



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
División de Estudios de Posgrado de la Facultad de
Enfermería
Maestría en Enfermería



Intervenciones personalizadas de cuidado enfermero en una persona con Covid-19 en
atención domiciliaria

Tesis

Que para obtener el grado de Maestra en Enfermería con terminal en Gestión,
Dirección y Liderazgo

Presenta

LE. Claudia Maribel Ruiz Silva.

Directora de tesis

Dra. Ma. Martha Marin Laredo.

Codirectora

Dra. Josefina Valenzuela Gandarilla.

Revisora

Mtra. Ruth Esperanza Perez Guerrero.

Morelia, Michoacán

Agosto de 2021

Directorio

M.S.P. Julio César González Cabrera

Director

M.E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Secretaria Académica

M.E. Renato Hernández Campos

Secretario Administrativo

Mesa sinodal

Mtra. Ruth Esperanza Perez Guerrero.
Presidenta

Dra. Ma. Martha Marín Laredo.
Vocal

Dra. Josefina Valenzuela Gandarilla.
Vocal

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar
Vocal

Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala
Vocal

**Intervenciones personalizadas de cuidado enfermero en una persona con Covid-19 en
atención domiciliaria**

ACTA DE REVISIÓN

La **Dra. Ma. Martha Marin Laredo**, profesora e Investigadora de tiempo completo adscrita a la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

CERTIFICA

Que ha dirigido el trabajo de tesis titulado **“Intervenciones personalizadas de cuidado enfermero en una persona con Covid-19 en atención domiciliaria”** Elaborado por la Licenciada en Enfermería, Claudia Maribel Ruiz Silva mismo que presenta para la obtención de grado de **Maestra en Enfermería con terminal en Gestión, Dirección y Liderazgo** en la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

DRA. Ma. Martha Marin Laredo

Profesora - Investigadora Titular “A”

Facultad de Enfermería

DRA. Josefina Valenzuela Gandarilla

Profesora - Investigadora Titular “B”

Facultad de Enfermería

M.E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Profesora - Investigadora Asociada “A”

Facultad de Enfermería

DRA. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Profesora – Investigadora Asociada “C”

Facultad de Enfermería

DRA. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala

Profesora - Investigadora Asociada “C”

Facultad de Enfermería

Dedicatoria.

A mi esposo, a quien le debo mi admiración y prácticamente mi vida.

A mis hijos, quienes me voltean a ver a todos los días, espero algún día pueda ser ejemplo de alguna manera, Julieta bienvenida al mundo que yo disfruto a diario.

A mis hermanas, que, aunque no lo merezca tengo su admiración y respeto por lo que he sido, soy y estoy segura, seré.

A mis compañeras y compañeros de trabajo que me enseñan tanto y tan poco.

Agradecimientos

Por la vida, por la salud, por la oportunidad, por mi esposo, por mis hijos, por mis hermanas, por mis sobrinos, por mi trabajo, por mis amigos, por mis compañeros de trabajo, por mis maestros... ¡Gracias Dios!

Índice

1.	Resumen	1
2.	Abstract.....	2
I.	Introducción	3
II.	Justificación.....	5
III.	Marco Teórico	7
3.1.	Proceso Enfermero (PE).....	7
3.1.1	Antecedentes.....	7
3.1.2	Definición.....	8
3.1.3	Características.....	9
3.1.4	Etapas.....	9
3.1.5	Fundamentos Teóricos Utilizados en el PE con la teoría de Orem.	11
3.2	Teoría de Autocuidado de Dorotea Orem (TEDA)	12
3.2.1	Historia.....	13
3.2.2	Contexto.....	14
3.2.3	Teoría del Déficit de Autocuidado.....	15
3.2.4	Características.....	16
3.2.4.1.	<i>autocuidado</i>	16
3.2.4.2.	<i>suposiciones</i>	17
3.2.4.3.	<i>teoría del autocuidado</i>	17
3.2.4.4.	<i>teoría del déficit de autocuidado</i>	18
3.2.4.5.	<i>teoría de sistemas enfermeros</i>	18
3.3.	Cuidado domiciliario	20
3.4.	Enfermedad por Covid-19	21
3.4.1.	Antecedentes.....	21

3.4.2. Contexto Epidemiológico del Covid-19 en México.	23
3.4.3. Covid-19.....	24
3.4.3.1. antecedentes del covid-19.....	25
3.4.3.2. sintomatología.	25
3.4.3.3. diagnóstico.....	26
3.4.3.4. tratamiento.....	26
3.4.3.5. complicaciones.	27
3.4.3.6. secuelas.....	27
IV. Metodología.....	28
V. Valoración	29
VI.- Diagnósticos.....	37
VII. Conclusiones	47
VIII. Sugerencias	49
IX. Propuesta	49
X. Referencias	51
XI. Anexos	53
Anexo 1. Instrumento de Valoración basado en la Teoría de Autocuidado.....	53
XII. Apéndices.....	65

1. Resumen

Introducción. El proceso enfermero, como método organizado y sistemático es la ciencia de la Enfermería, en la enfermedad covid-19 es necesario definir e implementar diagnósticos para hacer frente a esta condición, con la valoración por medio de la Teoría General de Dorothea Elizabeth Orem y utilizando la taxonomía Asociación Norte Americana de Diagnósticos Enfermeros por sus siglas en inglés, clasificación de resultados de enfermería y clasificación de intervenciones. **Objetivo.** Realizar intervenciones personalizadas de cuidado enfermero a una usuaria con enfermedad de Covid-19 en cuidados domiciliarios. **Método.** Se realizó una revisión documental e histórica, se implementó la búsqueda de información a partir de la revisión de la literatura, para la elaboración de los elementos que conforman esta tesis para realizar el trabajo consecuente a partir de valorar la información bajo el referente de la Guía de colecta de datos de la Teoría del Déficit de Autocuidado, que permea el sustento teórico del proceso enfermero que se elaboró, a la vez que se llevó a cabo un proceso de análisis, síntesis y selección de diagnósticos así como la planeación de intervenciones, acciones y evaluación a partir de las taxonomías antes mencionadas. **Conclusiones.** El covid- 19 siendo una enfermedad nueva, genera mucha incertidumbre por lo que el factor psiquiátrico y psicológico juega un papel muy importante, en la etapa de diagnóstico, se observó que no existen diagnósticos específicos para la anorexia y la diarrea ya que las manifestaciones clínicas no están determinadas, queda de manifiesto la necesidad de capacitación continua, y la vinculación de los modelos y teorías con las enfermedades emergentes, los diagnósticos cognitivos conductuales, ocuparon la prioridad del plan de cuidados y el que la paciente estuviera en su casa contribuyo grandemente a la recuperación total de la enfermedad, dando evidencia de esto al terminar el periodo descrito por la literatura.

Palabras clave. Proceso Enfermero, Teoría General de Orem, Covid-19.

2. Abstract

Introduction. The nursing process, as an organized and systematic method is the science of Nursing, in the covid-19 disease it is necessary to define and implement diagnostics to face the pandemic with the assessment through the General Theory of Dorothea Elizabeth Orem and using the North American Nurse Diagnostics Association taxonomy, Nursing Outcome Classification and Intervention Classification **Objective.** To carry out: personalized nursing care interventions for a user with Covid-19 disease in home care. **Method.** A documentary and historical review was carried out, the search for information was implemented from the review of the literature for the elaboration of the elements that make up this thesis to carry out the consequent work from evaluating the information under the reference of the self-care deficit theory, data collection guide that permeates the theoretical support of the nursing process that was elaborated, at the same time that a process of analysis, synthesis and selection of diagnoses was carried out as well as the planning of interventions, actions and evaluation to starting from the aforementioned taxonomies. **Conclusions.** Covid-19, being a new disease, generates a lot of uncertainty, so the psychiatric and psychological factor plays a very important role. In the diagnosis stage, it was observed that there are no specific diagnoses for anorexia and diarrhea since the clinical manifestations are not determined, the need for continuous training is evident, and the linking of models and theories with emerging diseases, cognitive behavioral diagnoses occupied the priority of the care plan and the fact that the patient was at home greatly contributed to the total recovery from the disease, giving evidence of this at the end of the period described by the literature.

Keywords. Nursing Process, Orem's General Theory, Covid-19.

I. Introducción

El presente trabajo es un Proceso Enfermero (PE) aplicado a una paciente con covid-19, en el cual se realiza la etapa de valoración, con el sustento teórico de la llamada macro teoría de Dorothea Elizabeth Orem, “Teoría del déficit de Autocuidado” (TEDA), compuesta por tres teorías relacionadas. Así como las taxonomías; Nursing Diagnoses: Definitions Classification (NANDA) 2018-2020, Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC) en su sexta edición y clasificación de resultados de Enfermería (NOC) quinta edición.

La pandemia por el nuevo coronavirus denominado SARS COV-2, puso a prueba los servicios de salud en México, diariamente se genera información misma que se modifica rápidamente, por lo que la ciencia de enfermería, tuvo que radicar sus atenciones en la enfermedad que causaba el mencionado virus. Para la adecuación de estos cambios se realiza una búsqueda de planes de cuidados personalizados para realizar el presente plan de cuidados a una paciente con dicha enfermedad en cuidados domiciliarios, ya que, ante el colapso de los servicios sanitarios, la desinformación de las redes sociales, el miedo, las recomendaciones gubernamentales y el acceso a los servicios externos de salud, el fenómeno de la atención en casa juega un papel importante de la cual se habla muy poco.

El desempeño de los profesionales de enfermería y otras categorías va más allá de los entornos hospitalarios, muchos trabajan en hogares de pacientes y, en este contexto de salud, los pacientes domiciliarios suelen ser aquellos con afecciones crónicas agudas, readquiridos, en cuidados paliativos, con síndromes, trastornos respiratorios, trastornos neurológicos, hipertensión, diabéticos, y también son susceptibles al virus SARS-CoV-2 (Ribeiro, Tonin, Herman y Godoi, 2020)

La OMS recomienda que todas las personas sospechosas de tener Covid-19 con infección respiratoria aguda grave sean examinadas en el primer punto de contacto con el sistema de salud y que se inicie un tratamiento de emergencia en función de la gravedad de la enfermedad Ribeiro (2020), el gobierno de México, exhortó que todos los casos confirmados por laboratorio sean aislados y que dependiendo de su sintomatología se “quedaran en casa” así la comunidad optó por esta opción, y requirió del cuidado profesional de la enfermería.

Se redacta la justificación del presente estudio en donde se destaca importancia del trabajo de enfermería a partir de la creación de un marco teórico conformado por la TEDA, el PE, el cuidado domiciliario y la enfermedad Covid-19, seguida por la valoración la cual se realizó a partir de los factores condicionantes básicos y requisitos de autocuidado universal, de desviación de la salud y de autocuidado, la síntesis de la agencia de autocuidado, a partir de los cuales se estableció la priorización de diagnósticos con base a la clasificación de los datos de los cuales se desprenden seis diagnósticos.

Posterior a ello se realizó la clasificación de resultados esperados NOC, intervenciones y acciones establecidas en el NIC considerando la priorización de las mismas, una vez realizado y aplicado esto se analiza la puntuación Diana de las escalas determinadas, y se culmina con el apartado de Conclusiones, Referencias Bibliográficas y Anexos.

II. Justificación

El PE anteriormente definido, es el método científico que emplea el profesional de enfermería para atender las necesidades y/o problemas del usuario, familia y comunidad para alcanzar el máximo bienestar posible, mediante una asistencia continua, coordinada y racionalizada. Una de las grandes teóricas es Dorothea Elizabeth Orem, quien desarrolló su modelo conceptual donde propone tres teorías relacionadas entre sí cuya finalidad es mantener la funcionalidad vital de la persona mediante el cuidado de sí mismo (Pereda, 2010).

Mediante las bases teóricas, y los constructos de su teoría se realiza la valoración del presente trabajo, evidenciando la utilidad imprescindible en la práctica, la gestión del cuidado, la docencia y la asistencia. En el estudio documental “Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem” se llevó a cabo una revisión preliminar de las teorías más reportadas en las bases de datos internacionales, encontrando que el 47% de las referencias localizadas en su momento, utilizaban algunas de las teorías de Orem o conceptos de su Teoría General. Entre sus conclusiones indican que la evidencia empírica sobre la aplicación de la Teoría General muestra su importancia en el desarrollo del conocimiento en enfermería e indica su gran utilidad para la investigación y práctica de la disciplina (Navarro & Castro, 2010)

Para determinar si el domicilio en cuestión es apto para aislar y atender d a un paciente con Covid-19 y valorará, entre otras cosas, si el paciente, el cuidador y los miembros del hogar tienen todo lo necesario para cumplir las recomendaciones en materia de aislamiento domiciliario. Por ejemplo, necesitan suministros para la higiene de las manos y respiratoria, así como materiales para la limpieza del entorno, y han de ser capaces de obedecer o imponer limitaciones al movimiento desde la casa y en torno a ella, si se cuentan con estos elementos, las recomendaciones indican que esto se puede y se debe llevar a cabo, razón por la cual se determinó llevar a cabo esta atención de primer nivel (OMS, 2020)

El día 11 de marzo del 2020, la misma OMS declaró la pandemia por SARS CO 2. Desde el inicio los datos que se desprenden de los informes cambia a diario, se reporta que se han alcanzado más de 24 millones de casos notificados en todo el mundo, “Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias” (2020), Razón por la cual el seguir implementando ciencia de enfermería es imperioso, para coadyuvar a la adecuada atención,

planes de cuidados, revisión de nuevos diagnósticos enfermeros etc. para el restablecimiento de la salud a los usuarios que aqueja esta enfermedad aun por conocer.

III. Marco Teórico

El presente marco teórico se realiza con base a cuatro constructos relevantes utilizados en la presente tesis, como primer momento se aborda el PE, sus antecedentes, importancia de su aplicación, constructos y sus generalidades. En segundo lugar, la TEDA, donde se plasma los elementos de la teoría, los conceptos paradigmáticos de su autora, y los precedentes que hacen de esta teoría una de las más importantes para la valoración de enfermería, como tercer momento se revisan, los conceptos de cuidado domiciliario, alternativa de atención primaria a la salud. Finalmente se plasma lo referente a la enfermedad Covid-19 ocasionada por el nuevo coronavirus que se convirtió en pandemia, así como sus investigaciones más recientes con la finalidad de evidenciar la ciencia en la aplicación de este trabajo.

3.1. Proceso Enfermero (PE)

El PE definido por algunos autores como; “el sistema de la práctica de Enfermería”, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud” (Reina, 2010), su uso resulta imprescindible en la práctica enfermera. El PE cabe mencionar que es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería frente a alteraciones de salud reales y/o potenciales de las personas (Navarro & Castro, 2010) el uso de éste proceso favorece la individualización de los cuidados entregados e impide omisiones o repeticiones.

EL PE representa el eje metodológico fundamental de enfermería para brindar cuidados, como lo menciona González & Monroy (2016) siendo así el único método científico objeto de la profesión de enfermería, debido a tal importancia Reyna en 2010, lo definió como “instrumento vital de cuidado” (Gutierrez, 2009) lo describió como la aplicación del método científico en la práctica, y menciona que es la única herramienta científica válida para brindar cuidado de calidad, término que en los últimos años ha prevalecido para la mejora de la atención al usuario, que a su vez la convierte en disciplina científica (Gonzalez & Monroy, 2016).

3.1.1 Antecedentes.

La disciplina profesional de Enfermería tiene sus inicios a mediados del siglo XIX, sus orígenes se remontan al acto de cuidar a la persona herida, con la figura de Florence Nightingale se da el inicio a la disciplina de enfermería y fue la primera teórica que describió a Enfermería y la relaciona con el entorno, abordando con especial interés la observación. Desde allí, empieza la conceptualización del cuidado como pilar fundamental de Enfermería, en los años 70' (Reina, 2010) originando los cimientos hasta lo que conocemos actualmente, como PE.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución), Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstico (Reyes, 2015). Linda Hall en 1955, quien describió el PE como el método de trabajo del profesional en la década de los cincuenta del siglo pasado, desde entonces ha tenido varios títulos como método enfermero. En México la adaptación que se le ha otorgado obedece a diferentes influencias, emanadas de estos antecedentes.

3.1.2 Definición.

Como se mencionó anteriormente, el concepto de PE, obedece a la transformación de diversos autores, a través de la historia, coincidentemente su abordaje no dista mucho entre uno y otro; Reina (2010) lo define como; herramienta necesaria que se sustenta en el método científico y se apoya en las teorías de la ciencia de enfermería, mediante el cual se brindan los cuidados de enfermería en la práctica de la disciplina profesional. Por otra parte, Gutiérrez (2009) menciona en su artículo titulado “Factores que determinan la aplicación de PE en hospitales de Villavicencio, Colombia” como la metodología que estandariza la identificación y resolución de los problemas del paciente y direcciona el cuidado basado en la evidencia, esto incluyendo las etapas actuales.

En el mismo sentido se acuña otra característica para su definición; conjunto de acciones intencionadas que el profesional de enfermería, apoyándose en modelos y teorías, realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que la persona que necesita de cuidados

de salud reciba los mejores posibles por parte de enfermería donde hace mención de la inmersión del apoyo base, a la primera etapa de esta herramienta perteneciente a la ciencia de enfermería y son las teorías y modelos (“Congreso historia de enfermería”, 2015)

3.1.3 Características.

El PE se caracteriza por ser sistemático, debido a que se realiza secuencialmente, luego pasa por las etapas diagnóstica, de planeación y de ejecución y termina siempre con la evaluación, es un proceso dinámico, puesto que las necesidades de cuidado de las personas son cambiantes (Reina,2010) mejoran, empeoran, aumentan disminuyen, dependiendo del contexto, de la situación salud- enfermedad, de necesidad, lo que lleva a que se construyan varios procesos para un mismo sujeto “Congreso historia de enfermería” (2015).

Por ende, es oportuno, con un plan de cuidado para cubrir unas necesidades puntuales, que, al evaluarse, es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera (o), que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y de método científico (Reyna, 2010)

Es humanistas por considerar al hombre como un ser holístico, total e integrado que es más que la suma de sus partes y que no debe fraccionar, modificarse o continuar según la evolución del sujeto de cuidado, Reina (2010) el humanismo; concepto acuñado por el profesional de enfermería, para describir y etiquetar al hombre o al ser como un ser indivisible, algunas otras características que se han descrito son; la intencionalidad, la flexibilidad y la interactividad, de acuerdo al documento, “Congreso historia de enfermería “(2015), para concebir y aplicar el PE, se hacen necesarios unos requerimientos previos del profesional de enfermería como lo son; conocimientos, las habilidades y la crítica, mismas que se adquieren en su trayectoria formativo.(Reyna, 2010)

3.1.4 Etapas.

El PE está constituido por una serie de etapas subsecuentes, engranadas, interrelacionadas, que son cinco: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, Reina (2010). Metodología que estandariza la identificación y resolución de los problemas del paciente y

direcciona el cuidado, Gutiérrez (1967). Yura y Walsh describieron cuatro fases, consideradas en la primera generación del PE de acuerdo a González & Monroy (2016), ya posteriormente la progresión describiría cinco etapas, descritas a continuación.

En la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, favoreciendo la interacción de la enfermera – Sujeto de cuidado, como lo describe Reina (2009) al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia, “congreso historia de enfermería” (2015) elementos necesarios para una óptima recolección de datos objetivos y subjetivos o respuestas humanas alteradas entre otros.

Reyna (2009), también menciona que el punto de partida para la etapa de Valoración son los patrones funcionales de Maryore Gordon creados en el año 1973, y que actualmente son utilizados para realizar la valoración de enfermería en el PE, en diversas instituciones de salud en México.

La segunda fase del PE es el enunciado del problema real de alto riesgo o estado de bienestar para el sujeto de atención que requiere intervención, Roldan & Fernández (1999). Aunque en el progreso del PE se pudo determinar que no solo era un problema real si no también podía ser potencial.

En esta segunda etapa; el diagnóstico, que consiste en la identificación de los problemas de salud para Enfermería basado en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería (Reina, 2010)

La planeación como tercera etapa del PE, incluye las siguientes etapas; establecimiento de prioridades entre los diagnósticos, determinación de objetivos y planeación de intervenciones de enfermería para ayudarle a lograr los objetivos, describen roldan y Fernández *en* su artículo proceso de atención de enfermería (1999).

La Planeación, consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente enfermera-paciente, conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería como lo

describe Reina, (2010) la importancia de esta etapa, radica en utilizar un juicio propio para la identificación correcta de estas intervenciones.

La cuarta etapa, la ejecución, es la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde interviene según la planificación Reina, (2010), la comunidad de enfermería insiste en el registro correcto de las intervenciones ya que se menciona que no registramos todo lo que realmente realizamos. La quinta y última etapa es la evaluación, entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos. (Reina, 2010).

Gonzalez & Monroy (2010), definen que cada disciplina establece su actuar a través de la aplicación del método científico en su campo de trabajo, dicho método está sujeto a cambios por la adopción de nuevos paradigmas, el caso de enfermería se ha transitado por tres paradigmas que han configurado este actuar, cada uno de ellos implicó un cambio en la concepción del metaparadigma, definiendo así; persona, enfermería, cuidado y entorno, por supuesto no queda excluidas las etapas del PE.

3.1.5 Fundamentos Teóricos Utilizados en el PE con la teoría de Orem.

En la disciplina de enfermería se pueden identificar modelos y teorías, Navarro & Castro (2010). Grandes teorías y teorías de mediano rango, como la descrita por Florence Nightingale, quien fue la primera teórica que describió la Enfermería y su Entorno, esto dio paso a las posteriores teóricas, que tomaron sus descripciones para formular teorías de las que hoy podemos estudiar. Esta teoría abordó muchos aspectos que en el contexto histórico y en la época en que se desarrolló no es tan lejano al conocimiento actual y ha servido de pauta en las actividades que se describen para el modo de actuación de la enfermera (Guillen, 1999).

Reina (2010), menciona que, para concebir y aplicar el PE se hacen necesarios unos requerimientos previos del profesional de enfermería como lo son los conocimientos, las habilidades y la crítica, el primero de ellos hace referencia a las bases teóricas de la Enfermería que cuenta con filosofías, teorías, modelos conceptuales, investigaciones

científicas propias de la profesión, pero también tiene alguna bases conceptuales de otras áreas del conocimiento, como lo son, la psicología, medicina, filosofía entre otros.

El PE tiene un sustento teórico fundamentado en las diversas teóricas en Enfermería, comenzando con la pionera de la Enfermería, Florence Nightingale continuando con las catorce necesidades básicas en el paciente, donde podría decirse que se sientan las primeras bases para una nomenclatura propia para definir problemas y prioridades de Enfermería (Reina, 2010).

De igual forma, Dorothea Orem en su teoría del déficit de auto cuidado Particularmente, la teórica Ida Jean Orlando es quien fundamenta como tal el proceso por medio de la Teoría del proceso de Enfermería, que brinda los primeros cimientos para conformar los elementos básicos de éste dados por el contacto enfermera-paciente. (Reina, 2010).

Es un desafío avanzar en la implementación de teorías de enfermería en la práctica, pues trae beneficios a la disciplina, ya que contribuyen a diferenciarla de otras profesiones de la salud, involucra la utilización de un lenguaje profesional característico, también se manejan conceptos de persona, ambiente, salud y enfermería desde la perspectiva de la teoría que se aplica. Usar las teorías contribuye a distanciar a la enfermería del enfoque biomédico que por mucho tiempo ha primado y la ha influenciado (Navarro y Castro, 2010)

3.2 Teoría de Autocuidado de Dorotea Orem (TEDA)

Dorothea E. Orem presenta su TEDA como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería, Naranjo, Y., Concepción, J., Rodríguez, M. (2017) llamada “una de las grandes teóricas”, desarrollo este modelo conceptual, cuya finalidad es la funcionalidad vital de la persona mediante el cuidado de la misma (Pereda, 2011).

La enfermería desde sus inicios se ha considerado como un producto social vinculado al arte de cuidar, por lo que responde a la necesidad de ayudar a las personas, cuando estas no tienen capacidad suficiente para proporcionarse a sí misma o a las personas, que dependen

de ellas, la calidad y cantidad de cuidados para mantener la vida, identificando los problemas de salud y las necesidades reales y/o potenciales de la persona, familia y comunidad que demandan cuidados, generando autonomía o dependencia como consecuencia de las actividades que asuma el enfermero (Prado, Gonzalez, Paz, Romero, 2014).

3.2.1 Historia.

Dorothea Elizabeth Orem nació y se crio en Baltimore, Maryland en 1914 y falleció en el 2017. Inició su carrera enfermería en la Providence Hospital School of Nursing en Washington, DC, donde recibió un diploma en enfermería a principios de la década de 1930 Naranjo et al. (2017) durante su práctica profesional fue enfermera quirúrgica, supervisora y profesora de ciencias biológicas; fungió como directora de la Escuela de Enfermería y el Departamento de Enfermería del Providence Hospital; durante 8 años permaneció en la División de Hospitales y Servicios Institucionales de Indiana donde buscó mejorar la calidad de enfermería, Pereda, (2011) debido a esto obtuvo experiencias y pensamiento crítico, para finalmente comenzar a escribir.

El primer libro publicado de Dorothea E. Orem fue Nursing Concepts of Práctico en 1971. Mientras preparaba y revisaba Concept formalization in Nursing: Process and Product, Dorothea E. Orem fue editora de la NDCG (1973,1979). En 2004 se reedito la segunda edición y fue distribuida por la International Orem Society for Nursing Science and Scholarship. Las siguientes ediciones de Nursing: concepts of Practice se publicaron en 1980, 1985, 1991, 1995, y 2001. (Naranjo et al. 2017).

Orem dio a conocer su modelo de autocuidado de Enfermería y menciona el trabajo de otras autoras que han contribuido a las bases teóricas de la Enfermería, entre ellas Faye Glenn Abdella, Virginia Henderson, Dorothy E. Johnson Imogene King Levine, Florence Nigthingale, Ida Jean Orlando, Hildegard E. Peplau, Martha E. Rogers, Sor Callista Roy y Virginia Wiedenbach, Naranjo et al, (2017) y bases de algunas ciencias alternas, entre ellas la psicología, la filosofía, la medicina etc.

Para la TEDA es fundamental el tema filosófico, mostró la coherencia entre las visiones respecto a la naturaleza de la realidad, de los seres humanos y de la enfermería como una ciencia y las ideas y posturas asociadas a la filosofía. Orem no estudió la naturaleza de

la realidad específicamente sin embargo las afirmaciones y frases que utiliza reflejan una postura realista moderada Prado et al. (2014) y así centraba la existencia en lo individual, donde está el verdadero ser.

En 1950 propuso por primera vez una definición de enfermería, se dedicó a desarrollar una estructura teórica que sirviera de marco para este cuerpo de conocimientos (Prado et al. 2014).

3.2.2 Contexto.

El cuidado es una actividad permanente y cotidiana de la vida de los sujetos. Todos o casi todos, cuidan y/o se cuidan. El cuidado de enfermería añade a lo cotidiano la profesionalidad. El cuidado hay que situarlo en el contexto del proceso vital o hasta la muerte (Rivero et al., 2007).

Si de contexto hablamos; las teorías y modelos conceptuales no son nuevos para la enfermería, en la actualidad cada profesional tiene su propia visión, en México aún hay mucho por trabajar en ello. Es conocido por los profesionales de la enfermería que no se pueden aplicar en todas las situaciones todos los modelos y teorías, sino una pequeña parte de ellos que respondan a una necesidad de ayudar a las personas, cuando estas no tienen capacidad suficiente para proporcionarse a sí misma la calidad y cantidad de cuidados requeridos para mantener la vida y el bienestar como causa de una situación de salud particular. Los modelos y teorías de enfermería se utilizan para guiar y facilitar la práctica de los enfermeros. (Prado et al. 2014).

Sillas (2011) menciona que el papel que ocupa actualmente la enfermería en las disciplinas del área de la salud y en la sociedad, está determinado por su trayectoria y quehacer en el transcurso del tiempo, influenciado por una serie de hechos y circunstancias que han definido su actuar y su función social, siendo está reconocida a nivel mundial y con ello el compromiso de mejorar los procesos y elevar la calidad en el cuidado, la enfermería nació con el hombre, por la necesidad de proveer el cuidado a la familia y posteriormente a las personas que requieren de un cuidado especializado. Inicia como una profesión eminentemente práctica, que con el devenir de los años ha incrementado su cuerpo de

conocimientos como lo muestran la creación de teorías de enfermería a partir de 1950 y más tarde con el proceso de enfermería y la taxonomía NANDA, NIC, NOC.

En el manual de apoyo para el personal de enfermería en las unidades de hospitalización, elaborado por Canul (2014), explica que en México, las aportaciones de Orem pueden contribuir a mejorar la calidad de vida de la población, especialmente para aquellos que presentan enfermedades crónicas degenerativas tales como la hipertensión arterial, las cardiopatías, la diabetes, así como la dependencia a drogas, que requieren cambios en el estilo de vida, de tal forma que las intervenciones construidas a su alrededor permitan disminuir las complicaciones en su salud y/o evitar que éstas aumenten.

3.2.3 Teoría del Déficit de Autocuidado.

Dorothea Elizabeth Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí: teoría del autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y la teoría de sistema de enfermería. Además, afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: Actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para desarrollo (Naranjo, 2019).

La teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Dorotea E Orem propone a este respecto tres tipos de requisitos: 1. Requisito de autocuidado universal. 2. Requisito de autocuidado del desarrollo 3. Requisito de autocuidado de desviación de la salud. Los requisitos de autocuidado de desviación de la salud, son la razón u objetivo de las acciones de autocuidado que realiza el paciente con incapacidad o enfermedad crónica (Naranjo et al, 2017).

Factores condicionantes básicos: son los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado. También afectan al tipo y cantidad de autocuidado requerido, se denominan factores condicionantes básicos Dorothea E. Orem en 1993 identifica diez variables agrupadas dentro de este concepto: edad, sexo ,estado redesarrollo estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida ,factores ambientales,

disponibilidad y adecuación de los recursos; pueden ser seleccionadas para los propósitos específicos de cada estudio en particular ya que de acuerdo a sus supuestos, deben estar relacionadas con el fenómeno de interés que se pretende investigar (Naranjo et al. 2017).

3.2.4 Características.

Para aplicar el modelo de Orem es necesario conocer cómo define los conceptos paradigmáticos de persona, enfermería, entorno y salud, así como también la conceptualización de su teoría, y que la caracteriza.

Orem define al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante, con la capacidad de reflexionar sobre sí mismo y su entorno, define los cuidados de enfermería con el fin de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, el entorno es entendido como todos aquellos factores físicos, químicos, biológicos y sociales, familiares o comunitarios, finalmente define la salud como un estado que, significa cosas diferentes en sus distintos componentes y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona (Marcos & Tizón, 2013).

3.2.4.1. autocuidado.

El autocuidado es un concepto introducido por Dorothea E Orem, la define como actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento, Naranjo et al. (2017), el concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, al coincidir con la finalidad de la promoción de la salud, Naranjo (2019), así mismo, Prado, et al. (2014) lo define como conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos y externos que pueden comprometer su vida y desarrollo.

El autocuidado, por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma, consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuar, además, con el

desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo. Prado, et al. (2014), así lo menciona de igual manera Naranjo et al en el (2017; “función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar”.

3.2.4.2. suposiciones.

Orem planteó presuposiciones y propuestas para la teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas enfermeros. Estos elementos constituyen la expresión de las teorías que se resumen a continuación, los supuestos básicos de la teoría general se formalizaron a principios de la década de 1970 y se presentaron por primera vez en la escuela de enfermería de la Marquette University en 1973 (Marriner y Raile, 2011).

Orem, identifica las cinco premisas en la teoría general de la enfermería: 1. Los seres humanos requieren estímulos continuos, deliberados, de ellos y de su entorno para sobrevivir y funcionar. 2. La actividad humana, el poder de actuar de manera deliberada, se ejercita en forma de cuidado por uno mismo y por otros para identificar las necesidades y realizar los estímulos necesarios. 3. Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones de la acción en el cuidado de uno mismo y los demás, haciendo. 4. La actividad humana se ejercita descubriendo, desarrollando y transmitiendo maneras y medios para identificar las necesidades y crear estímulos. 5. Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan las responsabilidades. (Marriner & Raile, 2011)

3.2.4.3. teoría del autocuidado.

La teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Dorotea E Orem propone a este respecto tres tipos de requisitos: 1. Requisito de autocuidado universal, 2. Requisito de autocuidado del desarrollo 3. Requisito de autocuidado de desviación de la salud. (Naranjo et al, 2017).

Naranjo (2019) consideró que la teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo bajo los requisitos antes descritos.

3.2.4.4. teoría del déficit de autocuidado.

La teoría general del déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto Naranjo et al. (2017), ante la capacidad de los seres humanos de adaptarnos a las situaciones del entorno, se requiere de apoyo para completar actividades de la vida diaria y del mismo autocuidado, y este sería de familiares, amigos y del mismo profesional de enfermería.

Prado, et al. (2014) mencionan en su artículo que esta teoría es el núcleo del modelo de Orem, establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que los incapacitan para el autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto.

Dorothea E Orem usa la palabra agente de autocuidado para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado. Naranjo et al, (2017) el cuidar de uno mismo, cuando el individuo toma conciencia de su propio compromiso, limitaciones del cuidado, cuando no está en sus manos, por factores externos y aprendizaje de autocuidado, cuando usa sus propios medios cognitivos para satisfacer sus requisitos.

3.2.4.5. teoría de sistemas enfermeros.

Cuando existe el déficit de autocuidado, Los enfermeros(as) pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería, que puede ser; esta teoría se encuentra compuesta por tres tipos de sistemas; totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo.

El sistema totalmente compensador: Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Se trata de que la enfermera se haga cargo de satisfacer los requisitos de autocuidado universal del paciente hasta que este pueda reanudar su propio cuidado o cuando haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad. Naranjo et al (2017) un ejemplo de este sistema es; cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total,

cuando los cuidados que se realizan a un paciente inconsciente, o al paciente encamado con reposo absoluto (Prado et al, 2017).

El Sistema parcialmente compensador: Este sistema de enfermería no requiere de la misma amplitud o intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio. La enfermera actúa con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en término de toma de decisiones y acción. Naranjo et al, (2017) este puede ser por motivos de limitación o incapacidad, por tanto, el paciente y la enfermera interactúan para satisfacer las necesidades de autocuidado, el paciente puede realizar algunas acciones como cepillarse los dientes y alimentares, pero dependen de la enfermera: desplazarse hasta el baño, bañarse o vestirse (Prado et al. 2014)

En el sistema de apoyo, enfermería es el apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería, a veces esto puede significar simplemente alertarlo. El papel de la enfermera se limita a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades. Naranjo et al. (2017), unos ejemplos de esto pueden ser; consejos, apoyo y enseñanzas de las medidas que sean necesarias para que el individuo sea capaz de realizar su autocuidado, los elementos básicos que la constituyen son; la enfermera, el paciente o grupo de personas, los acontecimientos ocurridos incluyendo, entre ellos, las interacciones familiares y amigos. (Naranjo et al. 2017)

Los sistemas de enfermería tienen varias cosas en común; las relaciones para tener una relación de enfermería deben estar claramente establecidas, los papeles generales y específicos de la enfermera, el paciente y las personas significativas deben ser determinados, preciso determinar el alcance de la responsabilidad de enfermería, debe formularse la acción específica que se va a adoptar a fin de satisfacer necesidades específicas de cuidados de la salud y por ultimo debe determinar la acción requerida para regular la capacidad de autocuidado para la satisfacción de las demandas de autocuidado en el futuro. (Naranjo et al. 2017)

La gran teoría de la americana Orem, promueve la satisfacción del usuario por medio de la enseñanza aprendizaje, y de la agencia de enfermería, su uso ha sido de gran relevancia y los diversos estudios de la literatura científica lo demuestran a través de las revisiones

sistemáticas y su aplicación en lo asistencial, también diversas universidades lo tienen en sus currículos como parte fundamental de la trayectoria escolar, aunque su aplicación es compleja y requiere de estudio profundo, se ha utilizado para la complementación del PE.

3.3. Cuidado domiciliario

La pandemia de Covid-19 ha tomado por sorpresa a la mayoría de los sistemas de salud; la respuesta a ello ha sido diversa, de acuerdo con los escenarios epidemiológicos. Los resultados de las investigaciones han tratado de establecer el manejo del paciente de forma dinámica, aunque heterogénea, dependiendo de cada organización o institución de salud que los publica, así como entre los diferentes niveles de atención médica, Gutierrez, Pavón, Ramirez, Del ángel, Muños (2020), en el primer nivel de atención médica, existe la atención domiciliaria, Enfermería es el principal autor de esta atención, ya que desde tiempos remotos se ha realizado.

La atención domiciliaria definida como; un conjunto de actividades que surgen del contexto de un planificación previa, desarrollado por profesionales de un equipo de salud y que tienen como objetivo proporcionar atención de salud mediante actividades que incluyen contenidos de promoción, protección, curación y rehabilitación, dentro de un marco de plena corresponsabilización del usuario y/o familia con los profesionales de la salud, en el domicilio de aquellas personas, que debido a sus estado de salud o a otros criterios no pueden desplazarse al centro de salud (Suarez, 2012)

Según la OMS, la atención domiciliaria es aquella modalidad de asistencia programada que lleva al domicilio del paciente, los cuidados y atenciones biopsicosociales y espirituales, ya que el domicilio es el hábitat natural de las personas, en el que se ubica el núcleo familiar, espacio de calidad y calidez, intimidad, acompañamiento, de comprensión permanente e incondicional, aspecto que cobra mayor importancia en el caso de pacientes con enfermedades crónicas y/o terminales, cuya carga emocional y espiritual se intensifica en los últimos momentos de su vida Suarez (2012), La prestación de servicios de enfermería en el propio domicilio ha recibido diversas denominaciones, como Enfermería de cuidados domiciliarios, de visitas etc. (Kosier & Erb, 2013)

La enfermera desempeña un rol primordial en la ejecución de cuidados domiciliarios, especialmente hacia aquellos considerados un grupo vulnerable, desarrollando alternativas asistenciales a la hospitalización tradicional que logran otorgar cuidados de salud de calidad, pero en un ambiente sanitario más seguro, Puchi & Jara (2015)

La atención en el domicilio de un caso sospechoso o confirmado de Covid-19, tanto en adultos como en niños, puede plantearse cuando la atención hospitalaria no esté disponible o no pueda ofrecerse con todas las garantías de seguridad, por ejemplo, cuando la capacidad no sea suficiente para satisfacer la demanda asistencial. Los pacientes que hayan recibido el alta hospitalaria también pueden seguir recibiendo atención en el domicilio en caso de ser necesario. Atender a una persona infectada en el domicilio en lugar de en un centro médico o especializado aumenta el riesgo de transmisión del virus al resto de personas que se hallan en el hogar (OMS, 2020)

Sin embargo, el aislamiento de quienes están infectados por el SARS-CoV-2, el virus causante de la Covid-19, puede contribuir en gran medida a cortar las cadenas de transmisión. La decisión de aislar a una persona infectada y atenderla en el domicilio depende de tres factores; la evaluación clínica del paciente, la evaluación del entorno doméstico, la capacidad de vigilar la evolución clínica de un paciente con Covid-19 en el domicilio (OMS, 2020)

Las ventajas de esta modalidad asistencial apuntan tanto al paciente como a la familia y a la institución hospitalaria. otorga mayor bienestar psicológico, menor deterioro nutricional, descanso más reconfortante, postura más activa en su recuperación, trato más personalizado, menor riesgo de contagio de infecciones asociadas a la atención en salud y mayor satisfacción usuaria (Puchi & Jara 2015)

3.4. Enfermedad por Covid-19

3.4.1. Antecedentes.

En los últimos treinta años han aparecido nuevas enfermedades, a las que se le han denominado “enfermedades emergentes”, ejemplo de ellas son: la enfermedad de los Legionarios, el SIDA, las enfermedades hemorrágicas severas como el Ebola, Guanareño, Sabia, Hantavirus, entre otras, García, Maguiña y Gutiérrez (2003), e indistintamente, en México han hecho su aparición a lo largo de la historia.

Hasta el año 2020, el coronavirus humano más conocido era el SARS-CoV, un virus que infecta el tracto respiratorio tanto en su parte superior como inferior y fue identificado por primera vez a finales de febrero de 2003 tras el brote del Síndrome Respiratorio Agudo y Severo (SARS)¹, motivando que la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitiera una alerta sanitaria global. La enfermedad se propagó a más de dos docenas de países en Norteamérica, América del Sur, Europa y Asia antes de que se pudiera contener el brote; desde el año 2004, no ha habido ningún caso conocido. (“Consejo General de Colegios Farmacéuticos”, 2020).

Diversos virus, están distribuidos en todo el mundo, fueron identificados en 1966, al 2005, se transmiten sobre todo durante el invierno, son causa frecuente de resfriado común, con síntomas leves en pacientes inmunocompetentes. Existen dos virus altamente patógenos y transmisibles, el primero reportado en 2002 en la provincia de Guangdong, China, nombrado coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV) y una década después en 2012 en Arabia Saudita se aisló el coronavirus del síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS-CoV). Posterior a las epidemias de SARS-CoV y MERS-CoV, en China se establecieron estrategias para la identificación oportuna de virus emergentes y reemergentes (Aragón, Vargas, y Miranda, 2020).

A finales de diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, provincia Hubei, China, se reportaron una serie de casos que cumplían criterios para neumonía de etiología desconocida de características graves y las autoridades locales de salud notaron en los pacientes una asociación epidemiológica con un mercado mayorista de mariscos, en los que también se vendían al público animales no acuáticos como aves de corral vivas y varios tipos de animales salvajes (Aragón, et al. 2019)

De forma inmediata notificaron al Centro Chino para el Control y Prevención de Enfermedades y el 31 de diciembre se inició la investigación epidemiológica y como primera medida de control el 01 de enero de 2020 se indicó el cierre del mercado al público. Aragón, et al. (2019), se informó sobre un grupo de 27 casos de neumonía de etiología desconocida, con una exposición común en dicho mercado mayorista de marisco, pescado y animales vivos en la ciudad de Wuhan, incluyendo siete casos graves (“información científica-técnica”, 2020).

El inicio de los síntomas del primer caso fue el 8 de diciembre de 2019. El 7 de enero de 2020, las autoridades chinas identificaron como agente causante del brote un nuevo tipo de virus de la familia Coronaviridae que posteriormente ha sido denominado SARS-CoV-2, cuya secuencia genética fue compartida por las autoridades chinas el 12 de enero. El día 11 de marzo, la OMS declaró la pandemia mundial (“Información científica-técnica”, 2020).

Los coronavirus se encuentran ampliamente distribuidos e infectan humanos, mamíferos y aves, pueden ocasionar enfermedades respiratorias, entéricas, hepáticas y neurológicas. (Aragón et al. 2020). Se trata de una enfermedad zoonótica, lo que significa que pueden transmitirse de los animales a los humanos, producir cuadros clínicos que van desde el resfriado común con patrón estacional en invierno hasta otros más graves como los producidos por los virus del SARS y MERS-CoV (“Información científica-técnica”, 2020).

3.4.2. Contexto Epidemiológico del Covid-19 en México.

Al inicio en México no se habían presentado casos con el nuevo virus. Sí se tienen casos de infección por otras variedades de coronavirus, como es esperado, la temporalidad acostumbrada es de un aumento de casos entre enero y abril de cada año, principalmente por los virus HCoV-OC43 y NL63, aunque estos varían de estación a estación. (Galindo, et al. 2020). Hasta hoy la pandemia afecta al país en los aspectos económicos, sociales, culturales y por supuesto de salud.

Desde que se dio a conocer el brote de Covid-2019, se establecieron medidas de control y para el 09 de enero de 2020, la Dirección General de Epidemiología emitió un aviso preventivo de viajes a China, y posteriormente se publicó el lineamiento estandarizado para la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de enfermedad por nCoV-2019, en el que se establecieron las definiciones operacionales, las cuales se encuentran aún sujetas a cambio (Aragón, et al. 2020).

Se consideró un caso sospechoso una persona de cualquier edad que presente enfermedad respiratoria aguda y que cuente con el antecedente de viaje o estancia en países con transmisión local comunitaria: China, Hong Kong, Corea del Sur, Japón, Italia, Irán, Singapur, Francia, Alemania, España y Estados Unidos de América, o haber estado en contacto con un caso confirmado o bajo investigación hasta 14 días antes del inicio de los

síntomas. Se considera un caso confirmado una persona que cumpla con definición operacional de caso sospechoso y confirmación por laboratorio emitido por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológico (Aragón, et al. 2020).

El 27 de febrero de 2020 por la mañana se anunció un paciente que tuvo una prueba positiva. Este hombre acudió a consulta al INER, tenía el antecedente de haber viajado a Bérgamo, Italia, donde estuvo en contacto con un individuo infectado. El 28 de febrero el INDRE confirmó que se trataba del primer caso de Covid-19 en México, Al 1º de marzo todos los casos en nuestro país son importados. Se ha realizado la investigación en 76 sujetos, de los cuales 60 son negativos, 11 están como sospechosos y cinco fueron confirmados. (Aragón, et al. 2020).

3.4.3. Covid-19.

El 09 de enero el Centro Chino, informó el descubrimiento del nuevo coronavirus y el 12 de enero dieron a conocer la secuencia genómica del nCoV-2019 para el reporte de nuevos casos en otras regiones y el desarrollo de pruebas diagnósticas, el primer caso importado en un paciente de 61 años residente de Wuhan. una metrópoli de 11 millones de habitantes en la provincia de Hubei, donde las autoridades locales inicialmente refirieron un origen desconocido del brote (Aragón, et al. 2020).

Estados Unidos de Norteamérica reportó su primer caso confirmado el 20 de enero en un paciente de 35 años que viajó a Wuhan. Entre el 23 y 24 de enero se inició la cuarentena en área metropolitana de la ciudad de Wuhan junto con varias ciudades cercanas y se establecieron medidas de control en los medios de transporte aéreos y terrestres nacionales e internacionales, la OMS, el 30 de enero, declaró a la infección por nCoV-2019 una emergencia internacional de salud pública, el 11 de febrero el nombre de la enfermedad cambió oficialmente a Covid-19 (coronavirus disease). El nombre del virus, posterior al análisis genómico de las secuencias, es SARS-CoV-2. Al 02 de marzo de 2020 (Aragón, et al. 2020).

3.4.3.1. antecedentes del covid-19.

El Comité de Emergencia de la OMS lo declaró el día 30 de enero como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), es decir, “un evento extraordinario que constituye un riesgo para la Salud Pública de otros Estados a causa de la propagación internacional de una enfermedad, que puede exigir una respuesta internacional coordinada”. Esta declaración de ESPI implicaba, ya a finales de enero, que la situación era: grave, inusual o inesperada, tenía implicaciones para la salud pública más allá de las fronteras del Estado inicialmente afectado, y podría requerir una acción internacional inmediata. Su principal objetivo era garantizar la seguridad sanitaria mediante la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional. (“Consejo General de Colegios Farmacéuticos”, 2020).

Pese a todo, durante los meses de febrero y marzo la epidemia se fue propagando rápidamente, con incrementos dramáticos del número de contagios y defunciones por la enfermedad, y con una importante transmisión comunitaria confirmada en numerosos países de Europa y otros continentes, que llevó a la OMS a calificar como pandemia la enfermedad provocada por el nuevo coronavirus el 11 de marzo (“Consejo General de Colegios Farmacéuticos”, 2020).

3.4.3.2. sintomatología.

Actualmente se considera que el mecanismo de transmisión de gotitas respiratorias y la transmisión por contacto, son las principales vías de contagio, sin embargo, el riesgo de transmisión de aerosoles y la transmisión madre-hijo aún no se ha confirmado. La estimación actual del periodo de incubación medio para Covid-19 es de 6.4 días, que van desde 2.1 días a 11.1 días con posible transmisión asintomáticas, “Guía operativa, ISSSTE” (2020), en el informe de la misión de la OMS en China se describen los síntomas y signos; fiebre, tos seca, astenia, expectoración, disnea, dolor de garganta, cefalea, mialgia o artralgia, escalofríos, náuseas o vómitos, congestión nasal, diarrea, hemoptisis y congestión conjuntival, y otros síntomas respiratorios (“Información Científica-Técnica”, 2020).

También se han descrito otros síntomas relacionados con distintos órganos y sistemas: Neurológicos: en un estudio con 214 pacientes ingresados en un hospital de Wuhan, el 36% tenían síntomas neurológicos: mareo, alteración del nivel de conciencia, accidente cerebrovascular, ataxia, epilepsia, neuralgia, síndrome de Guillan Barre. Cardiológicos: la

enfermedad puede presentarse con síntomas relacionados en el fallo cardíaco o el daño miocárdico agudo, incluso en ausencia de fiebre y síntomas respiratorios. Oftalmológicos, ojo seco, visión borrosa, sensación de cuerpo extraño y congestión conjuntival. Otorrinolaringológicos; La frecuencia con la que presentan la hiposmia-anosmia y la hipogeusia-disgeusia están descritas entre el 5% y el 65% de los casos según las series, siendo en muchos casos el primer síntoma. (“Información Científica-Técnica”, 2020).

3.4.3.3. diagnóstico.

El diagnóstico se realiza mediante prueba RT-PCR de muestras respiratorias que incluyen hisopado orofaríngeo, nasofaríngeo, esputo, lavado bronco alveolar y aspirados traqueales. Para su recolección, almacenamiento y transporte se deben seguir las recomendaciones de la OMS,¹⁸ y los lineamientos establecidos en cada país (Aragón, et al. 2020)

3.4.3.4. tratamiento.

Entre los tratamientos de soporte se suele asegurar una correcta hidratación, se administran antitérmicos para el tratamiento de la fiebre (paracetamol, preferentemente), antibióticos ante sospecha de infecciones bacterianas secundarias, analgésicos para controlar posibles dolores y, en casos graves-críticos con disnea, hipoxia o SDRA, se recurre a la administración de oxígeno o a la ventilación mecánica. (“Información Científica-Técnica”, 2020).

Los fármacos antimaláricos y antiinflamatorios han sido probablemente los más empleados a nivel internacional y los que más atención han recibido durante las etapas de mayor incidencia de la pandemia. (“Información Científica-Técnica”, 2020).

En realidad, hasta la fecha no existe un tratamiento eficaz, los países han adoptado una manera de reunir criterios de adopción de su tratamiento, sin embargo, las recomendaciones a nivel mundial son; Lavado frecuente de manos con agua y jabón al menos por 60 segundos, en especial después de ir al baño, antes de comer, y después de sonarse la nariz, toser o estornudar, así como después del contacto directo con personas enfermas o su entorno (“Información Científica-Técnica”, 2020)

Limpiar y desinfectar los objetos y las superficies que se tocan con frecuencia, cubrirse la nariz y la boca con un pañuelo desechable al toser o estornudar, evitar el contacto cercano con personas, reducir el tiempo en lugares concurridos, evitar el contacto sin

protección con animales de granja o animales salvajes, evitar saludar de mano y de beso, acudir al médico si se presenta una infección respiratoria con fiebre, cefalea, dolor faríngeo, rinorrea, no automedicarse. Es recomendable utilizar una mascarilla facial (cubre bocas) durante los traslados, no se recomienda el uso rutinario de mascarilla facial en personas sanas (“Información Científica-Técnica”, 2020).

3.4.3.5. complicaciones.

Las complicaciones descritas asociadas a Covid-19 son las siguientes; síndrome de distrés respiratorio agudo, es quizás la complicación más grave que comienza tras el inicio de la disnea. En los casos graves y críticos, el tiempo entre el inicio de la enfermedad hasta que se presenta disnea es de 5 días, para precisar hospitalización, 7 días y entre el inicio de la enfermedad hasta presentar SDRA, 8 días. Afectaciones cardíacas: arritmias, lesión cardíaca aguda, shock, cardiomiopatía, tromboembolismo pulmonar, accidente cerebro vascular, respuesta inflamatoria excesiva; se asocia a los casos en estado crítico y al fallecimiento (Romo, J., Saucedo, E., Hinojosa, M, Mercado J, Uc, J., Ochoa, E., Madrid, W., 2020).

3.4.3.6. secuelas

En este momento se desconoce si Covid-19 dejará secuelas en los supervivientes. Por analogía con SARS, en un seguimiento de personas recuperadas de la enfermedad, 4,6% mostraban signos de fibrosis pulmonar. La fibrosis pulmonar puede desarrollarse tras un proceso inflamatorio pulmonar y es común tras SDRA, y también se relaciona con procesos fibroproliferativos relacionados con la edad o con enfermedades autoinmunes. Debido a estos factores, el desarrollo de fibrosis pulmonar como secuela en los casos recuperados de Covid-19, podría tener un impacto importante (“Información Científica-Técnica”, 2020)

La infección por Covid-19 ha afectado a 93 países con más de 100,000 casos y 3,486 muertes. Su comportamiento epidémico preocupa a nivel internacional, se ha generado un incremento en la evidencia científica con respecto a esta enfermedad aún con muchas interrogantes que responder. Al no contar en este momento con un tratamiento específico se debe continuar con las medidas de prevención y control recomendadas por la OMS. Aragón, et al. (2020). De esta manera, la necesidad de innovación del cuidado, la investigación de la

información reciente, seguir las medidas de seguridad e implementar planes de cuidado adecuados a los cambios será una tarea continua por un largo tiempo.

IV. Metodología

Para la elaboración del presente PE se llevó a cabo una serie de pasos a seguir metodológicamente; se determinó el problema de salud y la elección del agente de autocuidado para la aplicación del presente PLACE individualizado.

Se realizó una búsqueda documental e histórica de la literatura, posteriormente una revisión y elección de artículos y material encontrado en diferentes fuentes, sitios, plataformas en internet y físicas.

Se determinaron los elementos que conformarían la tesis, los cuales están plasmados y avalados por la coordinación de posgrado de la facultad de enfermería

Se aplicó el instrumento de valoración a partir de la TEDA de Elizabeth Dorothea Orem, posteriormente se realiza el análisis deductivo de la teoría, la cual arroja 8 diagnósticos enfermeros utilizando la taxonomía NANDA, se realiza un ejercicio de búsqueda en el cual se llega al análisis, selección y priorización de los mencionados diagnósticos, quedando para el presente trabajo solo 6, en su mayoría los del rubro cognitivos conductuales.

Posteriormente se determinan los resultados esperados, objetivos y los criterios de resultados (NOC), con base a esto se establecen las intervenciones y/o actividades (NIC), las cuales se ejecutan, con la paciente en su domicilio, generando así los criterios de resultados esperados, los cuales se evidencian en la puntuación Diana que nos lleva a determinar la evaluación, descrita en el apartado de conclusiones.

V. Valoración

Enseguida se aborda el caso de Agencia de Autocuidado de una paciente femenina de 38 años de edad, con infección respiratoria aguda positiva a SARS COv-2 , con enfermedad de covid-19 atendida en su hogar, atención denominada como domiciliaria, se considera como sintomatología moderada, según lo descrito por las autoridades sanitarias en México, por lo que decide este tipo de atención en consenso con sus familiares, el mencionado caso clínico es caracterizado por el apoyo de la Agencia de Cuidado Dependiente que es la familia y personal profesional de enfermería, las Demandas de Autocuidado Terapéutico identificadas fueron; oxigenoterapia por medio de mascarilla reservorio, soluciones parenterales, ayuda con el baño e higiene, vigilancia de plan farmacológico. Las características de déficit de autocuidado en este caso son; disminución de actividades recreativas y de la vida diaria, movimiento, signos y síntomas depresivos, ansiedad y disminución del sueño. (Apéndice 1.)

Asimismo, se identificaron limitaciones de autocuidado respecto a la baja saturación de oxígeno, finalmente cabe destacar que se activaron los sistemas de enfermería; Apoyo educativo (ae) en el que se le instruyo sobre acciones para satisfacer sus demandas, demostraciones y asesoramiento en actividades requeridas para su comodidad y tratamiento, practica de actividades que ayudan a disminuir la sintomatología. En la parcial mente compensador (pc) se ayudó a completar actividades básicas de recreación y de vida diaria, se facilitó lo necesario para su autocuidado, dentro de los totalmente compensatorios (tc) se encontraron; la ministración de medicamentos, regulación del aporte de oxígeno, cambio y vigilancia de soluciones parenterales, proveer la dieta, vigilar que se cumpla con el aislamiento, vigilar estado Psiquiatrico, vigilar estado psicológico. (Apéndice 1.)

Los Factores de Condicionamiento básico que se identificaron fueron; que es una paciente adulta joven, casada, con nivel escolar de licenciatura, enfermera, originaria y residente de Morelia Mich. Vive en casa propia hipotecada, con todos los servicios de recreación y los ambientales comunitarios, es madre de familia, tiene dos hijos y vive con ellos y su cónyuge, su nivel socioeconómico se considera medio, con ingresos estables y

suficientes. Su estado de salud está comprometido moderadamente con riesgo de complicaciones (apéndice. 1)

A pesar de ser una profesional de la salud, aun dudaba que la enfermedad covid-19 existía, ya que, en su comunidad, se dejaban llevar por la mal información que era un invento del gobierno para subsanar atención excesiva en un tema político “cortina de humo”. Su unidad de trabajo no es hospital covid, así que no vio los estragos que estaba causando la pandemia, de acuerdo a los Factores de Sistemas de Cuidados de Salud, la percepción que tiene de esta es incierta, ya que sabe que no hay un tratamiento específico, para la enfermedad, sin embargo, inicio tratamiento en casa aconsejada por un médico de su unidad de trabajo; azitromicina, aspirina protec, vitamina c, etc. pero acudió a la seguridad social que le brinda su institución (Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado) ISSSTE, en los Factores de Sistema Familiar la paciente actúa como agente de autocuidado ya que tuvo que aislarse del resto de su familia, afortunadamente, cuenta con el apoyo marital y de un familiar que se trasladó a su hogar para apoyar en este proceso (apéndice. 1)

Actualmente no tiene ninguna enfermedad crónica, no fuma ni toma alcohol, considera que tiene buena alimentación, su peso está en los límites normales, y realiza ejercicio por lo menos tres veces a la semana, se estresa con facilidad, cuando no trabaja refiere que se la pasa dormida y descansando, acompaña a sus hijos a actividades escolares y extraescolares, trabaja en un hospital de la secretaria de salud, con guardias nocturnas, no sale de su casa solo a lo estrictamente esencial. Dentro de los Factores Ambientales Actualmente en el mundo estamos en un problema de salud pública, donde la inminencia de contagio es cada vez mayor, y nunca dejó de trabajar, su unidad no tiene la infraestructura necesaria para la protección, hablando de higiene y seguridad en el trabajo, tiene lugar en su hogar para llevar a cabo el aislamiento y cumplir su cuarentena (apéndice. 1)

De acuerdo a la Disponibilidad y Adecuación de los Recursos, lleva a cabo las medidas recomendadas por la OMS, sin embargo, ante la incredulidad relajo estas medidas al momento de convivir con sus compañeros. En casa pudo llevar el aislamiento, dispuso de medicamentos adquiridos en casa, ya cuando se complicó acudió a la seguridad social, de la

cual hizo uso adecuado. Sus recursos económicos son suficientes para sobrellevar sus necesidades (apéndice. 1)

Siguiendo con la valoración; dentro de los requisitos de autocuidado universales se encontró que en el mantenimiento de un aporte suficiente de aire: Respiración: 38xmin. Saturación de oxígeno en sangre: 77%, Frecuencia cardiaca: 90 por minuto, Secreciones bronquiales, tos ineficaz, coloración cianótica de extremidades, dificultad respiratoria, mascarilla con reservorio a 10lts x minuto, en el mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos; se encontró que realiza una comida al día, refiere que “no le sabe la comida” por lo cual prefiere dejar de comer, pero menciona que normalmente esta es balanceada en cantidad no así en calidad ya que refiere no gustarle las frutas y algunas verduras, normalmente realiza tres comidas con ayunos prolongados, su índice de masa corporal de acuerdo a su peso y talla es de 34.5 (obesidad) cuenta con todas sus piezas dentales. (apéndice.1)

En el mantenimiento de un aporte suficiente de agua, menciona que consume 2 litros de agua aproximadamente, toma muchos té, y jugos, presenta buena hidratación, de piel y mucosas, refiere mucha sed. En la previsión de cuidados asociados a la eliminación, presenta evacuaciones diarreicas, aproximadamente 5 veces al día en cantidad abundante, refiere tenerlas hace cinco días y sentir dolor y ardor a la defecación, realiza micción 3 o 4 veces al día, espontaneas, con control de esfínteres adecuado, en el mantenimiento de equilibrio entre la actividad y el reposo, presenta dificultad para conciliar el sueño nocturno, refiere que “siente que muere” por el día duerme intermitentemente, se denomina cansada del aislamiento y dificultad respiratoria al realizar actividades de la vida diaria, presenta inmovilidad por la oxigenoterapia, y por su aislamiento terapéutico, menciona angustia, desesperación y cansancio por esta situación en su vida (apéndice. 2)

El requisito de mantenimiento de equilibrio entre la interacción social y la soledad, sugiere que la preocupación por la salud es grande, está inquieta y angustiada por que no sabe cómo la está pasando la familia, ya que no los puede ver, se expresa claramente, es consciente de su enfermedad, buena comunicación, interactúa en su tratamiento, y refiere que los días “se le hacen muy largos” (apéndice. 2)

Dentro de la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humanos se observa que tiene buena capacidad cognitiva, esta consiente, orientada en tiempo y espacio, está muy preocupada, refiere que quisiera tomar “algo para estar tranquila”, no se quiere mover mucho porque siente que le falta la respiración o que se descompone o se le termina el oxígeno, y que puede morir, revisa redes sociales y se entera de escenarios catastróficos sobre su enfermedad, eso le afecta emocionalmente, ya que refiere que va a morir por que no hay cura (apéndice. 2)

En la promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano a ser normal, se encuentra decaída, con signos y síntomas depresivos, ansiosa, se encuentra aislada, triste y con miedo a morir, ya que sabe que no hay tratamiento para su enfermedad, refiere que desea regresar el tiempo y haberse cuidado más. También siente miedo y culpa de haber podido contagiar a su familia (apéndice. 2).

Dentro de los Requisitos de desarrollo, la paciente, siempre se ha sobre puesto a los procesos de la vida, de salud, de pérdidas materiales, físicas, sin embargo, ahora se ve vulnerada y debido a la información y desinformación se siente sumamente preocupada, externa indicaciones a sus familiares sobre decisiones de su vida, y si ella “llegara a faltar”. Menciona que está haciendo todo lo posible por reponerse pero que no está en sus manos recuperarse (apéndice. 2).

En la provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que puedan afectar adversamente al desarrollo humano, el tratamiento farmacológico lo toma en tiempo y en forma, acude al médico cuando es necesario, se realiza los estudios de diagnóstico que le indican, se toma sus signos vitales y está pendiente de su saturación de oxígeno. Le cuesta mucho trabajo adaptarse al aislamiento, trata de comer todo lo que le proveen, desinfecta su unidad, y usa todo el tiempo el cubrebocas, y gel antibacterial (apéndice. 2).

En los requisitos de autocuidado de desviación de la salud, en el denominado buscar y asegurar la ayuda médica adecuada en cada caso; agentes físicos y biológicos, específicos o condiciones ambientales asociadas a acontecimientos y estados humanos patológicos o condiciones psicológicas que se sabe que producen o están asociadas con patología humana, sabiendo que presenta una enfermedad pandémica, desconocida, por lo que es probable que

se complique al no haber tratamiento específico, ni pautas a seguir, sin embargo, ella sabe los signos y síntomas específicos esperados y algunos que se pudieran presentar y que indiquen gravedad y requiera acudir a otro nivel de atención, presenta actitud de iniciativa en buscar ayuda médica y familiar, reconoce los signos y síntomas de gravedad, que no son tratables en casa; no desconoce su enfermedad y su tratamiento, trata de descansar y estar tranquila, de acuerdo a su estado de ánimo (apendice. 2).

En el requisito de tener consciencia y prestar atención a los efectos y resultados de los estados patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo, conoce las repercusiones que esta enfermedad traerá a su vida y las actividades consiguientes, pero también sabe, que puede no pasarle nada, no deja de preocuparse demasiado, pero corregirá algunos aspectos o conductas no saludables que pudiera tener, está al pendiente de cambios físicos, psicológicos y sociales de su entorno, para hacerlo saber, en llevar a cabo efectivamente las medidas, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas, dirigidas a prevenir tipos específicos de patología, a la propia patología o a la regulación del funcionamiento humano integrado, a la corrección de deformidades o anomalías o a la compensación de incapacidades (apendice. 2).

Refiere querer estar informada de todos los procedimientos, estudios y pruebas de diagnóstico, que se le realizan, así como de los beneficios que le traerán. Tiene consciencia de las consecuencias que pudieran ocurrirle si no las llevara a cabo, por lo que afirma preferir realizarlas a que le ocurra algo irreversible, pide que se contrate un profesional de enfermería para su tratamiento, acude a citas médicas y pruebas que se le indican, llevando a cabo medidas que se le indican, sobre tener consciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritas por el médico que producen malestar o deterioro, incluyendo los efectos sobre el desarrollo, ella conoce la influencia que tiene la enfermedad en su vida y estado de desarrollo, pero no puede evitar sentirse triste y desesperanzada, pone atención a los efectos del estado patológico y nuevos cambios que se puedan producir, siendo capaz incluso de informar de dichos cambios (apendice. 2).

En cuanto al requisito; modificar el auto concepto y la autoimagen para aceptarse como ser humano con un estado de salud particular y necesidad de formas específicas de cuidados de salud, la paciente conoce y tiene plena conciencia de su estado de salud, pero no

deja de lamentarse en qué momento se descuidó y se infectó, refiere estar bajando de peso y sentirse rápidamente delgada y no le gusta, tiene miedo de que alguien más de su familia salga positivo, lamenta no poder ayudar en las labores como ama de casa y madre, refiere “eso es lo que más me preocupa” (apendice. 2).

En el requisito; aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico, con un estilo de vida que fomente el desarrollo personal continuado, se muestra consciente que si se complica necesitará acudir al servicio médico, y que deberá modificar su estilo de vida, y atender medidas sanitarias dictadas por la autoridad de su estado (apendice. 2).

Derivado del análisis de la valoración se sintetiza la agencia de autocuidado requerida por la paciente; mencionada agencia se determina como usuaria femenina de 38 años de edad positiva a SARS- COV-2, con enfermedad de Covid-19 con cuidados domiciliarios, su agencia de cuidado dependiente es el profesional de enfermería y su familia, la demanda de cuidado terapéutico es; oxigenoterapia por medio de mascarilla reservorio a quince litros por minuto, ministración de soluciones parenterales, ayuda en el baño y la higiene y la vigilancia de plan farmacológico determinado (apendice. 3)

Dentro del déficit de autocuidado, se observan las siguientes limitantes; disminución de actividades, movimientos, signos y síntomas depresivos, ansiedad, anorexia y disminución del sueño. En las limitaciones de autocuidado se muestran, la baja saturación de oxígeno de la cual se desprende la mayoría de las respuestas humanas alteradas (apendice. 3).

Los sistemas de apoyo educativo que se requieren es, el parcialmente compensatorio; ayuda, instrucciones, practica, guía, facilidad y establecimiento de actividades. Y dentro del totalmente compensatorio; ministración de medicamentos y soluciones parenterales, regulación de oxígeno, cambio y vigilancia de soluciones parenterales, proveer dieta, vigilar aislamiento, vigilar estado Psiquiatrico y vigilar estado psicológico (apendice. 3).

Dando continuidad con el PE, se muestra el cuadro deductivo de datos con base al fundamento teórico que en este caso fue sustentado con la macro teoría del Autocuidado de Dorothea E. Orem y en conjunción con la Clasificación de Dominios y clases de la taxonomía NANDA II.

Cuadro de clasificación de datos

Datos significativos	Análisis deductivo de la teoría	Análisis deductivo de clasificación por taxonomía Dominio/clase
REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES		
38 respiraciones x min. - SpO2 77% 90 latidos por minuto. - Secreciones bronquiales - tos ineficaz. - Cianosis de extremidades. - dificultad respiratoria	1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	DOMINIO: 4 Eliminación e intercambio CLASE: 4 Función respiratoria Riesgo de intolerancia a la actividad
Evacuaciones diarreicas 5 veces al día por 5 días.	2.- Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación.	DOMINIO: 3 Eliminación e intercambio CLASE: 2 Función gastrointestinal Diarrea
Insomnio	3.- Mantenimiento de equilibrio entre la actividad y el reposo.	DOMINIO: 4 Actividad/Reposo CLASE: 1 Sueño/reposo Insomnio
- Preocupación por su familia - Angustia, Desesperación debido al aislamiento	4.- Mantenimiento de equilibrio entre la interacción social y la soledad.	DOMINIO: 7 Rol/Relaciones CLASE: 2 Relaciones Familiares. Interrupción de los procesos familiares
Miedo	5.- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humanos.	DOMINIO: 5 Percepción/cognición CLASE: 4

		Sensación/percepción Temor
REQUISITOS DE DESARROLLO		
Indicaciones a sus familiares “que va a morir” por qué la recuperación no está en sus manos.	6.- Crear y Mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo.	DOMINIO: 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés CLASE: 2 Respuestas de afrontamiento Riesgo de deterioro de la resiliencia.

VI.- Diagnósticos

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

Diagnósticos reales

Diagnóstico de Enfermería Taxonomía II NANDA			
Código: 00013 Diagnostico 2: DIARREA Definición: Eliminación de heces líquidas, no formadas. Factores relacionados/condición asociada. Ansiedad, Infección gastrointestinal. Características Definitivas. – Calambres, dolor abdominal, pérdida de heces líquidas > 3 en 24 horas, ruidos intestinales hiperactivos, Urgencia intestinal. (280).			
Dominio / clase	Resultados esperados Objetivos NOC / CRE	Intervenciones / Actividades NIC / CIE	Evaluación NOC / CRE
DOMINIO: 3 Eliminación e intercambio. Secreción y excreción de los productos de desecho del organismo. CLASE: 2: Función gastrointestinal. Proceso de absorción y excreción de los productos finales de la digestión.	(0500) Continencia intestinal CRITERIOS DE RESULTADOS (050013) Ingiere una cantidad de líquidos adecuada (050018) Controla la cantidad y la consistencia de las heces PUNTUACION DIANA - A veces demostrado: 3 - Raramente demostrado: 2 Mantener a: 5	(0460) Manejo de la diarrea (pc) ✓ Determinar la historia de la diarrea. ✓ Medir la producción de diarrea/defecación frecuencia y consistencia de las deposiciones. ✓ Evaluar la ingesta registrada para determinar el contenido nutricional. ✓ Practicar acciones que supongan un descanso intestinal. (1100) Manejo de la nutrición (ae) ✓ Ajustar la dieta, según sea necesario. ✓ Instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales. ✓ Enseñar al paciente sobre los requisitos de la dieta en función de su enfermedad. (4120) Manejo de líquidos (tc) ✓ Realizar un registro preciso de entradas y salidas.	(0500) Continencia intestinal CRITERIOS DE RESULTADOS (050013) Ingiere una cantidad de líquidos adecuada (050018) Controla la cantidad y la consistencia de las heces PUNTUACION DIANA - Frecuentemente demostrado: 4 - Siempre demostrado: 5 Aumentar a: 9

		✓ Vigilar el estado de hidratación. ✓ Administrar líquidos, según correspondió ✓ Favorecer la ingesta oral ✓ Distribuir la ingesta de líquidos en 24 horas, según correspondió	
--	--	---	--

Diagnóstico de Enfermería Taxonomía II NANDA			
CODIGO: 00095 Diagnóstico 3: INSOMNIO Definición: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento. Factores relacionados/Condición asociada. Ansiedad, duelo, Estresores, temor. Características definitorias. Cambios en el patrón de sueño, dificultad para conciliar el sueño, dificultad para mantener el estado del sueño, estado de salud comprometido, insatisfacción del sueño. (305).			
Dominio / clase	Resultados esperados Objetivos NOC / CRE	Intervenciones / Actividades NIC / CIE	Evaluación NOC / CRE
DOMINIO: 4 Actividad/Reposo Producción, conservación, gasto o equilibrio de las fuentes de Energía. CLASE: 1 Sueño/reposo Sueño, reposo, descanso, relajación o inactividad.	(0004) Sueño CRITERIOS DE RESULTADOS (000404) Calidad del sueño (000421) Dificultad para conciliar el sueño (000417) Dependencia de las ayudas para dormir PUNTUACIÓN DIANA - Sustancialmente comprometido:2 - Moderado: 3 - Sustancial: 2 Mantener a: 7	(5330) Control del estado de ánimo. (pc) ✓ Evaluar el estado de ánimo ✓ Controlar y regular el nivel de actividad y estimulación del ambiente de acuerdo con las necesidades del paciente. ✓ Ayudar al paciente a controlar conscientemente el estado de ánimo. ✓ Ayudar al paciente a mantener un ciclo normal de sueño/vigilia. (5820) Disminución de la ansiedad. (pc) ✓ Administrar masajes en la espalda/cuello, según corresponda. ✓ Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones. ✓ Controlar los estímulos de las necesidades del paciente ✓ Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.	(0004) Sueño CRITERIOS DE RESULTADOS (000404) Calidad del sueño (000421) Dificultad para conciliar el sueño (000417) Dependencia de las ayudas para dormir PUNTUACIÓN DIANA - Levemente comprometido:4 - Leve: 4 - Leve: 4 Aumentar a: 12

		(5230) Mejorar el afrontamiento (pc) ✓ Valorar y comentar las respuestas alternativas a la situación. ✓ Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento. ✓ Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar. ✓ Ayudar al paciente a afrontar el duelo y superar las pérdidas causadas por la enfermedad (2390) Prescribir medicación. (Tc) ✓ Evaluaron los signos y síntomas del problema de salud actual. ✓ Consultó con el médico las indicaciones y prescripciones.	
--	--	--	--

Diagnóstico de Enfermería Taxonomía II NANDA			
CODIGO: 00060 Diagnóstico 4: INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES (Procesos familiares, interrupción de los) Definición: Interrupción en la continuidad del funcionamiento familiar que no es capaz de mantener el bienestar de sus miembros. Factores relacionados/condición asociada. Cambio en el estado de salud de un miembro de la familia, cambio en los roles familiares, crisis situacional Características Definitorias: Cambio en la participación en la resolución de problemas, cambio en la participación en la toma de decisiones, cambio en las rutinas, disminución en la disponibilidad de apoyo emocional, realización ineficaz de las tareas.(419)			
Dominio / clase	Resultados esperados Objetivos NOC / CRE	Intervenciones / Actividades NIC / CIE	Evaluación NOC / CRE
DOMINIO: 7 Rol/Relaciones. Conexiones o asociaciones positivas y negativas entre las personas o grupos de personas y la manera en que esas conexiones se demuestran. CLASE: 2	(2602) Funcionamiento de la familia CRITERIOS DE RESULTADOS 1. (260209) Se adapta a crisis inesperadas 2. (260202) Cuida los miembros dependientes de la familia. 3. (260203) Regula la conducta de los miembros 4. (260204) Distribuye las responsabilidades entre los miembros	(7140) Apoyo a la familia (ae) ✓ Facilitar la comunicación de inquietudes/sentimientos entre el paciente y la familia o entre los miembros de la misma. ✓ Favorecer una relación de confianza con la familia. ✓ Respetar y apoyar los mecanismos de afrontamiento utilizados por la familia. ✓ Proporcionar retroalimentación a la familia respecto a sus estrategias de afrontamiento (5270) Apoyo emocional	(2602) Funcionamiento de la familia CRITERIOS DE RESULTADOS 1. (260209) Se adapta a crisis inesperadas 2. (260202) Cuida los miembros dependientes de la familia. 3. (260203) Regula la conducta de los miembros 4. (260204) Distribuye las responsabilidades entre los miembros

Relaciones Familiares. Asociaciones de personas que están biológicamente relacionadas o relacionadas por elección.	PUNTUACIÓN DIANA 1. Raramente demostrado: 2 2. Raramente demostrado: 2 3. A veces demostrado: 3 4. Frecuentemente demostrado: 4 Mantener a:11	✓ Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. ✓ Abrazar y tocar al paciente para proporcionarle apoyo. ✓ Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. ✓ Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. ✓ Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. ✓ Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias (5240) Asesoramiento (ae) ✓ Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. ✓ Demostrar empatía, calidez y sinceridad. ✓ Establecer la duración de las relaciones de asesoramiento. ✓ Establecer metas. ✓ Favorecer la expresión de sentimientos. ✓ Identificar cualquier diferencia entre el punto de vista del paciente y el del equipo de cuidadores acerca de la situación. ✓ Determinar cómo afecta al paciente el comportamiento de la familia. ✓ Desaconsejar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo mucho estrés, cuando sea posible	PUNTUACIÓN DIANA 1. Frecuentemente demostrado: 4 2. Raramente demostrado: 2 3. Frecuentemente demostrado: 4 4. Frecuentemente demostrado: 4 Aumentar a:14
--	--	--	--

Diagnóstico de Enfermería Taxonomía II NANDA			
Código: 00148 Diagnóstico 5: Temor Definición: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro. Factores relacionados/condición asociada. Respuesta aprendida a la amenaza Características definitorias. Aprensión, aumento de la tensión, disminución de la seguridad en sí mismo, pensamiento hiperactivo, sensación de ansiedad elevada, sentimiento de alarma.(499)			
Dominio / clase	Resultados esperados Objetivos NOC / CRE	Intervenciones / Actividades NIC / CIE	Evaluación NOC / CRE
DOMINIO:9 Afrontamiento/tolerancia al estrés. Convivir con los eventos/procesos vitales CLASE: 2 Respuestas de afrontamiento Procesos de gestión del estrés del entorno	(1404) Autocontrol del miedo CRITERIOS DE RESULTADOS (140404) Evita fuentes de miedo cuando es posible (140406) Utiliza estrategias de superación efectivas (140407) Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo (140413) Mantiene el control sobre su vida (140417) Controla la respuesta de miedo PUNTUACIÓN DIANA - Frecuentemente demostrado: 4 - Raramente demostrado: 2 - Raramente demostrado: 2 - A veces demostrado: 3 - A veces demostrado: 3 Mantener a: 14	(5270) Apoyo emocional. (pc) ✓ Comentar la experiencia emocional con la paciente. ✓ Ayudar a la paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. ✓ Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. ✓ Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. (5250) Apoyo en la toma de decisiones. (pc) ✓ Facilitar la toma de decisiones en colaboración. ✓ Ayudar a la paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales. ✓ Ayudar a la paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa. (5820) Disminución de la ansiedad (pc) ✓ Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. ✓ Ayudar a la paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. ✓ Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, según corresponda (5230) Mejorar el afrontamiento. (tc) ✓ Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones. ✓ Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador.	(1404) Autocontrol del miedo CRITERIOS DE RESULTADOS (140404) Evita fuentes de miedo cuando es posible (140406) Utiliza estrategias de superación efectivas (140407) Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo (140413) Mantiene el control sobre su vida (140417) Controla la respuesta de miedo PUNTUACIÓN DIANA - A veces demostrado: 3 - Raramente demostrado: 2 - A veces demostrado: 3 - A veces demostrado: 3 - A veces demostrado: 3 Aumentar a: 14

	(1210) Nivel del Miedo CRITERIOS DE RESULTADOS 1. (121001) Distres 2. (121004) Falta de autoconfianza	✓ Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones. ✓ Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos. ✓ Disminuir los estímulos del ambiente que podrían ser malinterpretados como amenazadores (5380) Potenciación de la seguridad (tc) ✓ Disponer de un ambiente no amenazador. M ✓ Mostrar calma. ✓ Permanecer con el paciente para fomentar su seguridad durante los períodos de ansiedad. ✓ Evitar producir situaciones emocionales intensas. (5270) Apoyo emocional (pc) ✓ Comentar la experiencia emocional con el paciente. ✓ Apoyar en el uso de mecanismos de defensa adecuados. ✓ Facilitar la identificación por parte del paciente del patrón habitual de afrontamiento de los temores ✓ No exigir demasiado del funcionamiento cognitivo cuando el paciente esté enfermo o fatigado ✓ Considerar remitir a servicios de asesoramiento, si es preciso (5829) Disminución de la ansiedad (tc) ✓ Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad. ✓ Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente. ✓ Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante ✓ Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico ✓ Administrar masajes en la espalda/cuello, según corresponda ✓ Controlar los estímulos de las necesidades del paciente, según corresponda. (5380) Potenciación de la seguridad (tc) ✓ Disponer de un ambiente no amenazador.	(1210) Nivel del Miedo CRITERIOS DE RESULTADOS 1. (121001) Distres 2. (121004) Falta de confianza
--	--	---	--

	3. (121006) Irritabilidad 4. (121014) Preocupación por sucesos vitales PUNTUACIÓN DIANA Moderado: 3 Sustancial: 2 Sustancial: 2 Sustancial: 2 Mantener a: 9	✓ Mostrar la calma. ✓ Pasar tiempo con el paciente ✓ Evitar producir situaciones emocionales intensas ✓ Escuchar los miedos del paciente/familia	3. (121006) Irritabilidad 4. (121014) Preocupación por sucesos vitales PUNTUACIÓN DIANA Moderado: 3 Moderado: 3 Leve: 4 Moderado: 3 Aumentar a: 13
--	--	---	---

Diagnósticos de riesgo

Diagnóstico de Enfermería Taxonomía II NANDA			
CODIGO: 00094 Diagnóstico 1: Riesgo de intolerancia a la actividad Definición: Susceptible de experimentar una falta de energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas, que puede comprometer la salud. Factores relacionados/condición asociada. Desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno, problemas respiratorios			
Dominio / clase	Resultados esperados Objetivos NOC / CRE	Intervenciones / Actividades NIC / CIE	Evaluación NOC / CRE
Domino:4 Actividad/reposo Producción, conservación, gasto o equilibrio de las fuentes de energía Clase:4 Respuestas cardiovasculares/pulmonares	(0005) Tolerancia a la actividad CRITERIOS DE RESULTADOS 1. (000501) Saturación de oxígeno en respuesta a la actividad 2. (000508) Esfuerzo respiratorio en respuesta a la actividad	(6610) Identificación de riesgos (tc) ✓ Determinar la disponibilidad y calidad de recursos ✓ Identificar los recursos del centro para ayudar a disminuir los factores de riesgo. ✓ Mantener los registros y estadísticas precisos. Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones. ✓ Aplicar las actividades de reducción del riesgo.	(0005) Tolerancia a la actividad CRITERIOS DE RESULTADOS 1. (000501) Saturación de oxígeno en respuesta a la actividad 2. (000508) Esfuerzo respiratorio en respuesta a la actividad

Mecanismos cardiopulmonares que apoyan la actividad y el reposo	3. (000502) Frecuencia cardíaca en respuesta a la actividad 4. (000503) Frecuencia respiratoria en respuesta a la actividad PUNTUACION DIANA 1. Sustancialmente comprometido: 2 2. Sustancialmente comprometido: 2 3. Levemente comprometido: 4 4. Levemente comprometido: 4 Mantener a: 12 (0415) Estado respiratorio CRITERIOS DE RESULTADOS 1. (041501) Frecuencia respiratoria 2. (041508) Saturación de oxígeno 3. (041513) Cianosis 4. (041503) Profundidad de la inspiración 5. (041515) Disnea de pequeños esfuerzos PUNTUACION DIANA	(0180) Manejo de la energía (pc) ✓ Observar al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga física y emocional ✓ Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad ✓ Ayudar al paciente a comprender los principios de conservación de energía ✓ Realizar actividades de cuidados durante los períodos de descanso programados. ✓ Ayudar en las actividades físicas normales (6680) Monitorización de los signos vitales (tc) ✓ Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda. ✓ Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardíacos. ✓ Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorios. ✓ Monitorizar los ruidos pulmonares. ✓ Monitorizar la pulsioximetría ✓ Monitorizar si hay cianosis central y periférica. (3350) Monitorización respiratoria (tc) ✓ Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. ✓ Evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares ✓ Monitorizar los patrones de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiraciones de Kussmaul, respiraciones de Cheyne-Stokes, respiración apneustica, Biot y patrones atáxicos ✓ Aplicar sensores de oxígeno continuos no invasivos (3320) Oxigenoterapia (pc) ✓ Reparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado. ✓ Administrar oxígeno suplementario según órdenes. ✓ Vigilar el flujo de litros de oxígeno. ✓ Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno.	3. (000502) Frecuencia cardíaca en respuesta a la actividad 4. (000503) Frecuencia respiratoria en respuesta a la actividad PUNTUACION DIANA 1. Moderadamente comprometido: 3 2. Moderadamente comprometido: 3 3. Levemente comprometido: 4 4. Levemente comprometido: 4 Aumentar a: 14 (0415) Estado respiratorio CRITERIOS DE RESULTADOS 1. (041501) Frecuencia respiratoria 2. (041508) Saturación de oxígeno 3. (041513) Cianosis 4. (041503) Profundidad de la inspiración 5. (041515) Disnea de pequeños esfuerzos PUNTUACION DIANA 1. Desviación leve del rango normal: 4 2. Desviación leve del rango normal: 4
--	--	--	---

	1. Desviación leve del rango normal: 4 2. Desviación moderada del rango normal: 3 3. Sin desviación del rango normal: 5 4. Desviación leve del rango normal: 4 5. Desviación moderada del rango normal: 3 Mantener a: 19	✓ Instruir al paciente acerca de la importancia de dejar el dispositivo de aporte de oxígeno encendido. ✓ Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita. ✓ Comprobar la eficacia de la oxigenoterapia ✓ Observar la ansiedad del paciente relacionada con la necesidad de la oxigenoterapia.	3. Sin desviación del rango normal: 5 4. Desviación leve del rango normal: 4 5. Sin desviación del rango normal: 5 Aumentar a: 22
--	--	---	---

Diagnóstico de Enfermería Taxonomía II NANDA			
Código: 00211 Diagnóstico 6: Riesgo de deterioro de la resiliencia Definición: Susceptible de disminuir la capacidad para recuperarse de una situación adversa o cambiante, a través de un proceso dinámico de adaptación, que puede comprometer la salud. Factores relacionados/condición asociada. Alteración de las dinámicas familiares, cambio en las rutinas familiares, cambio en los roles familiares, control de impulsos insuficiente, percepción de vulnerabilidad. (problema asociado) Trastornos psicológicos			
Dominio / clase	Resultados esperados Objetivos NOC / CRE	Intervenciones / Actividades NIC / CIE	Evaluación NOC / CRE
Dominio: 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés Clase: 2 Respuestas de afrontamiento Procesos de gestión del estrés del entorno	(1309) Resiliencia personal CRITERIOS DE RESULTADOS (130901) Verbaliza una actitud positiva (130902) Utiliza estrategias de afrontamiento efectivas (130903) Expresa emociones (130906) Muestra un estado de ánimo positivo (130907) Muestra una autoestima positiva (130912) Busca apoyo emocional PUNTUACIÓN DIANA	(5330) Control del estado de ánimo. (pc) ✓ Evaluar el estado de ánimo ✓ Determinar si el paciente supone un riesgo para la seguridad de sí mismo y de los demás ✓ Comprobar la capacidad de autocuidado ✓ Ayudar al paciente a controlar conscientemente el estado de ánimo (5300) Facilitar la expresión del sentimiento de culpa (pc) ✓ Guiar al paciente/familia en la identificación de sentimientos dolorosos de culpa ✓ Ayudar al paciente/familia a identificar y examinar las situaciones en las que se experimentan o generan estos sentimientos ✓ Ayudar al paciente/familiares a identificar su comportamiento en la situación de culpa	(1309) Resiliencia personal CRITERIOS DE RESULTADOS (130901) Verbaliza una actitud positiva (130902) Utiliza estrategias de afrontamiento efectivas (130903) Expresa emociones (130906) Muestra un estado de ánimo positivo (130907) Muestra una autoestima positiva (130912) Busca apoyo emocional PUNTUACIÓN DIANA

	1. Raramente demostrado: 2 2. Raramente demostrado: 2 3. A veces demostrado: 3 4. A veces demostrado: 3 5. Raramente demostrado: 2 6. A veces demostrado: 3 Mantener a: 15	✓ Apoyar el apoyo espiritual, según corresponda. ✓ Dirigir al paciente por los pasos del auto perdón cuando la propia culpa es válida. (4350) Manejo de la conducta (pc) ✓ Comunicar las expectativas de que el paciente mantendrá sobre el control ✓ Consultar a la familia para establecer el nivel cognitivo basal del paciente ✓ Establecer los límites con el paciente ✓ Alabar los esfuerzos de autocontrol ✓ Considerar la medicación, si es necesario (5230) Mejorar el afrontamiento (tc) ✓ Ayudar al paciente a descomponer los objetivos complejos en etapas pequeñas y manejables. ✓ Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos. ✓ Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad ✓ Valorar y comentar las respuestas alternativas a la situación utilizar un enfoque sereno, tranquilizador ✓ Proporcionar un ambiente de aceptación	1. A veces demostrado: 3 2. Frecuentemente demostrado: 4 3. Siempre demostrado: 5 4. A veces demostrado: 3 5. Raramente demostrado: 2 6. Frecuentemente demostrado: 4 Aumentar a: 21
--	---	--	---

VII. Conclusiones

A partir de la aplicación del presente PE se desarrollan las conclusiones en tres momentos; El PE es un instrumento válido, producto de la ciencia, la academia y la investigación, que se caracteriza por ser sistemático, metódico, dinámico, medible y oportuno. Todo lo anterior, permite concluir que es de vital importancia que se fortalezca desde la academia, se concluye determinar al PE como instrumento fundamental para brindar cuidado de enfermería.

El Covid- 19 siendo una enfermedad nueva, genera mucha incertidumbre por lo que el factor psiquiátrico y psicológico juega un papel muy importante derivado de este factor los diagnósticos cognitivos conductuales fueron los más representativos en la paciente, por lo que después de la aplicación de las intervenciones, se observó mejoría en la sintomatología cognitiva, debido al aislamiento, y al acceso de los equipos de protección personal se lograron realizar todas las intervenciones planeadas obteniendo en su mayoría los resultados esperados en cuanto al aspecto cognitivo.

Sobre la determinación, elaboración y jerarquización de los diagnósticos de acuerdo a la valoración se determina qué; el diagnóstico de anorexia, se decidió no trabajarlo, aun dada su importancia, la razón, fue que las respuestas humanas alteradas; ageusia y anosmia, características principales que se manifiestan en el covid-19, y de las cuales no se encontraron factores relacionados ni características definitorias, que empalmaran con dicha afección, ya que no se determina la causa exacta de esta sintomatología y por ende aún no se encuentra en la versión de la NANDA utilizada para la presente tesis.

En el diagnóstico de diarrea se decidió determinar su factor relacionado a una infección sin determinar la etiología, dado que la NANDA no menciona uno que se adecue a la diarrea causada por covid-19 ya que aún no se determina por que aparece esta manifestación, algunos estudios mencionan que el virus actúa a nivel enzimático en el intestino causando evacuaciones líquidas y abundantes y no precisamente como una infección intestinal causada por el SARS Cov-2.

De acuerdo a la clasificación de la sintomatología del Covid-19, el cual se determinó como moderada, la paciente sujeta de este plan de cuidados se atendió en su domicilio, este fenómeno de la atención en casa se determinó en gran medida por diferentes aspectos. Las posibilidades económicas, ya que los medicamentos aumentaron sus costos y muchas veces no se encontraban, el oxígeno suplementario subió de precio y escaseo, se pudieron comprar los elementos necesarios para adquirir el equipo de protección personal y así llevar a cabo los cuidados planteados. El nivel de educación jugó un papel importante ya que ante el conocimiento del manejo de la enfermedad fue que se tomó la decisión de tratarse en su domicilio, área física de su hogar, permitió que se pudiera llevar a cabo las recomendaciones de aislamiento. Las relaciones interpersonales de la paciente, ya que accedió a los servicios sanitarios suficientes por medicina y enfermería.

Al elaborar el presente trabajo queda de manifiesto la necesidad de mantener y adecuar la capacitación continua sobre la vinculación de modelos y teorías en enfermería, con problemas de salud emergentes, con la finalidad de contar con información actualizada, veraz y oportuna para la aplicación y realización de planes de cuidados, para el enriquecimiento de la profesión de Enfermería.

VIII. Sugerencias

A las autoridades de Salud

Enfatizar a las autoridades sanitarias la importancia del cuidado de la salud mental de las personas infectadas por SARS COV-2 con sintomatología leve, con el fin de evitar complicaciones en el aspecto cognitivo - conductual como son: depresión, autolesiones, fracturas familiares, maltrato social, familiar y muerte por suicidio.

la sistematización de un programa con información sobre adecuación de espacios de aislamiento en casa correctos y con posibilidades incluyentes, esto podrían facilitar el proceso, ya difícil para los pacientes y sus familias.

Comunicación efectiva, determinada y eficiente para la vigilancia, reporte de necesidades, abusos económicos, abusos sociales, maltratos y carencias a los pacientes con Covid-19, domiciliados.

Programa gubernamental, para el fenómeno de la atención en casa ante el Covid-19, integral, individualizado, incluyente e igualitario que facilite el acceso a la atención y su seguimiento hasta el restablecimiento de la salud

Al personal de enfermería

Determinar oportunamente los aspectos fuera de nuestras competencias profesionales, al ejercer el cuidado domiciliario

Seguir en la aplicación de planes de cuidado domiciliario, previa actualización científica y difundir aportaciones

Coadyuvar a la ciencia de enfermería, por medio de la experiencia en el cuidado, realizando proyectos de investigación o publicaciones acerca de Covid-19 y cuidado domiciliario.

IX. Propuesta

Se propone la revisión de la taxonomía NANDA determinar las causas de respuestas humanas alteradas como la diarrea, anosmia, ageusia y la anorexia en personas con Covid-19

determinadas en la valoración y continuar con la exploración en la mejora del cuidado a este tipo de pacientes.

X. Referencias

- Aragón. N., Vargas, A., Miranda, N. (marzo, 2020) *COVID 19 por SARS-CoV-2: La nueva emergencia de salud. Revista Mexicana de Pediatría*, 6(86), 213-218. doi:10.35366/9187
- Atención en el domicilio a casos sospechosos o confirmados de COVID-19 y manejo de sus contactos. (agosto, 2020) *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333967>.
- Barahona, A., Holguín, B., Marulanda, B., Marulanda, C., Mulano, V. (2005) *Propuesta metodológica para el estudio de modelos y teorías de enfermería. Aplicación al modelo teórico "Déficit de Autocuidado" de Dorothea Orem*, (Tesis de grado, universidad libre facultad de enfermería Pereira) recuperada de <https://repository.unilibre.edu.com>
- Canul, M., (2014) *Manual de apoyo para el personal de enfermería en las unidades de hospitalización, centros de integración juvenil*.
- Coronavirus: covid-19 (2020) Consejo General de Colegios Farmacéuticos. Informe Técnico
- Información Científica Técnica (2020) *Enfermedad por coronavirus, covid-19*. Centro de Coordinación de alertas y emergencias sanitarias.
- Fernández, M., (2010) *Modelos y Teorías en Enfermería (III) Modelo de Dorothea Orem (Informe No. Universidad de Cantabria*
- Galindo F. E., Ochoa E. E., Sinfuentes O. J. (2020) *Nuevo Coronavirus (Informe No. 9)*. Lugar: Cd. De México.
- García, C., Magaña, C., Gutiérrez, R. (2003) Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS). *Rev. Med. Hered.* 14(2), 89-92.
- Gonzalez, C., Monroy, R. (abril, 2016). Proceso enfermero de tercera generación. *Enfermería universitaria*, 13(2),124-129.
- Gutiérrez, L. (agosto, 2009) Factores que determinan la aplicación del proceso de enfermería en instituciones hospitalarias de Villavicencio, Colombia, 2008. *Av. Enferm.* XXVII (1), 60-68
- Naranjo, H., Concepción, P., Rodríguez, L. (2017) La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta medica espiritana*, 19(3).
- Naranjo, H. (2019) Modelos meta paradigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. *Rev. Arch Med Camagüey*.23(6) 814-825.
- Navarro, P., Castro, S. (junio, 2010) Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo

comunitario a través del proceso de enfermería, *Enfermería Global*, (19), 1-14

- Orb, A., Santiagos, A. (2005). Breve reseña de la enfermería domiciliaria: una perspectiva de la atención privada. *Ciencia y Enfermería*, XI (1) 9-15.
- Pereda, A. (2011). Explorando la teoría general de enfermería de Orem. *Enfermería Neurológica*. 10 (3), 163-167.
- Puchi, C., Jara, P. (agosto, 2015). Enfermería y el cuidado domiciliario de los mayores en la era de la globalización. *Enfermería universitaria*, 12(4) 219-225.
- Prado, S., Gonzalez, R., Paz, G., Romero, B. (diciembre, 2014) La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista médica electrónica*, 36(6). 835-845.
- Rayle, A., Marriner., T. (2011) *Modelos y teorías en enfermería*. Elsevier, 7ma edición.
- Reina G., Nadia Carolina (julio, 2010). EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO. *Umbral Científico*, (17),18-23. [fecha de Consulta 6 de Julio de 2021]. ISSN: 1692-3375. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>
- Rivero, M., Gonzalez., Gonzalez, A., Barreno, M., Nuñez, H., Hornedo, J., Rojas, I. (2007) valoración ética del modelo de Dorothea Orem. 3(6), 2-11
- Roldan, A., Fernández, M. (septiembre, 1999) Proceso de Atención de Enfermería. Investigación y Educación en Enfermería. *Investigación y educación en enfermería* 18 (2).79-93.
- Sillas, G., Jordán, J. (marzo, 2011) Autocuidado, elemento esencial en la práctica de Enfermería, *Desarrollo Cientif. Enferm.*19(2) 67-69.

XI. Anexos

Anexo 1. Instrumento de Valoración basado en la Teoría de Autocuidado

Elaborado por Dra. Vanesa Jimenez Arroyo.

Guía de valoración del proceso con el referente de Dorothea E. Orem

Factores condicionantes básicos

Descriptivos de la persona

Fecha: _____ Nombre: _____ Sexo: _____ () Fem () Edad: _____

Religión: _____ Edo civil: _____ Escolaridad: _____

Lugar de residencia: _____

Domicilio actual (calle número, colonia): _____

Características de la vivienda:

Renta: _____ Propia: _____ Otros: _____

Material de construcción:

Adobe: _____ Ladrillo: _____ Otros: _____

Cuenta con los servicios básicos de vivienda:

Agua: _____ Potable: _____ Luz: _____ Eléctrica: Drenaje: _____

Pavimentación: _____

Condiciones ambientales de la comunidad:

Servicios básicos:

Alumbrado público: _____ Recolección de basura: _____

Drenaje y alcantarillado: _____

Rol que ocupa en la familia:

Padre () Madre () Hijo () Esposa/o ()

Cuántos hijos tiene: 0 () 1 () 2 () más de 3 ()

Como es su relación con la familia:

Buenas: () Regular: () Mala: ()

Nivel de educación:

Analfabeta: () Primaria: () Secundaria () Bachillerato: () Licenciatura: ()

Otros: _____

Ocupación: _____ Horario: _____

Antecedentes laborales: _____

Ingreso económico familiar:

Menos de 1 S.m. () 1-2 S.m. () más de 3 S.m. ()

Dependencia económica: Si () No ()

De quien: Padres () Esposa/o () Otros: _____

Patrón de vida.

¿Qué actividades recreativas realiza en sus tiempos libres?

Sociales () Culturales () Deportivas () Religiosas ()

Otras: _____

¿Qué hace usted para cuidar su salud?

Estado del sistema de salud

¿Cómo percibe su estado de salud?

Bueno () Regular () Deficiente ()

¿A qué servicios de salud acude usted regularmente?

IMSS () ISSSTE () SALUBRIDAD () PARTICULAR ()

Diagnostico medico: _____

Estado de salud: Grave: () Delicado () Estable: ()

Valorar la existencia de recursos disponibles para la atención a clientes:

Hace_____ De su casa al médico.

Estado del desarrollo

¿Tiene la capacidad de tomar decisiones respecto a su tratamiento médico?

Si () No ()

¿Cuáles son los factores que afectan la toma de decisiones?

¿Quién autoriza su tratamiento médico?

REQUISITOS DE AUTO CUIDADO UNIVERSALES

Mantenimiento del aporte suficiente de aire.

Frecuencia respiratoria: llenado capilar:

Cianosis: Si () No () Especifique: _____

Tabaquismo: Si () No: () Especifique: _____

¿Cocina con leña?

Si () No () Cuanto tiempo: _____

Alergias: Si () No () Especifique: _____

Tipo de respiración:

Normal () Disnea: () Bradipnea: () Taquipnea: () Polipnea: ()

Otros: _____

Nariz:

Desviación del tabique: () Pólipos: () Secreciones: () Dolor: ()

Edema: () Otros: _____

Tórax:

Tonel: () En quilla () En embudo: ()

Otros: _____

Ruidos respiratorios: _____

Estertores: () Sibilancias: () Murmullo vesicular: ()

Padece alguna enfermedad pulmonar:

Si () No: () Especifique: _____

Cardiovascular:

T/A: FC: Soplos: () Arritmias: ()

Otras alteraciones: _____

Al realizar algún esfuerzo físico, presenta disnea:

Si: () No: ()

Apoyo ventilatorio:

Mantenimiento de aporte de agua suficiente:

Valorar datos de deshidratación.

Mucosa oral: Seca: () Hidratada: ()

Piel: Seca: () Escamosa: () Normal: ()

Turgencia: Normal: () Escamosa: ()

Que cantidad de agua ingiere usted al día:

300-500 ml () 500-1000 ml () 1500-2000 ml () > a 2000 ml ()

De donde proviene el agua que consume:

Llave publica () Pipa: () Entubada: () Garrafón: ()

Otros: _____

Utiliza algún método para planificar el agua:

Si () No () Especifique: _____

Ingiera algún otro tipo de líquido durante el día:

Si () No () Especifique Cantidad: _____

Aporte de líquidos parenterales:

Especifique _____

24

Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos

Peso: Talla: _____ IMC: _____ Cintura: _____

Ha observado variaciones del peso:

Si () No ()

Perdida: () Ganancia: ()

1-3 kg () 4-6 kg () 7-9 kg () > 10 kg ()

Dentadura:

Completa: () Faltan piezas () Prótesis Fija: () Prótesis Extraíble: ()

Especifique: _____

Estado de las mucosas:

Presenta algún problema en la mucosa oral:

Si () No ()

Especifique:

Lengua en tónica () Estomatitis () Xerostomía () Tumor oral () Leucoplaquia ()

Edema () Lesión oral () Drenaje purulento () Gingivorragia () Ulceraciones

() Otros: _____

Alteraciones en cara y cuello: _____

Abdomen:

Peristaltismo: Ausencia: () Disminuido: () Aumentado: () Normal: () Distensión abdominal: () Otros: _____

Presenta algún problema en la alimentación:

Si () No ()

Cual: Acidez () Nauseas () Vomito () Hematemesis () Disfagia ()

Pirois () Regurgitación () Polidipsia () Polifagia () Bulimia () Anorexia ()

Reflujo () Sialorrea () Saciedad () Eructos ()

Otros: _____

Necesita algún tipo de ayuda para alimentarse:

Si () No () Especifique: _____

Tipo de nutrición:

Sonda nasogástrica: () Sonda Nasoyeyunal: () Gastroclisis: ()

Nutrición Parenteral ()

Que tan frecuente come usted:

1=cada día 2=una vez a la semana 3=una vez al mes 4=nunca

Alimento/frecuencia	1	2	3	4
Leche				
Deriv. De leche				
Carnes				
Cereales				
Verduras				
Frutas				
Huevos				
Pescado				
Pastas y harinas				

¿Con que guisa sus alimentos?

Aceite () Manteca: ()

¿Cómo es su dieta habitual?

Sin restricciones () Diabética () Hiposodica () Hipoproteica () Hiperproteica ()

Otros: _____

a) Provisión de los cuidados asociados a los procesos de eliminación y los excrementos.

Grupo de evacuación intestinal:

Presencia de:

Estoma intestinal: Colostomía () Ileostomía () Hemorroides ()

Pólipo rectal () Rectorragia () Otros: _____

Alteraciones al evacuar.

Tenesmo: () Pujo () Cólico () Otros: _____

Apoyo para la eliminación intestinal: No

Espontanea: () Estreñimiento: () Diarrea: () Otros: _____

Características de las heces fecales:

Café: () Acolia: () Melena: () Otros: _____

Consistencia de las heces fecales:

Pastosa () Semipastosa () Liquida () Semilíquida () Dura ()

Grupo de eliminación vesical:

Presencia de:

Incontinencia () Retención urinaria () Tenesmo () Disuria () Alteraciones uretero-vesicales: _____

Alteraciones en la micción:

Polaquiuria: () Oliguria: () Anuria: ()

Apoyo para la evacuación vesical:

Movilización: () Cateterismo vesical () Higiene () Otros: _____

Características de la micción:

Ámbar () Coluria () Hematuria () Turbia () Otros: _____

Grupo transpiración:

Cambios en los patrones normales de sudoración

Disminuida: () Ausente () Aumentada ()

Condición o circunstancia:

Temperatura corporal: Dolor: () Alt. Emocionales ()

Temperatura ambiental: Otros: _____

Grupo menstruación:

Menarca: _____ Días del ciclo menstrual: _____

Tipo, cantidad y características del flujo: _____

Presenta algún problema durante su menstruación:

Si () No () Ocasional () Especifique, dolor de mamas e inflamación de las mismas.

a) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

REPOSO

¿Cuántas horas duerme habitualmente?

<6 Hr () 6-8 Hr (x) 8-10 Hr () >10 Hr ()

¿Cómo se encuentra al despertar?

Cansado () Descansado () Fatigado () Otros: _____

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?

Si () No ()

¿Ha sufrido algún cambio en su patrón de sueño?

Si () No ()

¿Desde cuándo?

1 semana () 15 días () 1 mes () >1 mes ()

Presencia de:

Bostezo: () Insomnio: () Hipersomnio: () Pesadillas: () Alucinaciones: ()

Ojeras: () Ronquidos: () Enuresis: () Sonambulismo: () Terrores nocturnos: ()

Factores que interrumpen su descanso y sueño: _____

¿Acostumbras a tomar siestas?

Si () No ()

¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño?

Si () No () Especifique: _____

ACTIVIDAD:

Sistema Musculo Esquelético

Presencia en articulaciones de:

Dolor: () Rigidez: () Inflamación: () Limitaciones: () Contracturas: ()

Especifique:

Tratamiento:

¿Alguna actividad física le produce dolor?

Si () No () Especifique:

¿Realiza algún tipo de ejercicio?

Si () No () Cual: _____

Frecuencia/duración: _____

b) Mantenimiento del equilibrio entre soledad y la interacción

Sistema auditivo:

Presenta problemas de audición:

Si () No () Especifique: _____

Utiliza apoyo para escuchar:

Si () No ()

Presencia de:

Mareo () Vértigo () Acufenos () Malformaciones () Tumoraciones () Lesiones ()

Sistema ocular:

Presenta problemas visuales:

Si () No () Especifique:

Utiliza lentes: _____

Armazón: () Contacto: () Tiempo: _____

Presencia de alteraciones oculares:

Si () No () Especifique: _____.

¿Con quienes convive diariamente?

Familia () Amigos () Compañeros de Trabajo ()

¿Cómo considera sus relaciones con las personas con las que convive?

Buena () Regular () Mala ()

¿A quién recurre para platicar de sus problemas?

Familia () Amigos () Nadie () Otros: _____

Observar:

Seguridad () Timidez () Introversión () Apatía () Extraversión () Otros: _____

Razones que le impiden socializar:

Lejanía () Enfermedad () Rechazo () Miedo ()

Dificultad para la comunicación () Otros: _____

c) Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar.
Sistema Neurológico:

Estado de conciencia:

Consiente () Inconsciente () Sopor () Estupor () Confusión ()

Coma () Glasgow: _____

Problemas con:

Concentración () Razonamiento () Especificar: _____

¿Utiliza algún dispositivo de ayuda para realizar la de ambulación?

Bastón () Silla de ruedas () Andador () Otros: _____

Antecedentes heredofamiliares patológicos:

Si () No () Especifique: _____

Toxicomanías:

Si () No () Especifique: _____

¿Implementa medidas de seguridad en su persona y familia?

Si () No () Especifique: _____

d) Funcionamiento humano y grupos sociales

¿Se acepta en su estado físico?

Si () No () Especifique: _____

¿Acepta los cambios corporales a partir de su enfermedad?

Si () No () Especifique: _____

¿Necesita ayuda para realizar las actividades para satisfacer las necesidades básicas?

Si () No () Especifique: _____

¿Considera que su vida es o ha sido productiva?

Si () No () Especifique: _____

¿Habitualmente presenta alteraciones emocionales?

Si () No ()

Depresión () Ansiedad () Vergüenza () Temor ()

Desesperanza y negatividad ()

¿Cuál es su reacción ante una situación estresante?

Negación () Inadaptación () Irritabilidad () Culpa () Agresión ()

Cólera ()

I. REQUISITOS DE AUTO CUIDADO DE DESARROLLO

a) Crear y mantener las condiciones que apoyan los procesos vitales y promueven los procesos de desarrollo.

1. Etapas del ciclo vital

Recuerda usted algún problema o aspecto relevante referente su salud en alguna de las siguientes etapas de vida.

Niñez	Si ()	No ()	Especifique: _____
Edad escolar	Si ()	No ()	Especifique: _____
Adolescente	Si ()	No ()	Especifique: _____
Adulto joven	Si ()	No ()	Especifique: _____
Edad fértil	Si ()	No ()	Especifique: _____
Adulto maduro	Si ()	No ()	Especifique: _____

2. Salud sexual

Sistema reproductor:

Has recibido educación sexual

Si () No () Especifique: _____

¿Cuál es su orientación sexual? _____

¿Con que Frecuencia tiene actividad sexual?

¿Está satisfecho con su vida sexual?

Si () No () Porque: _____

Número de parejas sexuales: _____

Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales:

Si () No () Especifique/tratamiento: _____

Utiliza algún método de planificación familiar:

Si () No () Especifique/tiempo: _____

Número de hijos: _____

Tiene problemas de infertilidad:

Si () No () Especifique: _____

Presenta alguna enfermedad de transmisión sexual:

Si () No () Especifique: _____

Tratamiento: _____

Cirugías realizadas en aparato reproductor:

Si () No () Especifique: _____

Hombre:

¿Acude a examen de Próstata/testicular?

Si () No () Especifique: _____

¿Presenta problemas de erección?

Si () No () Tratamiento: _____

¿Presenta problemas de eyaculación precoz?

Si () No () Tratamiento: _____

Mujer:

Menarca: _____ Días del ciclo menstrual: _____

Tipo, cantidad y características del flujo: _____

Presenta algún problema durante la menstruación:

Si () No () Ocasional () Especifique: _____

Embarazos: _____ Partos: _____ Cesáreas: _____ Abortos: _____

Partos prematuros: _____ Fechas de último Papanicolaou: _____

Presencia de flujo/hemorragia trasvaginal: _____ Características: _____

¿Existen alteraciones de crecimiento físico?

Si () No () Especifique: _____

II. REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

¿Con que frecuencia se realiza usted chequeos generales de salud?

4-6 meses () 6-12 meses () >12 meses () No se realiza ()

Especifique: _____

¿Sabe usted de que está enfermo?

Si () No ()

¿Qué conoce acerca de su enfermedad?

¿Cuándo hay campañas de salud orientadas a la detección oportuna de enfermedades, usted acude?

Si () No ()

¿En caso de déficit o incapacidad física, cuál es su sentimiento respecto a su situación?

¿Actualmente realiza actividades de ejercicio o rehabilitación?

Si () No () Especifique: _____

¿Identifica algún obstáculo que le impida continuar o llevar a cabo los cuidados para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación?

Ambientales () Familiares () Personales ()

Especifique: _____

XII. Apéndices

Apéndice 1. Tabla de factores condicionantes básicos.

FACTOR	VALORACION
Edad	38
Sexo	Femenina
Estado de Desarrollo	Adulto joven
Estado de salud	IRG, Covid -19
Orientación sociocultural	A pesar de ser una profesional de la salud, aun dudaba que la enfermedad covid-19 existía, ya que, en su comunidad, se dejaban llevar por la mal información que era un invento del gobierno para subsanar atención excesiva en un tema político “cortina de humo”. Su unidad de trabajo no es hospital covid, así que no vio los estragos que estaba causando la pandemia, es la promotora secundaria económicamente, para su familia, enfermera, su nivel socioeconómico es medio alto.
Factores del sistema de cuidados de salud	La percepción sobre su salud, es incierta, ya que sabe que no hay un tratamiento específico, para la enfermedad, sin embargo, inicio tratamiento en casa aconsejada por un médico de su unidad de trabajo; azitromicina, aspirina, vitamina c, etc. pero acudió a la seguridad social que le brinda su institución; ISSSTE.
Factores de sistema familiar	El rol que desempeña en su familia es la madre; ella actúa como agente de autocuidado ya que tuvo que aislarse del resto de su familia, afortunadamente, cuenta con el apoyo marital y de un familiar que se trasladó a su hogar para apoyar en este proceso.
Patrón de vida	Actualmente no tiene ninguna enfermedad crónica, no fuma ni toma alcohol, considera que tiene buena alimentación, su peso está

	en los límites normales, y realiza ejercicio por lo menos tres veces a la semana, se estresa con facilidad, cuando no trabaja refiere que se la pasa dormida y descansando, acompaña a sus hijos a actividades escolares y extraescolares, de profesión enfermera, trabaja en un hospital de la secretaria de salud, con estabilidad laboral, no sale de su casa solo a lo estrictamente esencial.
Factores ambientales	Actualmente en el mundo estamos en un problema de salud pública, donde la inminencia de contagio es cada vez mayor, y nunca dejó de trabajar, su unidad no tiene la infraestructura necesaria para la protección, hablando de higiene y seguridad en el trabajo, tiene lugar en su hogar para llevar a cabo el aislamiento y cumplir su cuarentena, habita casa con todos los servicios estructurales y tecnológicos, flora fauna.....
Disponibilidad y adecuación de los recursos	En el trabajo, llevaba a cabo las medidas recomendadas por la OMS, sin embargo, ante la incredulidad relajo estas medidas al momento de convivir con sus compañeros. En casa pudo llevar el aislamiento, dispuso de medicamentos adquiridos en casa, ya cuando se complicó acudió a la seguridad social, de la cual hizo uso adecuado. Sus recursos económicos son suficientes para sobrellevar sus necesidades.

2. Apéndice 2. Cuadro de requisitos de autocuidado universales

1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
Respiración: 38xmin. Saturación de oxígeno en sangre: 77% Frecuencia cardiaca: 90 por minuto. Secreciones bronquiales, tos ineficaz, coloración cianótica de extremidades, dificultad respiratoria, mascarilla con reservorio a 10lts x minuto.
2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
Realiza una comida al día, refiere que “no le sabe la comida” por lo cual prefiere dejar de comer, sin embargo, menciona que normalmente esta es balanceada en cantidad no así en calidad ya que refiere no gustarle las frutas y algunas verduras. En su vida normal realiza tres comidas con ayunos prolongados, Su índice de masa corporal de acuerdo a su peso y talla es de 34.5 (obesidad) cuenta con todas sus piezas dentales.
3.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
Consume 2 litros de agua aproximadamente, toma muchos te, y jugos, presenta buena hidratación, de piel y mucosas, refiere mucha sed.
4.- Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación.
Presenta evacuaciones diarreicas, aproximadamente 5 veces al día en cantidad abundante, refiere tenerlas hace cinco días y sentir dolor y ardor a la defecación, realiza micción 3 o 4 veces al día, espontaneas, con control de esfínteres adecuado.
5.- Mantenimiento de equilibrio entre la actividad y el reposo.
La usuaria, presenta dificultad para conciliar el sueño nocturno, refiere que “siente que muere” por el día duerme intermitentemente, se denomina cansada del aislamiento y dificultad respiratoria al realizar actividades de la vida diaria, presenta inmovilidad por la oxigenoterapia, y por su aislamiento terapéutico, menciona angustia, desesperación y cansancio por esta situación en su vida.
6.- Mantenimiento de equilibrio entre la interacción social y la soledad.
La preocupación por la salud es grande, está inquieta y preocupada por que no sabe cómo la está pasando la familia, ya que no los puede ver, se expresa claramente, es consciente de su enfermedad, buena comunicación, interactúa en su tratamiento, y refiere que los días “se le hacen muy largos”.
7.- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humanos.
Tiene buena capacidad cognitiva, esta consiente, orientada en tiempo y espacio, está muy preocupada, refiere que quisiera tomar “algo para estar tranquila”, no se quiere mover mucho porque siente que le falta la respiración o que se descompone o se le termina el oxígeno, y que puede morir, revisa redes sociales y se entera de escenarios catastróficos

sobre su enfermedad, eso le afecta emocionalmente, ya que refiere que va a morir por que no hay cura.

8.- Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano a ser normal.

Se encuentra decaída, con signos y síntomas depresivos, ansiosa, se encuentra aislada, triste y con miedo a morir, ya que sabe que no hay tratamiento para su enfermedad, refiere que desea regresar el tiempo y haberse cuidado más. También siente miedo y culpa de haber podido contagiar a su familia.

Requisitos de desarrollo

1.- Crear y Mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo.

La paciente, siempre se ha sobre puesto a los procesos de la vida, de salud, de pérdidas materiales, físicas, sin embargo, ahora se ve vulnerada y debido a la información y desinformación se siente sumamente preocupada, externa indicaciones a sus familiares sobre decisiones de su vida, y si ella “llegara a faltar”. Menciona que está haciendo todo lo posible por reponerse pero que no está en sus manos recuperarse.

2.- Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que puedan afectar adversamente al desarrollo humano.

El tratamiento farmacológico lo toma en tiempo y en forma, acude al médico cuando es necesario, se realiza los estudios de diagnóstico que le indican, se toma sus signos vitales y está pendiente de su saturación de oxígeno. Le cuesta mucho trabajo adaptarse al aislamiento, trata de comer todo lo que le proveen, desinfecta su unidad, y usa todo el tiempo el cubrebocas, y gel antibacterial.

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud

1.-Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada en cada caso; agentes físicos y biológicos, específicos o condiciones ambientales asociadas a acontecimientos y estados humanos patológicos o condiciones psicológicas que se sabe que producen o están asociadas con patología humana.

La paciente presenta una enfermedad pandémica, desconocida, por lo que es probable que se complique al no haber tratamiento específico, ni pautas a seguir, sin embargo, sabe los signos y síntomas específicos esperados y algunos que se pudieran presentar y que indiquen gravedad y requiera acudir a un segundo nivel de atención, presenta actitud de iniciativa en buscar ayuda médica y familiar. Reconoce los signos y síntomas de gravedad, que no son tratables en casa; baja súbita de saturación en sangre, dificultad para respirar,

síntomas persistentes de más de 14 días, dolor torácico, cianosis etc. La paciente no desconoce su enfermedad y su tratamiento, trata de descansar y estar tranquila, de acuerdo a sus competencias profesionales y su estado de ánimo.

2.- Tener consciencia y prestar atención a los efectos y resultados de los estados patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo

Conoce las repercusiones que esta enfermedad traerá a su vida y las actividades consiguientes, pero también sabe, que puede no pasarle nada, no deja de preocuparse demasiado, pero corregirá algunos aspectos o conductas no saludables que pudiera tener, está al pendiente de cambios físicos, psicológicos y sociales de su entorno, para hacerlo saber.

3.- Llevar a cabo efectivamente las medidas, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas, dirigidas a prevenir tipos específicos de patología, a la propia patología o a la regulación del funcionamiento humano integrado, a la corrección de deformidades o anomalías o a la compensación de incapacidades.

Refiere querer estar informada de todos los procedimientos, estudios y pruebas de diagnóstico, que se le realizan, así como de los beneficios que le traerán. Tiene consciencia de las consecuencias que pudieran ocurrirle si no las llevara a cabo, por lo que afirma preferir realizarlas a que le ocurra algo irreversible, pide que se contrate un profesional de enfermería para su tratamiento, acude a citas médicas y pruebas que se le indican, llevando a cabo medidas que se le indican.

4.- Tener consciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritas por el médico que producen malestar o deterioro, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.

Conoce la influencia que tiene la enfermedad en su vida y estado de desarrollo, pero no puede evitar sentirse triste y desesperanzada, pone atención a los efectos del estado patológico y nuevos cambios que se puedan producir, siendo capaz incluso de informar de dichos cambios.

5.- Modificar el auto concepto y la autoimagen para aceptarse como ser humano con un estado de salud particular y necesidad de formas específicas de cuidados de salud

La paciente conoce y tiene plena conciencia de su estado de salud, pero no deja de lamentarse en qué momento se descuidó y se infectó, refiere estar bajando de peso y sentirse rápidamente delgada y no le gusta, tiene miedo de que alguien más de su familia salga positivo, lamenta no poder ayudar en las labores como ama de casa y madre, refiere “eso es lo que más me preocupa”

6.- Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico, con un estilo de vida que fomente el desarrollo personal continuado

Es consciente que si se complica necesitará acudir al servicio médico, y que deberá modificar su estilo de vida, y atender medidas sanitarias dictadas por la autoridad de su estado.

Apéndice 3. Síntesis de información de la agencia de autocuidado

Agencia de autocuidado
Paciente femenina de 38 años, positiva a SARS-COV 2, covid-19 con cuidados domiciliarios.
Agencia de cuidado Dependiente
➤ Enfermería. ➤ Familia
Demanda de cuidado terapéutico
➤ Oxigenoterapia por medio de mascarilla reservorio, ➤ Soluciones parenterales, ➤ Ayuda baño/higiene, ➤ Vigilancia de plan farmacológico
Déficit de autocuidado
➤ Disminución de actividades ➤ Movimiento ➤ Signos y síntomas depresivos, ➤ Ansiedad ➤ Disminución del sueño
Limitaciones de Autocuidado
➤ Baja saturación de oxígeno
Sistemas de Enfermería.
Apoyo educativo:
Parcialmente compensatorio:

- Ayudar
- Instruir
- Practicar
- Guiar
- Facilitar
- Establecer

Totalmente compensatorio:

- Ministración de medicamentos
- Regulación de oxígeno
- Cambio y vigilancia de soluciones parenterales
- Proveer dieta
- Vigilar aislamiento
- Vigilar estado Psiquiátrico
- Vigilar estado psicológico