problemas de la familia o comunidad. Se debe acotar, que los planes de cuidados se dividen en cuatro (4) tipos, que son: Individualizado, Estandarizado, Estandarizado con Modificaciones y Computarizado.

Del mismo modo, la siguiente etapa es la ejecución, donde son aplicados los planes de enfermería descritos en la anterior fase o etapa, realizando las intervenciones definidas en el proceso de diagnóstico, asimismo los métodos de implementación de los planes deben ser registrados debidamente en un formato explícito y tangible. Para finalizar, la fase de evaluación, consiste en la comparación

sistematizada y planificada entre el estado de salud actual del paciente y los resultados esperados, aquí se evalúan los objetivos y los resultados, y si se determina que el plan no funcionó de manera correcta, se definen las maneras de cambiarlo o mejorarlo.

Dentro de esta perspectiva, hay que mencionar algunas de las funciones que debe cumplir el profesional de enfermería en todos sus ámbitos, tanto en lo asistencial, como en la docencia, administración e investigación. En consecuencia estas funciones en conjunto logran un óptimo desempeño del profesional en los servicios de salud, permitiendo así su máximo desenvolvimiento en el área que más les convenga.

Tenemos pues, que la función asistencial es la que va encaminada a apoyar y atender al individuo, ayudándolo a conservar su salud y a incrementarla. Del mismo modo, la enfermería como ciencia tiene un cuerpo de conocimientos propios y específicos, creando así una necesidad de transmitirlos, por eso los profesionales ponen en práctica las funciones docentes. La enfermería también abarca un área administrativa, que es la que se encarga de organizar, planificar, y desarrollar todo el trabajo, para que así este se haga en la menor cantidad de tiempo, y con el menor gasto posible. Para concluir, la enfermera investigadora, es aquella que se dedica al estudio, investigación e innovación en diferentes campos de trabajo, en donde el principal objetivo es aprender nuevos aspectos de la profesión y el mejoramiento de la práctica.

Finalmente, el método del proceso enfermero sirve para brindar cuidados necesarios, seguirlo y llevarlo a cabo permite un verdadero ejercicio profesional. Es por ello, que debe aplicarse en forma mental y en todos los ámbitos de enfermería, por consiguiente se recomienda un estudio profundo del mismo y una mejor puesta en práctica.

Cabe destacar, que Torres et al. (2005) define las funciones o roles de enfermería como “aquellas acciones que se pueden desempeñar en el área laboral gracias al método científico, la formación de enfermeros y enfermeras se basa en

cuatro (4) funciones: asistenciales, docentes, administrativas e investigadora” (p.5). Gracias a esto, se logra un desempeño óptimo de los servicios de salud en el área de enfermería, además de que permiten al personal desenvolverse en el servicio que más les convenga. De este modo, en los Cursos Especiales de Grado se tuvo la oportunidad de aplicar mediante el estudio de caso clínico, el proceso enfermero a la paciente objeto de esta investigación, para ello se llevaron a cabo diversas actividades en el proceso de pasantías, las cuales serán organizadas mediante el uso del diagrama de Gantt.

Por consiguiente, Rodó (2022) describe que el diagrama de Gantt “es una metodología de representación de actividades o tareas que pretende dar una visión generalizada sobre el tiempo dedicado a cada actividad contemplada de forma independiente dentro de un proceso” (p.1). De esta información se infiere, que es un tipo de grafico que representa las actividades de forma independiente con el objetivo de tener una imagen general de cómo evolucionan las tareas a través del tiempo. Además, este tipo de herramientas permiten a los investigadores la planificación necesaria para la realización de un proyecto.

De este modo, para la elaboración del diagrama de Gantt se utilizaron columnas en el extremo izquierdo en donde se identifican los meses y semanas. En el extremo derecho las columnas indican las actividades ejecutadas (asistenciales, administrativas, docentes e investigativas) realizadas por la investigadora en el transcurso de sus pasantías en el Hospital Dr. Luis Ortega. Asimismo, los datos anteriormente mencionados serán relacionados en función de cuadrículas señaladas con el color rosado, esto con el objetivo de facilitar la comprensión de los datos.

### Cuadro 61

Diagrama de Gantt de las actividades realizadas durante el periodo de pasantías en la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto Dr. Pablo Agreda durante el periodo de Octubre – Marzo (2023-2024).

Meses	Semanas	Actividades			
		Asistenciales	Administrativas	Docentes	Investigativas
Octubre	23 al 27				
	30 al 31				
Noviembre	6 al 10				
	13 al 17				
	20 al 24				
	27 al 30				
Diciembre	4 al 8				
	11 al 13				
Enero	22 al 26				
	29 al 31				
Febrero	5 al 9				
	12 al 16				
	19 al 23				
	26 al 29				
Marzo	4 al 8				

### 5.2 Funciones Asistenciales para la Atención del Caso Clínico.

Para Phipps (2003), la función asistencial está encaminada a apoyar al individuo en la conservación y el incremento de su salud, es por ello que responde al cuidado de las personas afectadas por alguna enfermedad, es decir, ayudarlas a mantener su salud o recuperar las funciones y capacidades deterioradas por un proceso patológico. Para ello la función asistencial se desarrolla tomando en

cuentan los tres (3) niveles de atención de salud (p.2). De este modo, el apoyo en este medio se delimita en las actividades que van a mantener y restaurar las condiciones del individuo dañadas por un proceso patológico. En relación a esto, las actividades asistenciales se pueden llevar a cabo en: atención primaria, especializada, en los servicios de urgencias y en atención extra hospitalaria comunidad.

De esta manera, las actividades asistenciales en el ámbito hospitalario se dirigen a ejecutar tareas de sustento y restauración de la salud, disminuyendo los daños provocados por los procesos patológicos, con un cuidado holístico que refuerce los aspectos positivos del paciente. Dentro de las actividades asistenciales, autores como Seguel, et al. (2015), Hanna y Villadiego (2014) destacan:

- Valoración física, remisión y control de síntomas.
- Admisión de pacientes al servicio.
- Administración de tratamientos.
- Orientación a los familiares acerca de la salud de los paciente.
- Cuidados relacionados con la higiene y alimentación.
- Preparación del paciente para intervenciones.
- Actualización de historias Clínicas.
- Revisión de órdenes médicas.
- Vigilancia epidemiológica.
- Acciones de rehabilitación, actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

A continuación, se describirán las actividades asistenciales ejecutadas a la paciente objeto de esta investigación, señalando de manera detallada las tareas de enfermería efectuadas en el periodo de pasantías y en los planes de cuidados. En donde se muestra evidencia de los resultados logrados posterior a la ejecución de esas actividades, las cuales se explicarán en el cuadro 62.

## Cuadro 62

*Descripción de las actividades asistenciales ejecutadas en la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto Dr. Pablo Agreda del Hospital Dr. Luis Ortega.*

Actividades	Descripción	Resultados
Cuantificación y registro de signos vitales.	Consiste en medir y registrar la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, tensión arterial y saturación de oxígeno para prevenir complicaciones.	Se logró monitorizar y registrar los signos vitales.
Aseo e higiene.	Consiste en realizar el baño, limpieza del cuerpo de la paciente y de la ropa de cama.	Se brindó el aseo y confort a la paciente.
Preparación y administración de medicamentos.	Proceso que tiene como finalidad la utilización de técnicas adecuadas, siguiendo las necesidades específicas de la paciente establecidas en las órdenes médicas.	Se logró una adecuada preparación y administración del tratamiento.
Cambios posturales.	Consiste en realizar cambios de postura cada 4 horas para evitar úlceras por presión.	Se logró prevenir la aparición de lesiones en la piel de la paciente.
Alimentación enteral por sonda	Es el aporte de nutrientes y de agua a través de una sonda gastrointestinal.	Se logró proporcionar la dieta establecida a la paciente.
Extracción de muestras para laboratorio.	Consiste en tomar una muestra sanguínea de la paciente, para realizar los análisis de laboratorio pertinentes.	Se logró extraer la muestra para los exámenes de laboratorio que ameritaba la paciente.

### 5.3 Funciones Docentes para la Atención del Caso Clínico.

De acuerdo con, De Arco y Suarez (2018) la función docente del profesional de enfermería “se refiere principalmente a las actividades de educación para la salud y las relacionadas con la educación continua o formación de los nuevos profesionales, capaces de generar cambios integrales a la sociedad y al ámbito

sanitario” (p.177). En consecuencia, para ejecutar la función los profesionales de enfermería deben cumplir con requisitos académicos como habilidades propias de la docencia. En relación, en el ámbito hospitalario esta función se enfoca en la enseñanza que le brindan los profesionales de enfermería a los pacientes, familia y comunidad sobre los procesos patológicos, el correcto cuidado de los pacientes y en cómo mantener un óptimo nivel de salud para los mismos. Sabiendo esto, las actividades docentes realizadas por los enfermeros (as) en atención hospitalaria son:

- Diseñar, planificar y participar en programas de educación permanente para el personal de enfermería y otros profesionales de la salud.
- Planificar, ejecutar y controlar el proceso de enseñanza-aprendizaje hacia los pacientes, familia y comunidad.
- Asesorar y apoyar a otras enfermeras en aspectos de salud, y de los cuidados específicos que se deben brindar a los pacientes.
- Impartir docencia incidental en el puesto de trabajo.

A continuación, se describirán las actividades docentes ejecutadas a la paciente objeto de estudio, señalando de manera detallada las tareas docentes de enfermería efectuadas en el periodo de pasantías, mediante la realización de un cuadro para facilitar su comprensión (ver cuadro 63).

### **Cuadro 63**

*Descripción de las actividades docentes en la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto  
Dr. Pablo Agreda del Hospital Dr. Luis Ortega.*

<b>Actividades</b>	<b>Descripción</b>	<b>Resultados</b>
Enseñanza: proceso de enfermedad.	Consiste en fomentar la información acerca de la enfermedad, y su desenlace.	Se logró aumentar los conocimientos acerca de la enfermedad y que los familiares conocieran los graves efectos del acto cometido.
Orientación a la paciente sobre estrategias de afrontamiento, adaptación y tolerancia al estrés.	Consiste en fomentar y poner en práctica estrategias para el afrontamiento de la situación y emociones encontradas tras la hospitalización.	Se logró implementar estrategias y métodos pertinentes de afrontamiento a la situación.
Charlas y conversatorios a la familia sobre el apoyo familiar, y a la paciente sobre el mantenimiento adecuado de la salud y prevención de enfermedades.	Consiste en planificar y ejecutar charlas para proporcionar información clara sobre el apoyo familiar, como mantener un adecuado estado de salud y llevar a cabo medidas preventivas.	Se logró informar a los familiares y paciente acerca de los temas antes mencionados, obteniendo resultados satisfactorios.

#### **5.4 Funciones Administrativas para la Atención del Caso Clínico**

Soto et al. (2014) nos reseñan que las funciones administrativas “permiten asegurar que las actividades que deban ser desarrolladas por los profesionales en los distintos campos de actuación se realicen de forma sistemática, racional y organizada, asegurando el correcto uso de los recursos” (p.85). Al respecto, estas actividades administrativas de enfermería están relacionadas con las fases de la administración que son planeación, organización, selección del personal, dirección y control. Con el fin de lograr los objetivos propuestos mediante la ejecución de

estrategias dirigidas a cumplir las metas pautadas. Dentro de esta perspectiva, las principales actividades administrativas son:

- Planificar y controlar los cuidados de enfermería.
- Participar y/o dirigir las reuniones del servicio de enfermería.
- Participar en las técnicas administrativas y científicas de enfermería.
- Supervisar el área de desempeño de enfermería para mantener y mejorar los servicios.
- Ejecutar y controlar el cumplimiento de los principios éticos y bioéticos.
- Tomar decisiones, delegando funciones y actividades.
- Participar en los procesos de evaluación y acreditación de los servicios sanitarios.
- Mantener el control estricto de materiales, insumos y equipos utilizados.
- Calcular el personal necesario en los servicios y unidades.
- Diseñar, implementar y participar en programas de evaluación de la calidad de la actividad de enfermería y establecer estándares para su medición.

Dentro de este marco, las actividades administrativas favorecen el ejercicio de los profesionales de enfermería porque les permite mantener sus competencias organizadas, dichas actividades se realizan desde los cargos directivos hasta el ámbito asistencial, docente y aquellas que desempeñan su labor en centros de salud pública o comunitaria. Ahora bien, en el cuadro 64 se describen detalladamente las actividades administrativas realizadas en el periodo de pasantías y los resultados de estas acciones.

#### **Cuadro 64**

*Descripción de las actividades administrativas en Unidad de Cuidados Intensivos Adulto Dr. Pablo Agreda del Hospital Dr. Luis Ortega.*

<b>Actividades</b>	<b>Descripción</b>	<b>Resultados</b>
Pedido de suministros	Consiste en la adquisición del material e insumos médicos que constantemente es utilizado en la unidad de cuidados intensivos adulto para la ejecución de los procedimientos. Este es realizado por el personal de enfermería.	Se realizó pedido de suministro y se surtió la unidad con materiales e insumos disponibles en el almacén.
Pedido de farmacia.	Consiste en solicitar los medicamentos en el servicio de farmacia para el cumplimiento del tratamiento farmacológico de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos adulto, el cual debe realizarse de forma escrita por parte del personal de enfermería.	Se logró adquirir los medicamentos para el cumplimiento del tratamiento farmacológico de la paciente objeto de estudio.
Reporte de enfermería.	Es un registro escrito que se anexa a la historia clínica el cual es elaborado por el personal de enfermería acerca de las observaciones y acciones ejecutadas en el paciente. Como también el tratamiento administrado, los cuidados brindados, estudios pendientes y las eventualidades suscitadas durante el turno.	Se logró realizar el reporte de enfermería de la paciente objeto de estudio, correspondiente al turno asistido.

## **5.5 Funciones Investigativa para la Atención del Caso Clínico**

En lo que respecta a la función investigativa, Phipps (2003) menciona que “son el conjunto de actividades que desarrolla el personal de enfermería con el objetivo de seguir avanzando en la solidificación de su identidad profesional a través de la investigación de los problemas de salud de la población dentro del equipo multidisciplinario” (p.8). De este modo, estas funciones sustentan el quehacer del profesional de enfermería, al aplicar el proceso de investigación científica que le permite tomar decisiones basadas en hechos apegados a la realidad. Visto de esta forma, estas funciones son fuente de conocimiento que justifican el accionar de enfermería, y ayudan a proporcionar una atención de calidad y a potencializar el crecimiento profesional. Por esto, sus actividades comprenden:

- Realizar y/o participar en investigaciones en enfermería y otras áreas.
- Realizar y presentar estudios de casos aplicando el proceso de enfermería.
- Recopilar información científica para realizar la elaboración del plan de cuidados en la atención al paciente.
- Participar en la ejecución de ensayos clínicos en centros de investigación.
- Integrar los consejos científicos en los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud.

En conclusión, la investigación en enfermería es fundamental para desplegar, evaluar y propagar el conocimiento de la profesión. Asimismo, este conocimiento puede ser científico, intuitivo o de sentido común. A continuación, se describen detalladamente las actividades investigativas ejecutadas en el periodo de pasantías y los resultados obtenidos mediante la aplicación de estas (ver cuadro 65).

**Cuadro 65**

*Descripción de las actividades investigativas en la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto Dr. Pablo Agreda del Hospital Dr. Luis Ortega.*

<b>Actividades</b>	<b>Descripción</b>	<b>Resultados</b>
Entrevista al personal médico.	Consiste en un intercambio de ideas y opiniones mediante una conversación con el fin de compartir información referente a un tema o varios temas en común. El cual fue realizada a a médico residente del Hospital Dr. Luis Ortega.	Se logró obtener datos acerca de los servicios y unidades del Hospital Dr. Luis Ortega.
Entrevista al personal de Mantenimiento.	Consiste en realizar una conversación con el fin de obtener información referente a un tema. Esta fue realizada al personal de Mantenimiento del Hospital Dr. Luis Ortega.	Se logró obtener información acerca del mantenimiento e higiene de los servicios del Hospital Dr. "Luis Ortega"
Revisión de la historia clínica de la paciente.	Es la búsqueda de información a través de la revisión del documento clínico legal que contiene datos acerca del estado de salud de la paciente, como el motivo de ingreso, diagnóstico médico, tratamiento, estudios realizados y evolución clínica desde su ingreso hasta su egreso.	Se logró obtener datos objetivos y clínicos de la paciente objeto de estudio como el diagnóstico médico, tratamiento indicado, estudios realizados y la evolución médica de la misma desde su ingreso.
Entrevista a la paciente.	Tiene como finalidad realizar una conversación	Se logró obtener información subjetiva de la

	<p>para obtener información acerca de la percepción de la paciente sobre su estado de salud y a su vez realizar el proceso de valoración para obtener los datos subjetivos.</p>	<p>paciente gracias a la información proporcionada por la misma.</p>
--	---	--

### **5.6 Retos, Desafíos y Perspectivas del Quehacer Profesional de Enfermería en el Contexto Actual**

Desde la perspectiva más general, para Bembibre (2010) el termino reto “hace referencia a un desafío o una actividad (física o intelectual) que una persona debe realizar sobreponiéndose a diferentes tipos de dificultades” (p.3). De esta información se infiere, que en la actualidad la profesión de enfermería ha enfrentado grandes retos, que han marcado el camino a seguir no solo desde el punto de vista práctico sino también ético. Al transcurrir de los años, diversidad de hechos históricos, políticos, demográficos, culturales, económicos y tecnológicos han condicionado de tal manera la práctica profesional de enfermería hasta la actualidad.

En relación a lo anterior, Pérez y Gardey (2021) definen el desafío como “la acción y efecto de desafiar, un verbo que hace referencia a competir, retar o provocar a alguien. Asimismo, las situaciones complicadas y de difícil resolución son consideradas como desafíos. Cabe resaltar, que para poder superar un desafío determinado se debe contar con herramientas y/o competencias que permitan sortear el desafío que se presente” (p.3). De esta manera, el principal desafío enfrentado por los profesionales de enfermería, se debieron a los cambios en las políticas sanitarias, así como la introducción de mejoras en hospitales, en las tecnologías sanitarias, entre otras. Estos eventos han insertado a la enfermería en un mundo totalmente globalizado, aumentando así los retos desde la teoría hasta la práctica.

En relación a la problemática mencionada, Gómez (2014) describe la perspectiva “como el punto de vista concreto, particular y subjetivo que tiene una persona sobre un tema en particular” (p.5). Sabiendo esto, los profesionales de la enfermería en el actual escenario de trabajo deben ser excelentes cuidadores, perceptivos ante los estados de bienestar y problemas de salud de las personas y deben ser suficientemente capaces de ofrecer cuidados en los diferentes contextos socioculturales empleando siempre el pensamiento crítico, la comunicación y otros aspectos importantes, que siempre requerirán de la perspectiva que tengan los profesionales hacia la labor que realizan, para lograr así adaptarse a los cambios futuros que se presenten.

#### ***5.6.1 Opinión de un Profesional de Enfermería que Labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Dr. Pablo Agreda***

Con el fin de obtener información útil, que muestre la capacidad de los profesionales de enfermería de adaptarse a los retos y desafíos que se presentan en el contexto actual al momento del quehacer hospitalario, y además conocer las perspectivas y fortalezas que tienen estos profesionales hacia dichos problemas, la investigadora realizó una entrevista a un profesional que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Dr. Luis Ortega, en donde el principal objetivo fue conocer la opinión de este acerca de la experiencia profesional que ha vivido desde su ingreso a dicha unidad. De esta manera, se desglosa a continuación de forma descriptiva la entrevista:

Opinión sobre su experiencia profesional en la Unidad de Cuidados Intensivos, las limitaciones y dificultades que enfrenta, su mejor fortaleza profesionalmente hablando, los retos, desafíos y perspectivas de la profesión y sugerencias a las nuevas generaciones. *“A pesar de que no existe actualmente una Unidad de Cuidados Intensivos, el servicio en general de Trauma Shock es un servicio en el hospital totalmente completo, porque siempre vas a conseguir los materiales, recursos y profesional capacitado quien brinda una excelente atención, en donde siempre vas a encontrar a el médico adjunto y los estudiantes de*

*pregrado. Las limitaciones que tiene el servicio son por parte del gobierno, porque el gobierno no da los insumos, esta limitación existe en todos los hospitales de Venezuela, no solo en la unidad en sí”.*

*“No tengo dificultades, porque uno siempre tiene que buscar las soluciones para atender al paciente, no sé cómo trabajan los demás servicios, si hay alguna dificultad es porque la crea el profesional. Mi mayor fortaleza son mis conocimientos, ya que si usted estudia puede salir adelante en un servicio, hasta mejor que un médico. Estas llegando cuando voy saliendo de mi tiempo laboral, ya mis retos y desafíos personales los cumplí al inicio de mi carrera, me trace mis metas, nunca deje mis estudios atrás, mi primer diplomado fue en hemodiálisis. No estudie más por la decepción de la carrera y el hospital, debido al mal trato. Las sugerencias es que estudien mucho, y se preparen mejor para que sean grandes profesionales, enfermería no tiene mejor arma que el conocimiento”.*

#### **5.6.2 Opinión de la Investigadora sobre la Experiencia Profesional desarrollada en el Hospital y en la Unidad de Cuidados Intensivos**

**Limitaciones y Dificultades.** “La principales limitaciones y dificultades que viví en este periodo de pasantías fue el tiempo tan ajustado que tuvimos para realizar todo, además de que algunos profesionales de enfermería nos dieron un mal trato y no se avocaron realmente a guiarnos y compartir sus conocimientos con nosotros, pero en realidad los entiendo porque con la situación actual, del país y del hospital las condiciones no son las más ideales para educar a los futuros profesionales. Al respecto, quiero hacer una mención del gran reto y desafío que ocasionó para los profesionales de enfermería, enfrentar una pandemia de Covid-19, que se vivió en el año 2020 - 2021 y que actualmente sigue ocasionando problemas, debido a que con tan precarias condiciones hospitalarias que hay en el país, los profesionales de la salud pudieron superarlas gracias a aquellas habilidades de resolución de problemas que se deben tener”.

**Oportunidades y Fortalezas.** “Las oportunidades se debieron principalmente a un cierto grupo de profesionales de enfermería y docentes que se

avocaron a brindarnos la ayuda y conocimientos, guiándonos a lograr un mejor desenvolvimiento en el área mencionada, dándonos las herramientas necesarias para poder sobrellevar el tiempo de pasantías de manera exitosa. Creo que mi mayor fortaleza fue la capacidad de adaptarme a trabajar con todo el grupo de enfermeros(as) y profesionales de la medicina, para mantener una relación de respeto y amabilidad, que estuviera dirigida a la atención correcta de los pacientes, además de que trate en gran medida de absorber todos los conocimientos y consejos que me ofrecieron estos profesionales”.

**Aprendizajes Obtenidos.** “Es cierto que el proceso de adquisición de conocimientos y habilidades es tedioso y requiere de práctica, y que el tiempo que se toma para hacerlo requiere de cada individuo, en mi caso en estas pasantías obtuve una gran cantidad de conocimientos nuevos, al igual que pude mejorar un poco en la práctica enfermera. Pero creo que el principal conocimiento me lo brindaron las experiencias vividas con cada uno de los pacientes que tuve el privilegio de conocer, en donde fui testigo de que la mejor manera de afrontar los momentos difíciles es con una actitud positiva y una sonrisa, cosa que me sorprendió sobremanera debido a que las personas más vulnerables, son las que mejor afrontan los problemas de la vida, por eso nosotros como profesionales de la salud siempre debemos brindarles una mano amable y una sonrisa que los ayude a superar todos esos problemas de salud, tanto física, mental y espiritualmente que los afectan”.

**Sugerencias a los Futuros Profesionales.** “Mi sugerencia para los próximos profesionales es que si escogieron esta carrera, es porque tienen las actitudes y aptitudes para lograr culminarla, pero sobretodo tienen la calidad humana necesaria que se requiere para el cuidado de personas vulnerables, es por eso, que por más dificultades que se presenten a lo largo de sus estudios y prácticas profesionales, mi principal consejo es que nunca pierdan esa calidad humana y empatía que nos caracteriza a todos, ya que sin ella solo somos profesionales con una gran cantidad de conocimientos y habilidades, pero sin la capacidad de ponerse en el lugar del paciente y entender sus dificultades, es decir,

personas vacías que solo brindan atenciones por costumbre u obligación, y que no brindan realmente un cuidado humanizado a cada paciente”.

“Cerrando esta opinión, quiero hacer una mención honorífica, a todos aquellos profesionales que gracias a su integridad, ingenio, perseverancia y consagración siguen estando en la primera fila de la Unidad mencionada, que por sobre todas las dificultades velan por la continuidad de los cuidados brindados a todos esos pacientes que sufren graves enfermedades y accidentes que ponen en riesgo su vida, siempre brindando una mano amiga y una calidez humana que los reconforte a ellos y a su familia”.

## **Conclusión**

La experiencia desarrollada permitió aportar planes de cuidado de enfermería, cuyas acciones fueron propicias para responder ante las necesidades detectadas en la paciente, logrando aplicar conocimientos para valorar, por medio de los datos objetivos y subjetivos la situación de salud, siempre preservando un enfoque humanista y solidario en la práctica asistencial.

Del mismo modo, durante el periodo de pasantías fueron ampliados y desarrollados los conocimientos de la investigadora sobre los pacientes con este tipo de patologías. Se adquirieron habilidades, técnicas y destrezas para el cumplimiento de procedimientos de enfermería y además, se contribuyó a disminuir los niveles de angustia y tristeza de la paciente, brindándole apoyo, así como también suplir todas sus necesidades principales propias de la patología como el patrón respiratorio, y conseguir apoyo por parte de la familia. Es importante destacar que los planes de cuidado se orientan por las pautas de la NANDA (2018-2020), NIC (2018) y NOC (2018), siguiéndolas minuciosamente, para poder ayudar así a la estabilidad requerida por la paciente, mediante un desempeño idóneo, por lo cual se brindó la atención que ameritaba la paciente, buscando en todo momento alcanzar resultados beneficiosos.

Ahora bien, gracias a las vivencias desarrolladas se evidenciaron valores, que captaron la importancia de proceder con celeridad e inmediatez garantizando los cuidados de enfermería, aunque las condiciones, recursos y dotación en el área de UCI no son las más idóneas, pero es muy significativo no decaer ante estas circunstancias, por el contrario, se asumieron como desafíos pertenecientes al sector de la salud ante los cuales se debe actuar firmemente, estableciendo los mecanismos de ayuda con el equipo de salud.

Asimismo, se trabajó con los modelos teóricos de Dorothea Orem (Teoría del déficit de Autocuidado), y Marjory Gordon (Los 11 Patronos Funcionales de la Salud) contenidos útiles al momento de aplicar los cuidados y atenciones, partiendo

de un enfoque donde la paciente representan el núcleo central de comprensión, sobre todo cuando no se cuenta con el apoyo necesario por parte de los familiares.

Finalmente, podemos decir que el Proceso Enfermero es de suma importancia para ofrecer una atención de calidad ante toda condición de salud.

## **Recomendaciones**

### **A la paciente**

- ✓ Se recomienda acudir a consulta médica según corresponda.
- ✓ Seguir las orientaciones de los profesionales de salud para mantener su bienestar.
- ✓ Llevar a cabo medidas preventivas ante cualquier riesgo para su salud.

### **Familia**

- ✓ Brindar apoyo en momentos difíciles, sobre todo en momentos de enfermedad.

### **Personal de enfermería**

- ✓ Tener en todo momento un trato amable y respetuoso con los pacientes, incentivando en ellos seguridad y confianza.
- ✓ Mantener la sensibilidad-empatía y el enfoque humanista al proporcionar los cuidados y atenciones propias de la UCI, con el fin de alcanzar objetivos propuestos.
- ✓ Tener más contacto con el paciente para obtener información importante sobre sus rutinas, alimentación, estado de ánimo, entre otros, para de esta manera orientarlos, apoyarlos y educarlos constantemente
- ✓ Actualizar sus conocimientos mediante la realización de cursos, talleres, diplomados y/o especializaciones, con el propósito de desarrollar una intervención de mayor impacto en materia de la preservación de la vida
- ✓ Ser más solidarios, comprensivos y colaboradores al momento de establecer contacto con los pasantes de pregrado de enfermería, quienes necesitan de su cooperación para disipar dudas y mejorar la práctica.

### **A la Unidad de Cuidados Intensivos Dr “Pablo Agreda”.**

- ✓ Mejorar las instalaciones de la misma, incorporando los recursos necesarios para la atención de los pacientes.
- ✓ Incorporar mayor cantidad de talento humano especializado en la atención de pacientes críticos.

### **Al Hospital Dr. “Luis Ortega”.**

- ✓ Ofrecer en el laboratorio exámenes de rutina y especializados a los pacientes que lo requieren. Dotar de los insumos que los mismos ameriten.
- ✓ Planificar y ejecutar el mantenimiento de las áreas de hospitalización dónde actualmente se encuentra la Unidad de Cuidados Intensivos y gestionar la dotación de equipos para estudios imageneológicos especializados.
- ✓ Gestionar el presupuesto necesario para la recuperación de la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto.
- ✓ Recuperar el espacio físico de la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto.

### **A la comunidad.**

- ✓ Fomentar el autocuidado, preocuparse por su salud, mantener estilos de vida saludables, y si padecen de alguna enfermedad educarse y orientarse en cumplir con disciplina el tratamiento y de esta manera evitar posibles complicaciones.

### **A la Universidad de Oriente Núcleo Nueva Esparta.**

- ✓ Continuar ofreciendo la formación profesional de Licenciados en Enfermería en la modalidad Curso Especial de Grado, y ampliar a diferentes áreas e incorporar más profesores tutores por la gran demanda de estudiantes que cursan el mismo.
- ✓ Firmar convenios con otras instituciones con el fin de desarrollar post-grados generadores de otros conocimientos y mayores competencias en áreas específicas.

## Referencias Bibliográficas

- Alfaro, R. y Phipps, C. (1996-1997). Capítulo I Marco Referencial. Conceptualización Proceso De Enfermería. [Archivo PDF].  
<https://www.tesis.uson.mx/>
- Alligood, M. y Tomey, A. (2011). Modelos y teorías en enfermería. *Elsevier Mosby*.  
<https://ww16.medilibros.com/?sub1=20240407-0529-435d-94b7-eb970870b94f>
- Alvarez, A. (2022). *Atelectasia*. Obtenido de Scribd:  
<https://es.slideshare.net/AlvaroAlvarez98410/atelectasia-d32c>
- Anés, C. (2023). *Proceso Enfermero a Paciente Femenina con Enfermedad Renal Crónica Secundaria a Nefropatía Diabética en Tratamiento Sustitutivo en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia*. [Tesis de pregrado, Universidad de Oriente Núcleo Nueva Esparta]. Archivo digital.
- Asociación, N. A. (1999). Definición de Enfermería. *Revista enfermería en desarrollo* N°29.
- Badash, M. (Junio de 2021). *Derrame pleural*. Obtenido de Western New York Urology Associates:  
<https://www.wnyurology.com/content.aspx?chunkid=103533>
- Bembibre, C. (2010). *Definición de Reto*. Definición ABC.  
<https://www.definicionabc.com/general/reto.php>
- Benitez, G. (2024). *Parones Funcionales de Majory Gordon*. Obtenido de Scribd:  
<https://es.scribd.com/document/714373743/PATRONES-FUNCIONALES-DE-MARJORY-GORDON>
- Callejo, A., & Sanchez, M. (3 de Diciembre de 2021). *Neumonía*. Obtenido de Cuidate:  
<https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/respiratorias/neumonia.html>
- Carranza, K. (2020). *Derrame pleural*. Obtenido de Scribd:  
<https://es.scribd.com/document/383761884/Derrame-Pleural>

- Casta, J. (2016). *Atelectasia*. Obtenido de Scribd:  
<https://es.scribd.com/document/327512259/Atelectasia>
- Chacon, G. (2020). *Atelectasia*. Obtenido de Scribd:  
<https://es.scribd.com/presentation/445867174/ATELECTASIA>
- Cima. (2019). *Ficha Técnica Meropenem*. Obtenido de Cima:  
[https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/60640/FT\\_60640.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/60640/FT_60640.html)
- CIMA. (2019). *Ficha Técnica Meropenem*. Obtenido de CIMA:  
[https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/60640/FT\\_60640.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/60640/FT_60640.html)
- CIMA. (2019). *Prospecto Vancomicina Normon*. Obtenido de CIMA:  
[https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/85651/P\\_85651.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/85651/P_85651.html)
- CIMA. (2022). *Prospecto Clexane*. Obtenido de CIMA:  
[https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/58503/Prospecto\\_58503.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/58503/Prospecto_58503.html)
- Clínica Universidad de Navarra. (2024). *Colapso*. Obtenido de  
<https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/colapso>
- Corbetta, P. (2010). *Metodología y técnicas de investigación social*. España: edición revisada,  
 Editorial McGraw Hill/Interamericana de España.  
<https://ccientifica.blogspot.com/>
- Creswell, J. (2012). *Investigación-acción*. El portal de la tesis. Universidad de Colima.  
<https://www.recursos.ucol.mx/>
- De Arco-Canoles, O., & Suárez, Z. (2018). Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. *Revista Universidad y Salud*, 171-182.
- Dos santos, B., Camargo, C., Dos santos, L., Limpias, M., Suárez, M., Oliveira, R., . . . Vitor, A. (2019). *Atelectasia Fisiopatología*. Obtenido de Scribd:  
<https://es.scribd.com/document/423162221/ATELECTASIA-FISIOPATOLOGIA>
- Duarte, A. (6 de Julio de 2023). *Atelectasia: sintomas y causas*. Obtenido de Mejor con salud: <https://mejorconsalud.as.com/atelectasia-sintomas-causas/>
- Elsevier. (2019). *Diagnóstico enfermero*. Elsevier.

- <https://www.elsevier.com/es-es/connect/edu-diagnostico-enfermero-las-caracteristicas-definitorias>
- Enfermería Actual. (2020). *Diagnósticos de enfermería*. Obtenido de <https://enfermeriaactual.com/diagnosticos-de-enfermeria/>
- Enfermería Actual. (2022). *Patrones funcionales*. Obtenido de Enfermería actual: <https://enfermeriaactual.com/patrones-funcionales/>
- Enfermeria Actual. (2022). *Patrones funcionales*. Obtenido de Efermeria Actual: <https://enfermeriaactual.com/patrones-funcionales/>
- Fernández, D. (2020). *Proceso Enfermero a Paciente Neonato Masculino Con Diagnóstico Médico Sífilis Congénita Ubicado En La Unidad De Terapia Intensiva Neonatal Del Hospital "Dr. LUIS ORTEGA"*. [Tesis de pregrado, Universidad de Oriente Núcleo Nueva Esparta]. Archivo digital.
- Fernández, J. (2023). *Proceso Enfermero a Femenina Adulta con Politraumatismo por Colisión Moto Pavimento en la Unidad de Cuidados Intensivos Dr. Pablo Agreda del Hospital Dr. Luis Ortega*. [Tesis de pregrado, Universidad de Oriente Núcleo Nueva Esparta]. Archivo digital.
- Gerring, J (2017). *Cases Study Research: Principles and Practices (Strategies for Social Inquiry)*. Cambridge University Press. <https://www.lluiscodina.com/>
- Gómez, L. (2014). *Definición de perspectiva*. Obtenido de Definicion ABC: <https://www.definicionabc.com/social/perspectiva.php>
- González, L. (2007). *Proteína*. Obtenido de Archivo digital: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2007/spn072g.pdf>
- Hanna, M. y Villadiego, M. (2014). La administración de enfermería en el área clínica y sus implicaciones en el cuidado. *Revista colombiana de Enfermería* 9, (2), 65-70.
- Hayeck, S. (2015). *Neumonía Adquirida en la Comunidad*. Obtenido de Scribd: <https://es.scribd.com/doc/251547751/Neumonía-Adquirida-en-La-Comunidad>

Hernández R., Méndez S. y Mendoza C. (2014). *Investigación cuantitativa, cualitativa y mixta*.

El portal de la tesis. Universidad de Colima.

<https://www.recursos.ucol.mx/>

Herrera, S. (2020). *Estacionalidad de la Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) y su influencia con el clima*. Obtenido de Archivo digital:

<https://core.ac.uk/download/pdf/13320063.pdf>

Hurtado, J (2009). *Capítulo III Marco Metodológico*. [Tesis de Grado Universidad del Zulia].

<https://www.virtual.urbe.edu.com/>

Instituto Nacional del Cancer. (2022). *Célula*. Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/celula>

Instituto Nacional del Cancer. (2022). *Derrame*. Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/derrame>

Instituto Nacional del Corazón, los pulmones y la sangre. (24 de Marzo de 2022). *Causas y factores de riesgo*. Obtenido de <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/neumonía/causas#:~:text=Hay%20virus%20que%20infectan%20los,neumon%C3%ADa%20viral%20en%20ni%C3%B1os%20peque%C3%B1os>.

Instituto Nacional del Cancer. (2022). *Pleura*. Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/pleura>

León, E. (2020). *Proceso Enfermero Aplicado a Paciente Masculino Sexagenario con*

*Diagnóstico Médico de Enfermedad Renal Crónica Estadio V/V Secundario a Hipertensión Arterial en Tratamiento de Reemplazo Renal (Hemodiafiltración)*. [Tesis de pregrado, Universidad de Oriente Núcleo Nueva Esparta]. Archivo digital.

León, M. (2022). *Proceso Enfermero a Paciente Masculino con Diagnóstico Médico*

- Traumatismo Craneoencefálico Severo, Ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos Dr. Pablo Agreda del Hospital Dr. Luis Ortega.* [Tesis de pregrado, Universidad de Oriente Núcleo Nueva Esparta]. Archivo digital.
- Maestre, M., & Vargas, L. (16 de Junio de 2020). *Revision de tema utilidad y validez de los métodos imagenologicos en el diagnóstico del derrame pleural en pacientes mayores de 30 años.* Obtenido de Archivo digital: [https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/9602/1072706153.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy&ved=2ahUKEwi5k9Lf7fiDAxXGSzABH WxIARoQFnoECCwQAQ&usg=AOvVaw3jxZ2KT2W5B69b\\_AEVkSqA](https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/9602/1072706153.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy&ved=2ahUKEwi5k9Lf7fiDAxXGSzABH WxIARoQFnoECCwQAQ&usg=AOvVaw3jxZ2KT2W5B69b_AEVkSqA)
- Marín, V. (2022). *Proceso Enfermero a Adulto de Sexo Femenino con Diagnóstico Médico de Autólisis por Opioides, ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Dr. Luis Ortega.* [Tesis de pregrado, Universidad de Oriente Núcleo Nueva Esparta, Venezuela]. Archivo digital.
- Martínez, Y. (2020). *Proceso Enfermero a Paciente Lactante Mayor Masculino con Diagnóstico Médico de Sepsis con Punto de Partida Enteral "Hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar.* [Tesis de pregrado, Universidad de Oriente Núcleo Nueva Esparta]. Archivo digital.
- Mayoral, S. (2018). *Microorganismos.* Obtenido de Conogasi: <https://conogasi.org/articulos/que-son-los-microorganismos/>
- Orellana, D. (2017). *Neumonía.* Obtenido de Scribd: <https://es.scribd.com/document/339977021/Neumonia>
- Pérez, J., & Gardey, A. (2021). *Desafío.* Obtenido de Definición de: <https://definicion.de/desafio/>
- Pérez, J., & Gardey, A. (2021). *Propósito.* Obtenido de Definición de: <https://definicion.de/proposito/>
- Pérez, J., & Gardey, A. (2022). *Definición de aproximación.* Obtenido de Definición de: <https://definicion.de/aproximacion/>

- Pérez, J. y Gardey, A. (2021). *Definición de Metaparadigma*. Definición de.  
<https://definicion.de/metapardigma/>
- Pérez, J., & Gardey, A. (2022). *Posición geográfica*. Obtenido de Definición de:  
<https://definicion.de/posicion-geografica/>
- Phipps, C. (2003). *Funciones de enfermería*. Google Sites.  
<https://sites.google.com/new>
- Pierce, S. (2023). *Derrame pleural*. Obtenido de Scibd:  
<https://es.scribd.com/document/637386543/Derrame-Pleural>
- Pinto, Y. (2022). *Proceso Enfermero a Paciente Femenina con Enfermedad Cerebrovascular Isquémico (EVC) Temporal Derecho, Internada en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos Dr. Pablo Agreda del Hospital Dr. Luis Ortega*. [Tesis de pregrado, Universidad de Oriente Núcleo Nueva Esparta]. Archivo digital.
- Rahman, N. (Agosto de 2023). *Derrame pleural*. Obtenido de Manual MSD:  
<https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-pulmonares/trastornos-mediast%C3%ADnicos-y-pleurales/derrame-pleural>
- Rinaudo, G., Buffa, S., Aybar, A., Carreras, R. & Díaz, I. (2017). *La Aproximación Diagnóstica: Una Herramienta para el Acercamiento a las Comunidades y Producción de Conocimientos. Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*. [Archivo PDF]
- Rodo, P. (2022). *Diagrama de Gantt*. Obtenido de Economipedia:  
<https://www.economipedia.com>
- Rodó, P. (2022). *Diagrama de Gantt*. Obtenido de Economipedia:  
<https://www.economipedia.com>
- Rodó, P. (2022). *Diagrama de Gantt*. Obtenido de Economipedia:  
<https://www.economipedia.com>
- Rubio, J. (2016). Papel de enfermería en el juicio clínico: la valoración y el diagnóstico (2ª parte). *Enfermería en Cardiología*, XXIII (69), 30-39.

- Saldias, F., & Diaz, O. (2014). Evaluación manejo de la neumonía del adulto adquirida en la comunidad. *Revista Médica Clínica Los Condes*, 553-564.
- Salusplay. (2022). *Tema 3: etapa de valoración*. Obtenido de <https://www.salusplay.com>
- Seguel, F., Valenzuela, S. y Sanhueza, O. (2015). El trabajo del profesional de enfermería:  
*revisión de la literatura. Ciencia y enfermería*, 15 (2), 11-20.
- Serrano, C. (30 de 10 de 2023). *Pulmones*. Obtenido de Kenhub: <https://www.kenhub.com/es/library/anatomia-es/vision-general-de-la-anatomia-pulmonar>
- Sethi, S. (Septiembre de 2022). *Introducción a la neumonía*. Obtenido de Manual MSD: <https://www.msmanuals.com/es-ve/hogar/trastornos-del-pulm%C3%B3n-y-las-v%C3%ADas-respiratorias/neumon%C3%ADa/introducci%C3%B3n-a-la-neumon%C3%ADa>
- Soto, P., Reynaldo, K., Martínez, D. & Jerez O. (2014). Competencias para la enfermera/o en  
el ámbito gestión y administración: desafíos actuales de la profesión. *Aquichan*, 14 (1), 79-99.
- Steinbach, T. (Julio de 2019). *Atelectasia*. Obtenido de Manual MSD: <https://www.msmanuals.com/es-ve/professional/trastornos-pulmonares/bronquiectasias-y-atelectasias/atelectasias>
- Studocu. (2019). *Teoría de Marjory Gordon*. Obtenido de <https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-autonoma-de-guerrero/fundamentos-de-enfermeria/teoria-de-marjory-gordon/28678239>
- Studocu. (2019). *Teoría de Marory Gordon*. Obtenido de Studocu: <https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-autonoma-de-guerrero/fundamentos-de-enfermeria/teoria-de-marjory-gordon/28678239>
- Suárez, R. (2002). *Nociones sobre examen físico para estudiantes de Licenciatura en*

*Enfermería. Manual de Enfermería.* Facultad de Ciencias Médicas General Calixto García Iñiguez.

<https://www.pdcorynthia.sld.cu/>

Torres, M., Dandicourt, C. y Rodríguez, A. (2005). Funciones de enfermería en la atención

primaria de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral (SciELO)*, 21 (3-4).

<https://www.scielo.sld.cu/>

Vademecum. (2010). *Ketoprofeno*. Obtenido de Vademecum: <https://www.vademecum.es/principios-activos-ketoprofeno-m01ae03>

Vademecum. (2010). *Metamizol Sódico*. Obtenido de Vademecum: <https://www.vademecum.es/principios-activos-metamizol+sodico-n02bb02>

Vademecum. (2010). *Metoclopramida*. Obtenido de Vademecum: <https://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/m033.htm>

Vademecum. (2010). *Omeprazol*. Obtenido de Vademecum: <https://www.vademecum.es/principios-activos-omeprazol-a02bc01>

Vademecum. (2016). *Ranitidina*. Obtenido de Vademecum: <https://www.google.com/amp/s/www.vademecum.es/amp/principios-activos-ranitidina-a02ba02>

Vademecum. (2016). *Vancomicina*. Obtenido de Vademecum: <https://www.google.com/amp/s/www.vademecum.es/amp/principios-activos-vancomicina-j01xa01>

Vademecum. (2017). *Meropenem*. Obtenido de Vademecum: <https://www.vademecum.es/principios-activos-meropenem-j01dh02>

Vademecum. (2018). *Clexane*. Obtenido de Vademecum: <https://www.vademecum.es/venezuela/medicamento/77002927/clexane-solucion-inyectable-100-mg-1-ml>

Vademecum. (2019). *Ficha Técnica Meropenem*. Obtenido de Vademecum: [https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/60640/FT\\_60640.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/60640/FT_60640.html)

Vélez, J. (30 de 10 de 2023). *Bronquios*. Obtenido de Kenhub: <https://www.kenhub.com/es/library/anatomia-es/bronquios>

Vásquez, A. (2020). *Proceso Enfermero Aplicado a Paciente Masculino con Enfermedad Renal*

*Crónica, Secundaria a Nefroangioesclerosis, en la Unidad de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar.*

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**

<b>TÍTULO</b>	Proceso enfermero a sexagenaria con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad, ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos Dr. "Pablo Agreda" del Hospital Dr. "Luis Ortega" de Porlamar.
<b>SUBTÍTULO</b>	

**AUTOR (ES):**

<b>Apellidos y Nombres</b>	<b>Código ORCID / e- mail</b>
Carreño Boadas Lorena Alejandra	<b>ORCID:</b>
	<b>e-mail:</b> lorenacarreno.2307@gmail.com
	<b>e-mail:</b>

**PALÁBRAS O FRASES CLAVES:**

neumonía adquirida en la comunidad  
proceso enfermero  
conjugación teórica y metodológica  
taxonomía NANDA-NIC-NOC  
unidad de cuidados intensivos

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**

<b>ÁREA</b>	<b>SUBÁREA</b>
Ciencias de la Salud	Enfermería

**RESUMEN (ABSTRACT):**

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) de acuerdo con Saldías y Díaz (2014) es una enfermedad respiratoria aguda, de origen infeccioso, que compromete el parénquima pulmonar, ocasionada por la invasión de microorganismos patógenos adquiridos fuera del ambiente hospitalario. El presente trabajo tiene como objetivo aplicar proceso enfermero a sexagenaria con Diagnostico de Neumonía Adquirida en la Comunidad, ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos Dr. "Pablo Agreda" del Hospital Dr. "Luis Ortega" de Porlamar. La investigación se abordó bajo un enfoque cuali-cuantitativo, donde se unifican el método investigación acción-participante y el estudio de caso clínico. Desde el punto de vista teórico y metodológico el proceso enfermero se encuentra sustentado bajo una conjugación de las teorías de Marjory Gordon y Dorothea Orem, permitiendo realizar la valoración subjetiva mediante entrevistas a la paciente, la obtención de datos por medio del examen físico, detectando los problemas de salud y procediendo a llevar a cabo los diagnostico de enfermería y planes de cuidado, siguiendo los lineamientos de la Taxonomía NANDA (2021-2023) NIC (2018) Y NOC (2018). Se concluye que la experiencia desarrollada permitió abordar el déficit de autocuidado de la paciente, así como también disminuir los niveles angustia y tristeza, además de la ausencia y falta de apoyo familiar.

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**

**CONTRIBUIDORES:**

<b>Apellidos y Nombre</b>	<b>ROL / CÓDIGO ORCID / E_MAIL</b>				
<b>Sulbarán Carlos</b>	<b>ROL</b>	<b>CA</b>	<b>AS</b>	<b>TU</b>	<b>JU</b>
					<b>x</b>
	<b>ORCID</b>				
	<b>E_MAIL</b>	Sulbarancarlos55@gmail.com			
	<b>E_MAIL</b>				
<b>Narváez Yulitza</b>	<b>ROL</b>	<b>CA</b>	<b>AS</b>	<b>TU</b>	<b>JU</b>
					<b>x</b>
	<b>ORCID</b>				
	<b>E_MAIL</b>	yulitzajose@hotmail.com			
	<b>E_MAIL</b>				
<b>Lárez Julioscar</b>	<b>ROL</b>	<b>CA</b>	<b>AS</b>	<b>TU</b>	<b>JU</b>
					<b>x</b>
	<b>ORCID</b>				
	<b>E_MAIL</b>	julioscarlarez@gmail.com			
	<b>E_MAIL</b>				

**FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:**

<b>AÑO</b>	<b>MES</b>	<b>DÍA</b>
2024	03	12

**LENGUAJE. SPA**

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**

**ARCHIVO (S):**

<b>NOMBRE DE ARCHIVO</b>	<b>TIPO MIME</b>
NNECTG_CBLA_2024	.docx
NNECTG_CBLA_2024	.pdf

**CARACTERES EN LOS NOMBRES DE LOS ARCHIVOS:** A B C D E F G H  
I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z . a b c d e f g h i j k l m n o p q r s t u v w x y z .  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 .

**ALCANCE**

**ESPACIAL:** Inespacial

**TEMPORAL:** Intemporal

**TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:**

Licenciada en Enfermería

**NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:**

Licenciatura

**ÁREA DE ESTUDIO:**

Ciencias de la Salud

**INSTITUCIÓN:**

Universidad de Oriente



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
CONSEJO UNIVERSITARIO  
RECTORADO

CUN° 0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano  
**Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ**  
Vicerrector Académico  
Universidad de Oriente  
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI - 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

**JUAN A. BOLAÑOS CURVELO**  
Secretario



C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/marija

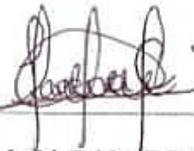
Apartado Correos 094 / Telfs: 4008042 - 4008044 / 8008045 Telefax: 4008043 / Cumaná - Venezuela

Tré. No un asunto en cada oficio

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**

**DERECHOS**

Artículo 41 del reglamento de trabajo de pregrado (Vigente a partir del II semestre 2009, Según comunicado CU-034-2009). "Los Trabajos de Grado son Propiedad exclusiva de la Universidad y sólo podrán ser utilizados para otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, quien lo participará en Consejo Universitario"



**LORENA ALEJANDRA CARREÑO BOADAS  
AUTORA**



**LCDO. CARLOS SULBARÁN  
JURADO**



**LCDA. YULITZA NARVÁEZ  
JURADO**



**LCDA. JULIOSCAR LÁREZ  
JURADO**



**LCDA. ANDREINA NORIEGA  
JURADO**

**POR LA COMISION DE TRABAJO DE GRADO**