



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE
SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERIA

PROCESO

METODOLOGIA DE INTERVENCION EN ENFERMERIA,
APLICADO A UN PACIENTE CON DIGNOSTICO
MEDICO DE HIPERTENSION ARTERIAL.

Que para obtener el Titulo de

Licenciado en Enfermería

PRESENTA:

MONICA MARLEM EQUIHUA LOPEZ

DIRIGIDO POR:

C. M. C. ROBERTO MARTINEZ ARENAS

MORELIA, MICH. agosto 2007

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERIA



**METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA, APLICADO A
UN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO MÉDICO DE HIPERTENSIÓN
ARTERIAL.**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

MONICA MARLEM EQUIHUA LOPEZ

DIRIGIDO POR:

MC. ROBERTO MARTÍNEZ ARENAS

SINODALES:

C. M. C. Roberto Martínez Arenas

Presidente

Firma

L. E. Q. Elizabeth Flores Damían

Vocal 1

Firma

Lic. María Isabel Valenzuela Villegas

Vocal 2

Firma

Morelia Michoacán, del 2007.

DIRECTIVOS

M.E. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA

DIRECTORA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA



L.E.D MARIA DE JESUS RUIZ RESENDIZ

SECRETARIA ACADEMICA



L.E.D. ANA CELIA ANGUIANO MORA

SECRETARIA ADMINISTRATIVA

AGRADECIMIENTOS

- ☞ A mi mamá y mis dos hermanos que siempre me han apoyado a lo largo de mi vida y que depositaron en mí su confianza para llegar a ser alguien en la vida.
- ☞ A mi escuela y maestros que me transmitieron sus conocimientos lo largo de cuatro años que estuve en la facultad y que hicieron de mí una enfermera.
- ☞ A dios por haberme permitido vivir este tiempo y terminar mi carrera con éxito.
- ☞ A mi familia en general que siempre me ha apoyado a lo largo de mi vida.
- ☞ A mi asesor ya que sin su ayuda no hubiera sido posible la realización de este trabajo.
- ☞ A mis amigos que siempre me dieron ánimos para seguir adelante.

Índice

TEMA	PAG.
INTRODUCCION	1
I. JUSTIFICACION	3
II. OBJETIVOS	5
III. MARCO TEORICO	6
METODOLOGIA DE ENFERMERIA	6
3.1 ANTECEDENTES	6
3.2 OBJETIVOS	7
3.3 CARACTERISTICAS	7
3.4 VENTAJAS Y DESVENTAJAS	7
3.5 PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA	8
3.5.1 DEFINICIONES	8
3.6 ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERIA	9
3.6.1 VALORACION	9
3.6.2 DIAGNOSTICO	19
3.6.3 PLANEACION	25
3.6.4 EJECUCION	35
3.6.5 EVALUACION	37
3.7 FILOSOFIA DE VIRGINIA HENDERSON	39
3.8 LA HIPERTENSION COMO ENFERMEDAD CRONICO DEGENERATIVA	50
3.9 REPERCUSIONES PSICOLOGICAS, SOCIALES Y FAMILIARES EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS	57
IV. METODOLOGIA	61
V. DESARROLLO DE LA METODOLOGIA	62
5.1 RESUMEN DEL CASO CLINICO	62
5.2 VALORACION POR NECESIDADES	63
5.3 CLASIFICACION DE DATOS	66
5.3.1 ORG. DE DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS	66
5.3.2 DATOS SIGNIFICATIVOS	68
5.3.3 JERARQUIZACION POR DIAGNOSTICO	69
5.3.4 PLANEACION DE CUIDADOS	70
VI. CONCLUSIONES	75
VII. SUGERENCIAS	76
VIII. BIBLIOGRAFIA	77
IX. APENDICES	78

INTRODUCCION

En cuanto a la definición del proceso enfermero, podemos observar que algunos autores lo muestran como un instrumento que parece tener utilidad limitada al sujeto como individuo y parecen que quedan excluidas aquellas situaciones de cuidados que desarrollamos los enfermeros cuando el usuario de los servicios es una familia, grupo o comunidad

El proceso de atención de enfermería (PAE) exige del profesional habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros. Así mismo, se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento. Todo esto es indispensable para ayudar a los sujetos de atención, a través de la aplicación del proceso de enfermería, a alcanzar su potencial máximo de salud. El PAE requiere una actividad especial y continua con el sujeto de atención porque trata de mejorar la respuesta humana.

El proceso de enfermería es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Por tanto, es la aplicación del método científico en el que es necesario tener un pensamiento crítico en el quehacer de enfermería.

El pensamiento crítico es indispensable para definir la profesión de enfermería, ya que refleja la capacidad de imaginar, analizar, considerar y discutir un fenómeno en el cual no se está de acuerdo basado en la experiencia y los conocimientos de la enfermera.

El pensamiento crítico y el ejercicio práctico son indispensables para definir la profesión de enfermería, el pensamiento enfermero es una acción de pensar que refleja la capacidad de imaginar o examinar un fenómeno. Dentro de las **ventajas** podremos encontrar:

- ⊙ Se tendrán objetivos determinados, que darán como resultado una mejor atención al paciente
- ⊙ La enfermera tendrá la capacidad de dar una opinión y sustentarla con el conocimiento adquirido.
- ⊙ Se tendrá una mejor calidad en los cuidados, ya que existen objetivos que cumplir
- ⊙ La enfermera tendrá que estar en constante actualización lo que permitirá su desarrollo profesional.

En las enfermedades crónico degenerativas como lo es la Hipertensión Arterial es indispensable que la enfermera conozca los signos, síntomas y riesgos que tienen los pacientes con esta enfermedad, así como las respuestas humanas que ocasionan a nivel individual y social, ya que debe tener la capacidad para identificar tanto los signos como las repercusiones de manera general, todo esto con la finalidad de evitar complicaciones, todo esto basado en la observación y valoración oportuna por parte de enfermería.

El presente trabajo esta estructurado por:

- ★ Justificación
- ★ Objetivos
- ★ Marco Teórico Conceptual
- ★ Metodología
- ★ Desarrollo de metodología
- ★ Conclusiones
- ★ Sugerencias
- ★ Referencias bibliográficas
- ★ Bibliografía
- ★ Anexos y apéndices

I. JUSTIFICACION

La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México. En efecto, alrededor de 26.6% de la población de 20 a 69 años la padece, y cerca del 60% de los individuos afectados ignora su enfermedad. (1)

Alrededor de 30% de la población adulta padece hipertensión arterial y cerca del 60% de los individuos afectados desconoce su enfermedad. Esto significa que en nuestro país existen más de 15 millones de personas con este padecimiento, de las cuales un poco más de 9 millones no han sido diagnosticados. (2)

Un 90% de los casos de hipertensión arterial son hipertensiones esenciales. El 10% restante son hipertensiones secundarias. Las hipertensiones secundarias pueden deberse a una enfermedad renal, al uso de la píldora anticonceptiva o a trastornos endocrinos (hormonales). (3)

La hipertensión arterial es una de las más importantes enfermedades cardiovasculares, debido a su prolongado tiempo de evolución y a las complicaciones que puede generar. Este padecimiento tuvo una prevalencia de 23.8%. en 1963 y de 30.05%. en 2004, esto quiere decir que ha aumentado un 6.25% en los últimos 41 años. (4)

La hipertensión arterial es un importante factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y renales. La mortalidad por estas complicaciones ha mostrado un incremento sostenido durante las últimas décadas. Así pues, las enfermedades del corazón, la enfermedad cerebrovascular y las nefropatías se encuentran entre las primeras causas de muerte.

Los costos económicos asociados al tratamiento de esta enfermedad y sus complicaciones representan una carga para los pacientes y los servicios de salud. Para contender con este importante problema, es necesario llevar a

cabo las acciones preventivas, así como los procedimientos para la detección, diagnóstico, tratamiento y control de esta enfermedad a ser realizados por los sectores público, social y privado. Pero es a un más importante que el personal de Enfermería, proporcione el cuidado integral del ser humano, utilizando el pensamiento crítico como una herramienta en el desarrollo del Proceso Atención de Enfermería.

Su aplicación contribuirá a reducir la elevada incidencia de la enfermedad, a evitar o retrasar sus complicaciones, así como disminuir la mortalidad asociada a esta causa. (1)

El presente trabajo se hace con la finalidad de aplicar un proceso enfermero a un paciente con diagnóstico médico de hipertensión arterial, con el objetivo de identificar las necesidades que tiene y contribuir en su recuperación, ayudando con esto a reducir los riesgos que conlleva esta enfermedad.

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Identificar las principales Respuestas Humanas a través de una metodología de enfermería, fundamentadas en las 14 necesidades de Virginia Henderson en un paciente con Hipertensión Arterial, así como la elaboración de un plan de intervención para proporcionar cuidados de enfermería.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las necesidades del paciente en base a Respuestas Humanas.
- Conocer el entorno y estado de salud actual del paciente.
- Conocer la información que tiene el paciente acerca de su padecimiento actual y adaptar los cuidados de enfermería en base a sus necesidades.
- Ayudar a mejorar su calidad de vida y reducir sus dudas en base a los cuidados de enfermería.
- Elaboración de un trabajo académico para obtener el grado de Lic. en Enfermería

III. MARCO TEORICO

El contenido de esta apartado, esta estructurado en 3 partes esenciales, la primera habla sobre Metodología de Enfermería, antecedentes del proceso enfermero, objetivos, características, ventajas y desventajas, definiciones del Proceso de Enfermería, sus etapas. El segundo apartado describe el modelo de Virginia Henderson, así como sus principales conceptos. Y el último sobre el padecimiento actual, que es la hipertensión arterial recomendaciones generales para pacientes, pero principalmente las respuestas que esta enfermedad provoca en el ser humano.

METODOLOGIA DE ENFERMERIA.

3.1 ANTECEDENTES

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (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 diagnóstica.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado. (10)

3.2 OBJETIVOS

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También:

- ⊗ Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- ⊗ Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- ⊗ Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.(10)

3.3 CARACTERISTICAS

- ∞ Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- ∞ Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- ∞ Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- ∞ Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- ∞ Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- ∞ Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.(10)

3.4 VENTAJAS Y DESVENTAJAS

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la

calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad. (10)

Para el paciente son:

- ✧ Participación en su propio cuidado.
- ✧ Continuidad en la atención.
- ✧ Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera:

- ✧ Se convierte en experta.
- ✧ Satisfacción en el trabajo.
- ✧ Crecimiento profesional.

3.5 PROCESO DE ENFERMERIA

3.5.1 Definiciones del Proceso de Enfermería:

- ✧ Se trata de un proceso continuo pero integrado por diferentes etapas o fases, ordenadas lógicamente, que tienen como objetivo fundamental la adecuada planificación y ejecución de los oportunos cuidados orientados al bienestar del paciente. Cabe destacar, sin embargo, que tales etapas, aunque pueden definirse y analizarse de forma independiente, en realidad están íntimamente relacionadas y son ininterrumpidas, puesto que el proceso de enfermería implica una actuación constante y a todos los niveles para poder determinar y cubrir los requerimientos del paciente no sólo desde una dimensión física o biológica, sino también desde las perspectivas psicológica, sociológica, cultural y espiritual.(5)
- ✧ El proceso de atención de enfermería (PAE) exige del profesional habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros. Así mismo, se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento. Todo esto es indispensable para ayudar a los sujetos de atención, a través de la aplicación del proceso de enfermería, a alcanzar su potencial máximo de salud. El PAE requiere

una actividad especial y continua con el sujeto de atención porque trata de mejorar la respuesta humana. (6)

- ✦ El proceso de enfermería es el método a través del cual se aplica una base teórica al ejercicio profesional, es decir, al cuidado propiamente tal, a partir de una reflexión previa que exige las capacidades cognitivas, técnicas y de relaciones interpersonales de la enfermera. A fines didácticos, pueden distinguirse cinco fases, cada una de las cuales debe ser adecuadamente cumplimentada para el logro satisfactorio de los objetivos: *valoración, diagnóstico, planificación de cuidados, ejecución y evaluación*. (7)

3.6 ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO:

■ 3.6.1. Valoración

Es 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, 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.

Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos **requisitos** previos son:

- ⊗ Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.
- ⊗ Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- ⊗ Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- ⊗ Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- ⊗ Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- ⊗ Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.
- ⊗ Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería.

La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- ✦ Criterios de valoración siguiendo un orden de “cabeza a pies”: sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.

- ✦ Criterios de valoración por “sistemas y aparatos”: se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- ✦ Criterios de valoración por “patrones Funcionales de Salud”: la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Esta etapa cuenta con una **valoración inicial**, donde deberemos de buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores tenemos que tener en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente

En la **recogida de datos** necesitamos:

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).
- Convicciones (ideas, creencias, etc.)
- Capacidad creadora.
- Sentido común.
- Flexibilidad.

Tipos de datos a recoger:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

Los tipos de datos:

- ⊙ Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (sentimientos).
- ⊙ Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial)
- ⊙ Datos históricos – antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (hospitalizaciones previas).
- ⊙ Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos:

A) Entrevista Clínica:

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados. (6)

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son:

1. Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
2. Facilitar la relación enfermera/paciente.
3. Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos Y también.
4. Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

Entre los aspectos que se deben tener presentes para realizar una entrevista están los siguientes:

- 1.-Seguir la guía de valoración para llevar un orden y saber exactamente lo que se va a preguntar al usuario (evitar improvisar).
 - 2.-Asegurar un entorno con las características de privacidad y tranquilidad.
 - 3.-Valorar el momento para realizar la entrevista, el usuario debe encontrarse en condiciones físicas y emocionales idóneas para poder contestar a las preguntas.
 - 4.-Mantener durante la entrevista una distancia de uno o dos metros con relación al usuario, por que lo puede intimidar (demasiado cerca) o demostrar falta de interés (demasiado lejos). También hay que procurar que tanto la cabeza de la enfermera como la del usuario estén a la misma altura, para facilitar la atención de ambos y evitar sentimientos de inferioridad por parte del usuario al percibiría (lo) por arriba de él.
 - 5.-Dedicar el tiempo necesario para la entrevista, si no es posible valorar en un solo momento al usuario, fraccionar la entrevista y centrar la atención en aquellas áreas que son de mayor problema: sin olvidar completar la valoración general en la primera oportunidad que se tenga.
 - 6.-Ser amable, cordial y respetuoso (evitar sobrenombres y diminutivos).
- ¿Se siente cansadito? "Madrecita", "Abuelito", "Gordito"

- 7.-Formular preguntas claras y sencillas, considerando el nivel educativo del usuario, (evitar términos desconocidos).
- 8.-Escuchar con atención todo lo que dice el usuario: (evitar escribir cuando este hablando)
- 9.-Conseguir la información sin presionar al usuario verbal o no verbal): porque puede obtener información errónea o perderse de la misma.
- 10.-Poner atención en el lenguaje no verbal del usuario, éste nos dice más que las palabras.
- 11.-Dejar que el usuario exprese sus ideas para poder conocer su verdad (evitar completar o adivinar).
- 12.-Desarrollar la capacidad de empatía (tratar de ver el mundo, como lo ve el otro) con el fin de comprender mejor la actitud y conducta del usuario. (7)

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre.

Iniciación: Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.

Cuerpo: La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.

Cierre: Es la fase final de la entrevista No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiéndose por esto no solamente los ruidos audibles sino también, la imagen global que ofrece el centro sanitario. Éstas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos. Tres tipos de interferencias:

1. Interferencia cognitiva: Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.
2. Interferencia emocional: Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar. Por parte del profesional, agresividad, excesiva valoración de sí mismos, excesiva proyección sobre los pacientes.
3. Interferencia social: En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.

Las técnicas verbales son:

- ☺ El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- ☺ La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- ☺ Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.

Las técnicas no verbales:

Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:

- ☞ Expresiones faciales,
- ☞ La forma de estar y la posición corporal,
- ☞ Los gestos,
- ☞ El contacto físico,
- ☞ La forma de hablar.
- ☞ Las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción, y respeto.

Empatía: Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, no basta con comprender al cliente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía pues consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente, Y otro en el que le da a entender que la comprende.

Calidez: Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal.

Respeto: Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos, implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.

Concreción: Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos Y compartidos de la entrevista.

La autenticidad, ésta supone que uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos.

B) La observación:

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

C) La exploración física:

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

***Inspección:** es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

***Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración

***Percusión:** implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

***Auscultación:** consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:

- * Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática Y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
- * Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.
- * Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que utilicemos.

Validación de datos:

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Esto es la debemos asegurarnos de que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones.

Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc.

Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

Organización de los datos:

Es el cuarto paso en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslow), o por patrones funcionales (Gordon), etc. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información. Estas categorías ya las hemos visto en el apartado de examen físico y como habíamos apuntado, para el establecimiento de la agrupación, se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada centro asistencial, etc.

Documentación y registro de la valoración:

Es el segundo componente de la fase de valoración y las razones que justifican su uso son de manera esquemática las que siguen:

- A) Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
- B) Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- C) Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, «normal,» «regular», etc.
- D) Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma, tamaño, etc.
- E) La anotación debe ser clara y concisa.
- F) Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.
- G) Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común. (8)

3.6.2. DIAGNOSTICO

El diagnóstico enfermero es la identificación y análisis de respuestas del cliente ante problemas o situaciones que afectan su equilibrio

Es crear la esencia del estado de salud de individuo o más, basada en la información visual y oral que obtuvimos en la valoración, y que nos permite actuar con la finalidad de mantener o potenciar la salud de las personas.

Un diagnóstico es esencialmente una declaración que identifica la existencia de un estado no deseado. Así la NANDA (Asociación Norteamericana del Diagnóstico de Enfermería) lo define como un juicio clínico sobre las respuestas de individuo, familia o de la comunidad ante problemas reales o potenciales, o procesos vitales.

El termino Diagnostico se utilizo en los cincuentas, en 1960, Faye Abdellah introdujo un sistema de clasificación de 21 problemas clínicos. 1973 primera conferencia Nacional sobre la Clasificación de los Diagnósticos, este mismo

año la ANA (asociación americana de enfermería) aprobó y legitimizó la utilización del término Diagnóstico de Enfermería.

Clasificación de los diagnósticos

Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1.- descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedida por el término alto riesgo Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en i los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

Podemos añadir un quinto tipo:

De síndrome: comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.
(10)

Diferencias entre diagnóstico enfermero y médico.

El diagnóstico enfermero describe al individuo de forma holística, a través de la identificación de una respuesta individual a alguna situación, por lo cual puede variar ya que las respuestas no son estáticas. Este diagnóstico guiará el cuidado de enfermería ya que es la percepción que tiene la persona de su estado de salud. Y el Diagnóstico médico, solo describe una enfermedad y durante todo este proceso permanece invariable, por lo cual es únicamente aplicable en situaciones de enfermedad ya que se refiere solo a alteraciones fisiopatológicas.

La ventajas de la correcta utilización de diagnóstico enfermero radica en que nos proporciona un marco de referencia además, es el eje del proceso enfermero, ya que nos ayudará decidir los objetivos y las actuaciones que han de seguirse, ya que proporcionan el primer paso para construir un cuerpo de conocimientos propios, su utilización aclarará las funciones propias de la profesión así como podrá ser áreas de investigación. También facilita la comunicación profesional, ya que crea un modelo de información conocido e identificado por todo el profesional de enfermería. Por lo tanto facilitará los principios para la organización y estructura para la formación, práctica e investigación, al tener una terminología propia nos permitirá avanzar de forma más eficiente en todos los procesos.

ERRORES EN EL PROCESO DE DIAGNOSTICO

Estas son tres fuentes principales de errores en el proceso de diagnóstico:

1) *Recogida de datos inexactos e incompletos*: La capacidad que tiene la enfermera de formular diagnósticos de enfermería depende de una base de datos exacta y completa. Existen varios factores que pueden interferir con la recogida de datos. Estos pueden ser problemas de comunicación, retención de información y distracciones/interrupciones.

2) *interpretación incorrecta de los datos*: Dos tipos de errores pueden llevar a una interpretación inexacta de los datos:

- a) Usar sólo una señal o una observación para llegar a inferencias prematuras
- b) Permitir que los prejuicios o las propensiones personales influyan en la interpretación de los datos.

3) *falta de conocimientos clínicos*: La falta de conocimiento o experiencia clínica puede influir en la recogida o interpretación de los datos, pudiéndose llegar a cualquier de las siguientes situaciones:

- a) No se recogen los datos clínicos
- b) agrupación incorrecta de las señales
- c) interpretación inexacta de las señales.

Los diagnósticos aprobados por la NANDA se clasifican de acuerdo con la Taxonomía I, se propone que los nueve patrones de respuesta humana de la "persona unitaria" deberían constituir el marco de organización de los diagnósticos. Estos patrones reflejan de qué modo las personas se relacionan con el entorno que los rodea. Los diagnósticos de enfermería clasificados bajo cada uno de los modelos describen de qué modo responden ante determinado estado de salud o enfermedad. Los patrones son, Cambio, Comunicación, Conocimiento, Elección, Movimiento, Percepción, Relación, Sentimiento, Valoración.

Pasos para la elaboración de Diagnósticos:

1.- Identificación de problemas:

Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis

Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

2.-Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes. (10)

Componentes del diagnóstico enfermero

Hay diferentes formas de presentar un diagnóstico enfermero, el más utilizado parte del modelo de PES. (P), es una afirmación sobre el problema real o de riesgo de la persona o sobre un respuesta que arriesga su salud, (E) etiología o factores que producen el problema, todo el conjunto de valores ideológicos y socioculturales, psicológicos o fisiológicos que puede tener relación con el problema de salud de la persona y que contribuyen a su aparición y el enunciado (S) Representa los signos y síntomas que se detectan en la valoración. Son los datos que constituyen las características definitorias que determinan la etiqueta diagnóstica.

Normalmente el diagnóstico enfermero se formula como un juicio con dos parte: por una el problema y por otra, la etiología. Ambas están unidas por las palabra “relacionado con” (R/C), que implica la conexión entre el problema y los factores relacionados.

La respuesta humana

Una respuesta humana, identifica el modo en que el cliente responde ante un estado de salud o enfermedad. Especifica una determinada respuesta humana, identificada por la enfermera durante la valoración. Esta cláusula indica a las enfermeras lo que hay que cambiar en un determinado cliente como resultado de las intervenciones de enfermería. Por ejemplo, si la enfermera determina que al cliente le esta costando decidirse entre una serie de formas de tratar un

problema médico; se pondría nombrar a la respuesta humana “conflicto de toma de decisiones”.

Los factores relacionados

En la segunda parte se identifican los factores relacionados (etiología). Con el fin de impedir, reducir o mitigar una respuesta en el cliente, la enfermera debe saber por qué está ocurriendo. Los factores relacionados identifican los factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales y espirituales, que se creen que son los causantes o que contribuyen a la respuesta manifestada por el cliente.

Ejemplo de factores relacionados

Fisiológico: inmovilidad, efectos de un déficit sensorial, efectos colaterales de la medición.

Psicológicos: temor a la muerte, sensación de soledad, separación de la familia.

Socioculturales: menor capacidad para obtener alimentos, barrera de lenguaje, falta de apoyo.

Ambientales: ruidos excesivos, olores nocivos, sensibilidad de la luz.

Recuerde que los factores relacionados ayudan a identificar las variables que contribuyen a la presencia de la respuesta humana. También sugieren determinadas intervenciones de enfermería que evitará, corregirán o mitigarán la respuesta. Por ejemplo los siguientes diagnósticos de enfermería identifican la misma respuesta humana, pero reflejan unos factores relacionados bastante distintos.

Fases del proceso diagnóstico

1. ANALISIS:

a) Clasificar y agrupar datos: Valorar, analizar y clasificar los datos recogidos y su procedencia, o se puede agrupar por categorías, respuestas Humanas o necesidades, implementando también categoría de historia o antecedentes personales.

b) Determinar datos significativos: Resaltar la importancia a los datos significativos que nos hablen de la existencia de un problema y el ser holístico de la persona.

2. SINTESIS:

a) Elección de la etiqueta Diagnóstica: Se elige en función del Conocimiento que tenga el listado diagnóstico, las definiciones y características definitorias de las categorías.

b) Búsqueda de etiologías o factores relacionados: Identificando la etiqueta diagnóstica determinar cual es el factor que puede ser evidente, no claro o desconocido.

3. COMPROBACION:

La enfermera trata de validar la preescisión de la interpretación que ha hecho de los datos, utilizando la interacción con el usuario o familia, consultando otros profesionales, otras fuentes (revistas, libros etc.)

4. REGISTRO:

Registrar el diagnóstico, refiriéndose más a las respuestas que a la actuación de enfermería, utilizar relacionado por (r/c), hacerlo con expresiones convenientes legalmente, sin emitir prejuicios, evitando invertir el orden de los enunciados, sin reformular diagnósticos médicos, evitando formular dos palabras al mismo tiempo, utilizando conceptos que se encuentren dentro del campo de la acción de enfermería.(5)

📍 3.6.3. PLANEACION

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas

detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas.

Etapas en el Plan de Cuidados

1.-Establecer prioridades en los cuidados. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

2.-Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

Deben *formularse en términos de conductas observables* o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades... así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

3.-Elaboración de las actuaciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas

concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

4.- Documentación y registro

× Determinación de prioridades :

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben consensuarse con el cliente, de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario su uso nos facilitará aun más la relación terapéutica.

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Creemos que es de interés indicar aquí, que bajo una concepción holístico humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, esta carencia coloca a la persona en un estado de supervivencia, a pesar de ello y en determinadas ocasiones de libre elección, la persona

prefiere satisfacer unas necesidades, privándose de otras. Es obvio añadir que son problemas prioritarios las situaciones de emergencia, como problemas de carácter biofisiológico, con excepción de la urgencia en los procesos de morir.

Por lo tanto daremos preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad con la enfermera/o. En realidad las actividades que la enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas, favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad.

※ **Planteamiento de los objetivos :**

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:

*Dirigir los cuidados.

*Identificar los resultados esperados.

*Medir la eficacia de las actuaciones.

*Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

*Existen dos tipos de objetivos:

- Objetivos de enfermería o criterios de proceso.

- Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultado

※ **Normas generales para la descripción de objetivos:**

+Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.

+Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería.

+Elaborar objetivos cortos.

+Hacer específicos los objetivos.

+Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.

+Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

× **objetivos de enfermería :**

Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

-A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.

-A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.

-A conocer su estilo de vida y ayudarle a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

Los objetivos de enfermería no se suelen escribir en el plan de cuidados, a excepción de que sea para los alumnos, en cualquier caso deben responder a preguntas sobre: capacidades limitaciones y recursos del individuo que se pueden fomentar, disminuir/aumentar o dirigir.

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

- *Objetivos a corto plazo:* Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.

- *Medio plazo:* para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.

- *Objetivos a largo plazo:* Son los resultados que requieren de un tiempo largo.

Existen dos tipos:

1. Abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro.
2. Se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Este segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería, dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo.

× **Objetivos del cliente/paciente :**

Al describir los objetivos debemos entender que estamos prefijando los resultados esperados, esto es, los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados y responsabilidad de la enfermera/o. Los objetivos del cliente se anotan en términos de lo que se espera que haga el cliente, esto es, como conductas esperadas.

Las principales características de los objetivos del cliente:

- 1.-Deben ser alcanzables, esto es, posible para conseguirlos.
- 2.-Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.
- 3.-Deben ser específicas en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, dónde, etc.). Así, al verbo se le añaden las preferencias e individualidades, Ejemplo: el paciente caminará (verbo) por el jardín (dónde) después de comer (cuándo) durante 15 minutos (cuánto).
- 4.-Cognoscitivos: estos objetivos se fundamentan en la memoria o reproducción de algo adquirido mediante el aprendizaje, así como objetivos que precisan actividad de carácter intelectual (determinación de problemas, reestructuración), Los objetivos abarcan desde un mero repaso a la alta originalidad.
- 5.-Afectivos: son objetivos que hacen hincapié en la tensión sentimental, una emoción o cierto grado de simpatía o repulsa. Oscilan entre una simple atención a la toma de conciencia de gran complejidad. Son objetivos que describen intereses, actitudes, concepciones, valores y tendencias emotivas.
- 6.-Psicomotores: estos objetivos se proponen el desarrollo muscular o motor, ciertas manipulaciones de materias u objetos, o actos que precisan coordinación neuromuscular. (8)

× **Actuaciones de enfermería :**

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema.

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares.

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

- Prescripciones enfermeras: Son aquellas en que la enfermera puede prescribir independiente para que el personal de enfermería ejecute la prescripción. Estas prescripciones tratan y controlan los diagnósticos enfermeros.
- Prescripciones médicas: Son actuaciones prescritas por el médico, representan tratamientos de problemas interdisciplinarios que la enfermera inicia y maneja

La enfermera/o toma decisiones independientes tanto en los diagnósticos de enfermería como en los problemas interdisciplinarios.

En la elaboración de actividades han de tenerse presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento; también hay que tener en cuenta, los recursos humanos, en la cantidad y la cualificación de los distintos estamentos que van a intervenir con nosotros; también influyen los recursos financieros.

Dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica

Interdependientes: Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.

Independientes: Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

Las características de las actuaciones de enfermería son:

- Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.
- Estarán basadas en principios científicos. Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la enfermería, empírico-analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.
- Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.
- Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

Las acciones más habituales de la planificación de los cuidados de enfermería integrales, entorno a los diferentes tipos de diagnóstico enfermero y a los problemas interdependientes son:

- El diagnóstico enfermero real:
- Reducir o eliminar factores contribuyentes.
- Promover mayor nivel de bienestar.

- Controlar el estado de salud.
- Para el diagnóstico enfermero de alto riesgo:
 - Reducir o eliminar los factores de riesgo,
 - Prevenir que se produzca el problema.
- Controlar el inicio de problemas.
- Para el diagnóstico enfermero posible:
 - Recoger datos adicionales que ayuden a confirmar o excluir un diagnóstico.
- Para el diagnóstico enfermero de bienestar:
 - Enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar.
- Para problemas interdependientes:
 - Controlar los cambios de estado del paciente.
 - Manejar los cambios de estado de salud.
- Iniciar las actuaciones prescritas por la enfermera y el médico. (8)

◆ **Documentación en el plan de cuidados de enfermería :**

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados Y actuaciones de enfermería Ello se obtiene mediante una documentación.

El plan de cuidados de enfermería, es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello.

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

- *Los cuidados individualizados,
- *La continuidad de los cuidados,
- *La comunicación,
- *La evaluación.

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se

precisa de una actualización diaria. Los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados.

◊ **Partes que componen los planes de cuidados :**

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- +Diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes.
- +Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado)
- +Ordenes de enfermería (actividades),
- +Evaluación (informe de evolución).

◊ **Tipos de planes de cuidados :**

Tipos de planes de cuidados: individualizados, estandarizados, estandarizados con modificaciones y computarizados.

- Individualizado: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.
- Estandarizado: Según Mayers (1983), «un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad»
- Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Computarizado: Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, Son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto. (6)

3.6.4. EJECUCION

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

PASOS DE LA EJECUCION

- 1.-Preparación
- 2.-Intervención
- 3.-Documentación.

1.- PREPARACION

Antes de llevar a cabo un plan de cuidados se debe:

- 1) Revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del usuario y que sean compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la atención sanitaria haciéndose necesaria la revaloración.
2. Analizar y estar seguros de que se tienen los conocimientos y habilidades necesarios para realizar las actividades planeadas, en caso de no ser así, es indispensable solicitar asesoría.
3. Tener en mente las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar cada actividad de enfermería.
4. Reunir el material y equipo necesario para llevar a cabo cada intervención.
5. Crear un ambiente confortable y seguro para el usuario durante la realización de cada actividad.
6. Delegar cuidados enfermeros

2.- INTERVENCIÓN

Posterior a la fase de preparación pueden llevarse a cabo las intervenciones de enfermería independientes e interdependientes planeadas, que incluyen: la valoración; la prestación de cuidados para conseguir los objetivos; la educación del usuario, familia y comunidad, y la comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria. Es fundamental considerar las capacidades

físicas, psicológicas y personales del usuario durante la ejecución de las acciones de enfermería, para lograr su participación e independencia.

Como las respuestas humanas y fisiopatológicas son cambiantes, es preciso la revaloración del usuario, familia y comunidad para estar seguros de que las intervenciones de enfermería son las apropiadas. Cada acción de enfermería debe ser el resultado de una valoración y de la aplicación del pensamiento crítico, por consiguiente el termino “rutina” es inadecuado, cuando se emplea la metodología del proceso enfermero.

3.- DOCUMENTACIÓN

Es el registro que realiza la enfermera en las notas de enfermería, en calidad de documento legal permanente del usuario y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud.

Son propósitos de los registros de enfermería: mantener informados a otros profesionales del área de la salud sobre datos de valoración del usuario, cuidados proporcionados y las respuestas del usuario/familia; ser base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados; respaldar legalmente las actuaciones de la enfermera y servir para estimar el pago de los servicios prestados.

Existe gran diversidad en los registros de enfermería por obedecer a requisitos particulares de cada unidad de atención para el cuidado de la salud; sin embargo, éstos deben reunir ciertas características universales como son: fecha y hora; datos de valoración, intervenciones de enfermería; resultados obtenidos; nombre/firma de la enfermera. Asimismo las notas deben ser concisas, claras, completas, legibles, relevantes y oportunas. (9)

3.6.5. EVALUACION

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

El proceso de evaluación consta de dos partes

1.-Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.

Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

2.-La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados

▣ Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

*Observación directa, examen físico.

*Examen de la historia clínica

▣ Señales y Síntomas específicos

*Observación directa

*Entrevista con el paciente.

*Examen de la historia

▣ Conocimientos :

*Entrevista con el paciente

*Cuestionarios (test),

▣ Capacidad psicomotora (habilidades).

*Observación directa durante la realización de la actividad

▣ Estado emocional :

*Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.

*Información dada por el resto del personal

▣ Situación espiritual (modelo holístico de la salud) :

*Entrevista con el paciente.

*información dada por el resto del personal

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan

para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica. (6)

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva. (9)

FILOSOFIA DE VIRGINA HENDERSON

VIRGINIA HENDERSON

La primera Teoría de enfermería nace con Florence Nightingale, a partir de allí nacen nuevos modelos cada uno de ellos aporta una filosofía de entender la enfermería y el cuidado.

Desde sus orígenes era considerada como una ocupación basada en la práctica y en el conocimiento común, no era considerada como ciencia, el conocimiento científico aparece con la primera teoría de enfermería.

Las enfermeras comenzaron a centrar su atención en la adquisición de conocimientos técnicos que les eran delegados, con la publicación del libro " Notas de Enfermería " de Florence Nightingale en 1852, se sentó la base de la enfermería profesional, en su libro Florence intento definir la aportación específica de enfermería al cuidado de la salud.

Desde 1852 hasta 1966 se creó y desarrolló una corriente filosófica que buscaba los fundamentos de la profesión y es durante la década de 1950 a 1996, que surge la teoría de enfermería de Virginia Avenel Henderson.

Henderson definió enfermería en términos funcionales. La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, sano o enfermo a recuperar la salud (o a una muerte tranquila), que realizaría sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o con el conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite la independencia lo más rápido posible, afirmaba que a medida que cambiase las necesidades del paciente también podía cambiar la definición de enfermería.

Para Henderson su definición de enfermería no era definitiva, consideraba que enfermería cambiaría según la época en que se practicase y que dependía de lo que realizara el personal de salud.

Virginia Henderson incorpora los principios fisiológicos y psicopatológicos a su definición de enfermería en sus innumerables trabajos explicó la importancia de la independencia de enfermería y, a la vez, de su interdependencia con respecto a otras ramas dentro del área de la salud.

Este es un trabajo de tipo documental donde se realiza una breve reseña de su biografía y su teoría de enfermería, la cual se basa en los catorce Componentes de enfermería, es decir, en las catorce necesidades básicas del ser humano. (11)

VIRGINIA AVENEL HENDERSON (1897-1996)

DATOS BIOGRAFICOS

Nació en Kansas City, Missouri el 19 de Marzo de 1897.

- 1918 a la edad de 21 años inicia sus estudios de enfermería en la Escuela de enfermería del ejército en Washington D. C.

- 1921 se gradúa y trabaja como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.
- 1922 inicia su carrera como docente.
- 1926 ingresa al Teachers College de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de Licenciada en 1932 y magíster en arte en 1934.
- 1929 ocupa el cargo de Supervisora Pedagógica en la Clínica Strong Memorial Hospital de Rochester de Nueva York.
- 1930 a su regreso al Teachers College es miembro del profesorado y dicta curso sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas en esta Universidad hasta 1948.
- 1948 hasta 1953 realiza la revisión a la quinta edición del Textbook of the Principles and practice of Nursing, de Berta Harmer publicado en 1939.
- 1955 publica la sexta edición de este libro que contenía la Definición de Enfermería de Virginia Henderson.
- 1953 ingresa a la Universidad de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de Enfermería.
- 1959 a 1971 dirige el Proyecto Nursing Studies Index, subvencionado por la Universidad de Yale. Este fue diseñado como un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959.
- 1960 su folleto Basic Principles of Nursing Care para el International Council of Nurse.
- 1953 hasta 1958 trabajo en el Proyecto dirigido por Leo W Simmons, quien edito durante cinco años una Encuesta Nacional sobre la Investigación en Enfermería la cual fue publicada en 1964.
- 1966 publica su obra The Nature of Nursing aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera.

Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada emérita de investigación en la Universidad de Yale.

Recibe nueve títulos doctorales honoríficos de las siguientes Universidades:

- Catholic University.
- Pace University.
- University of Rochester.

- University of Western Ontario.
- Yale University.
- Old Dominion University.
- Boston College.
- Thomas Jefferson University.
- Emery University.

Es honrada con el primer Premio Christiane Reimann, con el Premio Mary Adelaide Nutting de la National League for Nursing de los Estados Unidos, fue elegida miembro honorario de la American Academy of Nursing, de la Association of Integrated and Degree Courses in Nursing, Londres y de la Royal College of Nursing de Inglaterra.

- ◎ 1983 recibió el Premio Mary Tolle Wright Founders de la Sigma Theta Tau Internacional por su labor de Liderazgo, uno de los más altos honores de esta sociedad.

La Biblioteca Internacional de Enfermería de la Sigma Theta Tau fue bautizada con el nombre de Virginia Henderson.

- 1978 publica la sexta edición de *The Principles of Nursing* fue elaborada por Henderson y Gladis Nite, editada por Virginia.
- 1988, en la convención de la American Nurses Association (ANA) recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y a la profesionalidad en la enfermería a lo largo de su vida.

Virginia Avenel Henderson fallece a la edad de 99 años, en su casa de muerte natural el 30 de Noviembre de 1996.

FUENTES TEORICAS

Tres factores la condujeron a compilar su propia Definición de Enfermería el primero de ellos ocurrió al revisar el texto de Berta Harmer. El segundo factor fue su participación como integrante del Comité de la Conferencia Regional de la National Nursi Council en 1946, y el tercer factor estaba representado por su propio interés en el resultado de cinco años de Investigación de la American Nurses Association (ANA) sobre la función de enfermería en 1955. Henderson clasifico su trabajo como una definición más que como una teoría, la describió como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas.

Otras de las fuentes que influenciaron su trabajo fueron: Annie W Goodrich, Caroline Stackpole, Jean Broadhurst, Dr Edward Thorndike, Dr George Deaver, Bertha Harmer, e Ida Orlando.

TENDENCIA Y MODELO

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la Tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

El modelo de Virginia Henderson es considerado como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es denominada por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

Definición de Enfermería

Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

Salud

Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Entorno

Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo.

Persona (paciente)

Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad. (11)

Virginia Henderson señala catorce Necesidades básicas y son:

1.- Necesidad de respirar normalmente:

- Frecuencia respiratoria y cardiaca: cifras y características.
- Tensión arterial: cifras, regulación y control.
- Coloración de piel, mucosas y lechos ungueales.
- Presencia y capacidad para toser y expulsar secreciones, así como las características de ambas.
- Circunstancias que influyen en su respiración: tabaquismo, disnea, fatiga.
- Recursos que utiliza para mejorar esta.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

2.- Necesidad de comer y beber adecuadamente:

- Talla y peso, así como oscilaciones de este.
- Costumbres alimentarias: desayuno, comida, merienda y cena.
- Dieta y grado de cumplimiento esta
- Ingesta de líquido/día.
- Circunstancias que influyen en su alimentación/hidratación: estado de dientes y mucosa bucal, náuseas, vómitos, anorexia.
- Recursos que utiliza para realizar esta.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

3.- Necesidad de eliminar por todas las vías corporales:

- Patrón de eliminación miccional y fecal: cantidad, frecuencia, descripción del producto: color, olor, consistencia
- Dificultades para el acto de la eliminación dolor, estreñimiento, diarrea
- Menstruación
- Recursos que utiliza para mejorar esta.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

4.- Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas:

- Actividad física que realiza: tipo, frecuencia, duración,
- Equilibrio.
- Dificultad para realizar algunos movimientos hormigueo, dolor, fatiga
- Recursos que utiliza para mejorar esta.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

5.- Necesidad de dormir y descansar:

- Hábitos de sueño: horas, horario, número de despertares / levantamientos nocturnos.
- Circunstancias que influyen en su descanso: problemas, insomnio, somnolencia

- Recursos que utiliza para mejorar este
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

6.- Necesidad de Usar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse:

- Aspecto que presenta en cuanto adecuación, comodidad, limpieza de ropas, calzado y complementos.
- Facilidad/dificultad para el vestido y arreglo.
- Circunstancias que influyen en su forma de vestirse.
- Recursos que utiliza para mantener un aspecto cuidado.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

7.- Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales:

- Temperatura:
- Experimenta sensación de calor/frío de acuerdo con los cambios de la temperatura ambiente.
- Condiciones ambientales de su hogar.
- Circunstancias que influyen en su temperatura corporal.
- Recursos que utiliza para adaptarse a los cambios de temperatura.

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

- Hábitos higiénicos: frecuencia, modalidad, útiles de preferencia.
- Estado de la piel, uñas, cabello y boca.
- Interés por el mantenimiento de una piel y una higiene adecuada.
- Si ha habido cambios en su piel: manchas, heridas, prurito.
- Circunstancias que influyen en el estado de su piel y en su higiene habitual.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

9.- Necesidad de evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas:

- Medidas de salud que lleva a cabo: vacunaciones, chequeos, autoexploraciones, controles.

- Signos de: disminución de la alerta, disminución de la consciencia, desorientación, disminución de la memoria, errores de percepción, depresión, ansiedad, delirios o coma.
- Si ha habido cambios recientes en su vida: pérdidas, cambios de residencia, enfermedades asociadas, complicaciones.
- Recursos que utiliza para autocontrolarse y manejar situaciones de riesgo.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

10.- Necesidad de comunicarse con los demás expresando emociones:

- Si expresa sus deseos y opiniones.
- Capacidad para expresar y vivir su sexualidad.
- Circunstancias que influyen en su comunicación: estatus cultural, pertenencia a un grupo social, presencia / ausencia de grupo de apoyo, soledad, dificultades para pedir ayuda.
- Recursos que utiliza para mantener esta.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

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

- Percepción actual de su situación de salud y bienestar.
- Facilidad /dificultad para vivir según sus creencias y valores.
- Importancia de la religiosidad / espiritualidad en su vida.
- Actitud ante la muerte.
- Circunstancias que influyen en su filosofía de vida: prohibiciones, rol en función de su sexo, prácticas religiosas o alternativas comunitarias

12.- Necesidad de ocupación para autorealizarse:

- Actividad/trabajo.
- Repercusión de su actual situación de salud en las diferentes áreas de su vida y en las de su núcleo familiar.
- Participación en decisiones que le afectan.
- Circunstancias que influyen en su realización personal: autoconcepto / autoimagen, actitud familiar, el cansancio del cuidador habitual si es que lo

hubiera

13.- Necesidad de participar en actividades recreativas:

- Hábitos culturales y de ocio.
- Circunstancias que influyen en su entretenimiento: recursos comunitarios a su alcance y el uso que hace de ellos.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

14.- Necesidad de Aprendizaje:

- Interés por su entorno socio sanitario.
- Comportamientos indicativos de interés por aprender y resolver problemas.
- Recursos educativos de su entorno socio sanitario.
- Recursos que utiliza para el aprendizaje: grado de conocimiento de su actual estado de salud, fuente usual para su aprendizaje sanitario (médico, enfermera, amigos, libros)
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad. (14)

SUPUESTOS PRINCIPALES

La enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como sociología, puede evaluar las necesidades humanas básicas. La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia.

La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo

Las personas sanas pueden controlar su entorno, la enfermera debe formarse en cuestiones de seguridad, proteger al paciente de lesiones mecánicas.

AFIRMACIONES TEORICAS

Relación enfermera – paciente:

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

La enfermera como sustituta del paciente: este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

La enfermera como auxiliar del paciente: durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.

La enfermera como compañera del paciente: la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

Relación enfermera – médico:

La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

Relación enfermera – equipo de salud:

La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas.

METODO LOGICO

Henderson utilizó el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su teoría. Dedujo esta definición y las catorce necesidades de su modelo de los principios psicológicos y fisiológico.

CONCLUSIONES

Virginia Henderson no adopto afirmaciones internacionales, ni tampoco operativas para sustentar una teoría, es por eso que ella no desarrollo una teoría definitiva de enfermería, por el contrario, desarrollo un concepto o definición personal que en algunas ocasiones señalo que eran un compendio de muchas influencias algunas positivas, otras negativas.

La definición de enfermería de Virginia Henderson fue realizada en términos funcionales, desde mi parecer tiene carácter mecanicista eficientista. Esto es debido a que Virginia crece bajo la influencia de la teoría de la administración científica de Taylor aunado a esto es inspirada por el Dr. Edward Thorndike, psicólogo conductista.

Los teóricos conductistas media los cambios a través de la conducta observable, esta medición los ubica dentro del mecanicismo, en la definición de Henderson los cambios se miden a través de conducta observable (logro de la independencia) También se podría decir que es Biologista ya que las catorce necesidades básicas mencionadas por ella solo tratan la parte biológica del ser humano.

Ella planteo que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad, a pesar de que en sus catorce necesidades señala la de profesar la fe, no menciona ninguna que cubra la parte emocional del paciente, dándole carácter Biologista a su definición.

Si bien en su escrito señala la importancia de la formación de la enfermera hace hincapié en que esta debe tener preparación en el área de la Biología y en Sociología. Aquí podemos evidenciar la puesta en práctica de uno de los fundamentos de Taylor como es el fomento de la especialidad, los hospitales de la época tenían como norte el aumento de la productividad y este se media a través de la atención al paciente.

Su definición se ubica en el modelo de las necesidades humanas y en la tendencia de suplencia y ayuda, es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, sin embargo, y estas serían meras especulaciones de la autora de esta monografía, la ubicaría desde el punto de vista filosófico en la filosofía

existencialista, ya que ella estudia al ser desde el punto de vista del cuidado, este fomenta la independencia del paciente.

El concepto de enfermería de Henderson es complejo, posee numerosas variables y diferentes relaciones explicativas y descriptivas, su trabajo ha influido en el desarrollo de programas de estudios y ha contribuido a potenciar la investigación. En la actualidad en las áreas hospitalarias se pone en práctica su definición de enfermería. (11)

3.8 PADECIMIENTO ACTUAL

LA HIPERTENSION ARTERIAL COMO ENFERMEDAD CRONICO DEGENERATIVA

La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México ya que es un importante factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y renales, así pues, las enfermedades del corazón, la enfermedad cerebrovascular y las nefropatías se encuentran entre las primeras causas de muerte.(1)

La placa ateromatosa, la aterosclerosis, o estrechamiento de las arterias debido a la formación de una placa sobre la superficie interna de su pared, es un trastorno muy frecuente y letal en la mayoría de los países desarrollados. La placa está formada sobre todo por depósitos de grasa y colesterol aunque también contiene plaquetas, células musculares muertas y otros tejidos. Debido a que las plaquetas suelen reducir el flujo de sangre en las arterias principales, su presencia representa un riesgo grave para la salud que conduce a cardiopatías, apoplejía y al deterioro de la función renal e intestinal. La mala circulación, que también es consecuencia de la formación de placas, empeora la movilidad de las extremidades. Los fragmentos de las placas se pueden romper y viajar a lo largo del torrente sanguíneo obstruyendo los vasos pequeños. Por desgracia las placas crecen y se hacen más numerosas con la edad, en especial en las personas con niveles elevados de colesterol en sangre y en la dieta. (12)

Para los adultos las guías de medición son las siguientes:

Clasificación de la hipertensión arterial según el Joint National Committee, 1997.

TENSIÓN ARTERIAL TAS (mmHg) TAD (mmHg)

- ♥ Óptima 120 y 80
- ♥ Normal 130 y 85
- ♥ Normal elevada 130-139 o 85-89
- ♥ Estadio 1 de hipertensión 140-159 o 90-99
- ♥ Estadio 2 de hipertensión 160-179 o 100-109
- ♥ Estadio 3 de hipertensión >179 o >109

TAS: Tensión arterial sistólica

TAD: Tensión arterial diastólica (3)

Los síntomas más comunes de la hipertensión incluyen: ansiedad, mareos, fatiga y dolores de cabeza. Si la presión arterial es grave los síntomas pueden incluir: confusión, distorsión de la visión, náuseas, vómito, dolor de pecho, zumbido de oídos, hemorragia nasal y sudor excesivo.

Síntomas que produce:

La hipertensión, al inicio, muchas veces no da síntomas marcados, sin embargo puede producir diversas molestias, que deberían alertarnos de que algo anda mal.

- ☞ Dolor de cabeza (cefalea)
- ☞ Zumbido de oídos
- ☞ Adormecimiento de mitad del cuerpo.
- ☞ Visión borrosa o visión de "luces".
- ☞ Mareos al levantarse o cambiar de posición.

La presión puede cambiar de un momento a otro dependiendo de la actividad, estados de ánimo, con cambios de posición, con ejercicio o durante el sueño.

La gente con presión alta no tiene que ser exageradamente ansiosa, compulsiva o "nerviosa".

Un hecho muy importante es que se puede tener la presión arterial alta y no saberlo ya que, usualmente, no presenta síntomas. Por eso se le llama "la muerte silenciosa".

En el 90% de los casos de hipertensión se desconocen las causas que la provocan. A este tipo se le llama hipertensión primaria. (11)

Clasificación de la hipertensión arterial

Se desconoce el mecanismo de la hipertensión arterial más frecuente, denominada "hipertensión esencial", "Primaria" o "idiopática". Existen otros tipos de hipertensiones, en las que se puede identificar claramente su causa desencadenante y reciben el nombre de Hipertensiones secundarias. Así algunas enfermedades renales se acompañan de hipertensión (hipertensión renal); el exceso de función de algunas glándulas endocrinas, originan elevación de la tensión arterial por aumento de la producción de mineralcorticoides (hiperaldosteronismo) o catecolaminas (feocromocitoma).

Causas

En la hipertensión esencial no se han descrito todavía, sus causas específicas, aunque se ha relacionado con una serie de factores que suelen estar presentes en la mayoría de estos sujetos. Conviene separar, aquellos relacionados con la herencia, sexo, edad y raza y por tanto poco modificables, de aquellos otros que se podrían cambiar al variar los hábitos, ambiente, y costumbres de las personas, como: la obesidad, la sensibilidad al sodio, el consumo excesivo de alcohol, el uso de anticonceptivos orales y un estilo de vida muy sedentario.

Algunos factores que pueden desarrollar la HTA son:

Herencia:

De padres a hijos se trasmite una tendencia o predisposición a desarrollar cifras elevadas de tensión arterial. Se desconoce su mecanismo exacto, pero la experiencia acumulada demuestra que cuando una persona tiene un progenitor(o ambos) hipertenso/s, las posibilidades de desarrollar hipertensión

son el doble que las de otras personas con ambos padres normotensos. Si usted descubre que en su familia existen parientes consanguíneos que han sufrido ataques cardiacos (infarto de miocardio) a edad temprana (menores de 50 años) o hipertensión arterial, tanto usted como su familia deberán tomarse la tensión con cierta regularidad.

Como carecemos de momento de medio para identificar el gen o los genes (en el caso de que intervengan los genes realmente en este proceso). Lo que podríamos hacer es insistir en la conveniencia de que los hijos y descendientes de las personas hipertensas se tomaran la tensión arterial una vez al año (en cualquier caso todos nos tendríamos que tomar la tensión arterial con esa periodicidad) y que estas personas presentaran especial atención a los factores que elevan la tensión arterial y que se han llamado modificables y por tanto susceptibles de control como la obesidad, el exceso de sal en la dieta, consumo elevado de alcohol y la vida sedentaria.

Sexo:

Los hombres tienen más predisposición a desarrollar hipertensión arterial que las mujeres hasta que estas llegan a la edad de la menopausia, a partir de la cual la frecuencia en ambos sexos se igualada. Esto es así porque la naturaleza ha dotado a la mujer mientras se encuentra en edad fértil con unas hormonas protectoras que son los estrógenos y por ello tiene menos riesgo de padecer enfermedades cardio-vasculares. De esta forma la naturaleza protege a la mujer asegurando la procreación. Sin embargo, en las mujeres más jóvenes existe un especial riesgo cuando toman pastillas anticonceptivas.

Edad:

La edad es otro factor, por desgracia no modificable, que va a influir sobre las cifras de presión arterial, de manera que tanto la presión arterial sistólica o máxima como la diastólica o mínima aumentan con la edad y lógicamente se encuentra un mayor número de hipertensos en los grupos de más edad.

En los países industrializados la frecuencia de hipertensos entre la población mayor de 65 años es de casi el 60% lo que no quiere decir que por ser frecuente la hipertensión en los ancianos, esto sea lo normal ya que ser hipertenso a cualquier edad conlleva aumento del riesgo cardiovascular, es decir, del riesgo de padecer complicaciones como infarto de miocardio, hemorragia o trombosis cerebral, insuficiencia renal, etc. En cuanto a la raza, únicamente señalar que los individuos de raza negra tienen el doble de posibilidades de desarrollar hipertensión que los de raza blanca además de tener un peor pronóstico.

Sobrepeso:

Independientemente de los factores no modificables que condicionan la hipertensión arterial otros factores a los que llamamos ambientales (estilo de vida, dieta, etc.) son capaces de poner de manifiesto la enfermedad de forma más leve o más severa. En este sentido, indudablemente, en la gran mayoría de los casos, el nivel de presión arterial e incluso la hipertensión arterial es el resultado del estilo de vida de una persona.

La relación que existe entre peso y presiones arteriales, y entre sobrepeso e hipertensión, se conoce desde hace muchos años, y la reducción del sobrepeso se utiliza en el tratamiento de la misma también desde hace mucho tiempo.

Hay que partir del hecho de que un individuo con sobrepeso está más expuesto a tener más alta la presión arterial que un individuo con peso normal. A medida que se aumenta de peso se eleva la tensión arterial y esto es mucho más evidente en los menores de 40 años y en las mujeres.

La frecuencia de hipertensión arterial entre los obesos, a cualquier edad que se considere, es entre dos y tres veces superior a la de los individuos de la misma edad que estén en su peso ideal.

No se sabe con claridad si es la obesidad por sí misma la causa de la hipertensión o si hay un factor asociado que aumente la presión en personas

con sobrepeso, aunque las últimas investigaciones apuntan a que a la obesidad se asocian otra serie de alteraciones que serían en parte responsables del aumento de presión arterial. También es cierto, que a la reducción de peso hace que desaparezcan estas alteraciones.

Crisis hipertensivas

Existen circunstancias específicas en las cuales la hipertensión demanda un tratamiento inmediato, sin el cual se corren grandes riesgos. Entre dichas situaciones especiales se puede resaltar la crisis hipertensiva.

Se presenta con un aumento considerable de la presión arterial, generalmente con presión diastólica superior a 120 mm Hg. Las crisis se han clasificado en emergencias o urgencias.

Las emergencias hipertensivas comprenden los estados en los que se produce daño orgánico grave o progresivo. El daño orgánico se puede manifestar como:

- 1) Lesión de la retina (hemorragias, exudados, edema de papila),
- 2) Alteraciones cardíacas (edema pulmonar, isquemia miocárdica o infarto),
- 3) Alteraciones del SNC (cefalea, alteraciones de la conciencia, convulsiones, coma) o alteraciones renales (hematuria, aumento de la creatinina).

Si se desea evitar el riesgo de lesión permanente o muerte, en estas situaciones se debe reducir la presión arterial en una hora como máximo.

Las urgencias hipertensivas son los estados en los que el daño orgánico es mínimo o poco evidente. En ellas se dispone de más tiempo para reducir la presión arterial. El objetivo inicial del tratamiento consiste en reducir la presión arterial diastólica hasta 100-110 mm Hg; hay que evitar una disminución excesiva o muy rápida de la PA, que fomentaría la hipoperfusión cerebral y la insuficiencia coronaria.

En general, la PA debe normalizarse en el plazo de varios días, según lo tolere el paciente.

Dieta para la prevención de la HTA y ejercicio en la HTA

La sal excesiva en la dieta causa retención de líquidos y aumento de TA. Para disminuir la TA, el primer paso es disminuir el consumo de sal total (incluida la contenida en el pan, los caldos concentrados, los alimentos preparados, etc.) hasta una cantidad menor de una cucharadita al día.

Las necesidades diarias de sal están en torno a medio gramo al día (media cucharadita), pero en una dieta occidental normal se consume ocho veces dicha cantidad, no sólo en sal de salero, sino también en snacks, quesos, embutidos, condimentos, sopas de sobre.

Puede mejorar la presión arterial el comer más frutas y verduras que contiene Potasio, y por ello favorecen esta reducción.

Por otra parte, el exceso de peso contribuye a un mayor trabajo cardíaco. La obesidad está asociada a la hipertensión arterial en gran medida, en parte debido a que los obesos tienen un aumento de la insulina que a través de un menor flujo de la circulación renal produce una retención de sales (Sodio). Una dieta baja en calorías (1200 cal) con escasa aporte de grasas puede producir por cada 10 Kg. de disminución de peso una disminución de 10 mm Hg. En algunas personas basta disminuir de peso para controlar la TA

Otros factores dietéticos:

El tabaco y las bebidas con cafeína tienen un efecto de corta duración de aumento de la TA, pero no existe evidencia clara de que su uso habitual pueda contribuir a una HTA mantenida. Sin embargo, el uso de tabaco puede acelerar el proceso de arteriosclerosis en gente con HTA. Asimismo, el abuso habitual de alcohol puede contribuir al desarrollo y mantenimiento de HTA.

Un programa de ejercicio aeróbico ayuda a fortalecer el corazón, a bajar peso y a controlar la TA. No se sabe el mecanismo exacto por el que ayuda a bajar la TA. Se debe realizar un ejercicio adecuado a cada edad y a cada persona, por ello la realización de media hora de carrera suave 2 ó 3 días por semana es suficiente para la mayor parte de las personas.

Utilidad de los medicamentos en el control de la TA

Dado que la HTA no suele dar síntomas, la forma de saber si los medicamentos están funcionando es tomarse la tensión, en principio siempre a la misma hora (la TA varía a lo largo del día). Una vez la TA se ha normalizado, conviene tomarla una o dos veces por semana, pero ya a horas distintas. El objetivo del tratamiento es mantener la TA en rangos normales a lo largo del día.

Si es necesario tratar la HTA con medicamentos, en muchos casos dichos medicamentos tendrán que tomarse de forma continua durante el resto de la vida. En ningún caso hay que dejar la medicación cuando la TA se normalice, salvo que su médico diga lo contrario. Y si a pesar del tratamiento la TA vuelve a subir, consulte también a su médico. (12)

3.9 REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS, SOCIALES Y FAMILIARES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA.

La relación que se establece entre el profesional de la salud y el enfermo tiene una gran importancia. El encuentro entre sanitario y paciente está siempre cargado emocionalmente, es una relación intensa por parte de ambos. El paciente en este encuentro deposita en el personal sanitario una serie de "productos" (dolores, sufrimientos) cargados de afectividad (miedos, angustias y un grado de incapacitación) y espera del personal sanitario el reconocimiento de "su" enfermedad y de "él mismo" como persona enferma.

Estas reacciones del paciente ante su enfermedad hacen que el paciente desarrolle una actitud disfuncional. Las de mayor interés son:

1. Paciente desconfiado: está tenso, ansioso e inseguro. Sospecha de todo y a todo busca significados. Puede mostrarse pasivo, reservado, contestando con monosílabos. Ej.: "¿No sería mejor que me enviara al especialista?", "otras veces me han dado pinchazos".
2. Paciente agresivo: se muestra cortante, maleducado, reivindicativo. Es una actitud que genera irritación y enfado. El paciente parece que intenta provocar

una espiral de mutuas agresiones, y, por desgracia, muchas veces lo consigue. Ej.: "¿Qué le trae a la consulta?", "Usted tiene que saberlo, para eso es el medico".

3. Paciente manipulador: exige actuaciones precisas seduciendo al profesional mediante halagos y utilizando una educación exquisita. Intenta conseguir un determinado fármaco.

4. Paciente regresivo: es un paciente que se pone totalmente en nuestras manos y se des-responsabiliza de su proceso curativo.

1.-Área personal:

El individuo presenta malestar físico y emocional.

- Cambios en los patrones de sexualidad.
- Pérdida de la independencia.
- Modificaciones en la escala de valores y filosofía de vida.
- Alteraciones en la autoimagen.
- Sentimiento de impotencia y desesperanza.
- Miedo a lo desconocido.
- Respuestas depresivas, de negación o de agresividad.

2.- Área familiar

La familia es un grupo social natural que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y desde el exterior, la influencia de la familia sobre sus miembros ha sido demostrada y experimentalmente en investigaciones sobre diversas enfermedades de sus miembros.

- Se produce una pérdida del equilibrio familiar y se manifiesta por:
- Pérdida del rol del enfermo.
- Cambios en el rol de los demás miembros de la familia.
- Separación del entorno familiar.
- Problemas de comunicación en la familia.

3.- Área social:

Los problemas que surgen son:

- Cambio o pérdida de status social por la pérdida o cambio de trabajo.
- Aislamiento social.
- Cambio en el nivel socioeconómico.
- Cambio en la utilización del tiempo libre.

La enfermedad crónica hace impacto en la percepción que la persona tiene de su cuerpo, su autoestima, sus sentimientos y dominio personal. Así pues, padece sentimientos de culpabilidad, en especial si familiares suyos han fallecido a causa del padecimiento o por alterar la vida de sus familiares, debido a los cargos económicos que generan, entre otros.

También puede llevar un incremento de la ansiedad, desesperación y sometimiento al sufrimiento debido a las creencias amenazantes acerca de la enfermedad crónica. Cuando las pacientes carecen de información de su padecimiento y reciben el diagnóstico, presentan momentos de incertidumbre al no saber que pasará en el futuro.

Esta reacción va paralela con la pérdida de control debido a la incapacidad para actuar.

La enfermedad crónica afecta la capacidad de las personas para realizar sus actividades cotidianas; por ejemplo en el cáncer de mama, dada su naturaleza, progresión, tratamiento, provoca diversas modificaciones en la vida de las pacientes, que consiste en un cambio drástico de sus vidas, adaptarse a la enfermedad, aprender estilos de afrontamiento, entre otros.

Esta inestabilidad causa dolor, el tener que afrontar de lleno las implicaciones del hecho de que las realidades establecidas de la propia vida diaria se vuelvan repentinamente inestables.

Su vida está en completa desesperación es lo que produce, el cambio en el estatus, en los planes a futuro, las consecuencias sociales, su impacto en el matrimonio, familia e hijos. Sin embargo nada se compara con la percepción que hacen los demás hacia la paciente, son vistas como incapacitadas,

trayendo problemas psicológicos y sociales que repercuten en el bienestar de la paciente.

Otro de los impactos más destacados durante el diagnóstico es el momento de elegir un tratamiento, generando problemas con el esposo, la familia, cambios físicos en la paciente, cargas económicas y dificultades laborales, todos ellos intervienen justo ante la toma de decisión creando un impacto psicológico mayor.

Las personas allegadas brindan expectativas acerca de la enfermedad, de las instituciones médicas, de los posibles tratamientos, generando mayor ansiedad en la paciente.

En general, la persona que recibe en diagnóstico de una enfermedad crónica, tiene que enfrentarse a una nueva vida, adaptarse a la enfermedad tratando de tener una mejor calidad de vida. (15)

IV. METODOLOGIA

Este proceso enfermero inicia desde el mes de septiembre cuando se tomo el curso-taller de la metodología de Enfermería, donde se retomaron las etapas del proceso de Enfermería y los pasos a seguir para el desarrollo y aplicación del mismo.

Se selecciono a una paciente con hipertensión arterial, la elección de esta persona se hizo por la cercanía con la enfermera ya que para realizar un proceso se debe estar en continua relación con el paciente para obtener mejores resultados.

Se aplicó una guía de valoración con la finalidad de conocer las principales necesidades del paciente y posteriormente se desarrollo en conjunto un plan de

cuidados, los cuales dieron resultados satisfactorios tanto para la paciente como para mi.

Este plan de actividades se llevó a cabo en su domicilio ya que no necesariamente el paciente tiene que estar hospitalizado para que se le puedan brindar los cuidados de enfermería.

Posterior a la realización de los planes de intervención así como a su evaluación se realizó la documentación de los mismos, formando todo un trabajo académico que servirá como medio de titulación.

V. DESARROLLO DE LA METODOLOGIA

5.1. RESUMEN DEL CASO CLINICO

Se trata de paciente femenino de 41 años de edad, casada, nacida en Zacapú, Mich. y con residencia desde hace 15 años en Paracho, Mich. De ocupación panadera desde hace 20 años, de religión cristiana, habita casa de madera con techo de lámina con 2 cuartos cocina y baño, alcohol y tabaco negados. Tiene 3 hijos, pero solo 2 viven con ella. Ya que su esposo se fue con otra señora.

Inicia su padecimiento de hipertensión desde hace 6 años, con tratamiento de captopril, tomando una tableta por la mañana y una por la noche, tratamiento que no ha seguido como se le estableció, no lleva un control de salud, suspendiendo el tratamiento cada vez que se siente bien.

A la valoración por necesidades presenta T/A 130/80 P=74 X' R=19 X' T=36°, peso de 73 kg. talla 157 cm.; la paciente refiere sentir que le falta el aire cuando realiza alguna actividad en su hogar, no lleva una dieta especial y consume café una taza diaria, no le gusta comer cereales y toma 1-1.5 lt. De agua durante el día, orina 4-5 veces por día con características normales, defeca 1 vez al día con heces bien formadas de color café sin tener esfuerzo.

Paciente orientada en tiempo, espacio y lugar siendo independiente para la realización de movimientos, su ejercicio habitual es la bicicleta durante media hora, duerme aprox. 5 hrs. diarias debido a su trabajo, en ocasiones presenta dificultad para conciliar el sueño con los ruidos externos.

Su higiene personal es baño cada tres días, cepillado de dientes diario 2 veces por día, uñas y pelo no presentan alteraciones; en ocasiones manifiesta sentimientos y emociones pues en este momento su esposo la dejó y no sabe que va a pasar con ella y sus hijos, refiere sentirse poco apoyada por parte de su familia en relación a su enfermedad.

Solo sale de su casa cuando tiene que ir a vender el pan o al mercado, manifiesta interés acerca de su padecimiento pues refiere tener poca información acerca del mismo lo que le resta importancia a seguir con su tratamiento, plantea que si conociera los riesgos sobre su enfermedad seguiría la medicación establecida para su enfermedad.

5.2 CLASIFICACION POR NECESIDADES

1. Necesidad de oxigenación:

La señora Esmeralda presenta una frecuencia respiratoria de 19 x' de calidad normal, no presenta ruidos a la auscultación, actualmente presenta tos con poca expectoración, no consume tabaco pero ha cocinado con leña durante 20 años por ser panadera, en ocasiones presenta disnea con medianos esfuerzos (actividades cotidianas)

2. Necesidad de nutrición e hidratación:

Su peso es de 73 kg. y tiene una talla de 157 cm. Habitualmente toma por las mañanas un café o atole, come carne 3 veces por semana y solo consume verduras en caldos, normalmente cena antojitos y no lleva una dieta específica,

consume poca sal, su ingesta de líquidos es de 1 a 1.5 lt por día, los alimentos que no le gustan son los cereales. No presenta problemas en la deglución, masticación, ni falta de piezas dentales.

3. Necesidad de eliminación:

Su eliminación intestinal es de 1 vez al día sin esfuerzos, ni dolor con heces color café y bien formadas, no utiliza laxantes. Su eliminación urinaria es de 4-5 veces por día con orina color amarillo claro, no ha presentado problemas en su eliminación. Tiene una menstruación regular cada 30 días con una frecuencia duración de 4 días en ocasiones con dismenorrea.

4. Necesidad de movimiento y mantener la postura corporal

Presenta un pulso de 74x', una T/A de 140/80, su equilibrio y marcha son estables, pasa la mayor parte del tiempo de pie debido a su trabajo, la mano dominante es la derecha, tiene autonomía para sentarse y levantarse, el ejercicio habitual que realiza es la bicicleta, no presenta rigidez articular.

5. Necesidad de dormir y descansar

Duerme aproximadamente 5 hrs. diarias debido a su trabajo, presenta en ocasiones dificultad para conciliar el sueño, no utiliza ningún método para dormir.

6. Necesidad de vestirse y desvestirse

Es autónoma para vestirse y desvestirse, la ropa que tiene tejidos de lana le provoca prurito, su aspecto es limpio y la ropa que lleva al momento de la valoración está limpia.

7. Necesidad de mantener la temperatura corporal

Su temperatura es de 36°C, habitualmente siente sensación de frío en el cuerpo, su casa es templada, no presenta sudoración cutánea.

8. Necesidad de higiene y protección de la piel

Presenta autonomía para realizar su higiene personal, baño cada 3 días, cepillado de dientes 2 veces por día, no presenta resequead de uñas y pelo, piel hidratada, presenta varice en pierna izquierda.

9. Necesidad de evitar peligros

No presenta ansiedad o delirios, paciente orientada en tiempo, espacio y lugar, presenta actualmente dolor de cabeza por lo que decide tomar una pastilla de **sedalmerk**.

10. Necesidad de comunicación y sexualidad

No presenta dificultad auditiva, en ocasiones le cuesta un poco recordar las cosas, paciente con expresiones claras y organizadas, normalmente manifiesta sus emociones y sentimientos, su familia la apoya poco y actualmente cursa por un proceso de separación con su esposo, en este momento no sabe que va a pasar con ella y su pareja.

Sobre la sexualidad no quiso tocar el tema.

11. Necesidad de vivir con sus valores y creencias

No le da mucho interés a su vida pues ya se “acostumbro” a vivir con su enfermedad, entre sus creencias y su enfermedad no hay conflictos.

12. Necesidad de trabajar y realizarse

La paciente actualmente desempeña el rol de jefe de familia y madre, ella es la que toma las desiciones.

13. Necesidad de jugar y actividades recreativas

La sra. Esmeralda refiere salir de su casa solo por motivos de trabajo, manifiesta que su enfermedad no interfiere con sus distracciones pero el trabajo le quita mucho tiempo.

14. Necesidad de aprendizaje

La paciente conoce la enfermedad que padece pero le gustaría saber mas sobre los cuidados que debe tener y las complicaciones pues cree que esto le ayudaría para cuidarse y tomar su tratamiento como se debe, además de cuidar sus hábitos alimenticios, muestra interés por el aprendizaje ya que escucha con atención, lo que le impide el aprendizaje es el trabajo pues le quita mucho tiempo.

5.3 CLASIFICACION DE DATOS

5.3.1 ORGANIZACIÓN DE DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS

NECESIDAD	Datos Objetivo	Datos Subjetivos
1. Oxigenación	FR 19x', tos con pocas expectoraciones	"Al realizar alguna actividad me agito, siento que me falta el aire"
2. Nutrición	Pesa 73 Kg., talla 157cm,	"no llevo una dieta especifica"; tomo de 1-1.5 lt de agua por día, no me gustan los cereales"
3. Eliminación		"Hago pipi 4-5 veces por día, popo 1 vez por día, menstruación me llega cada 30 días y me dura 3 días"
4. Movimiento y mantener la postura corporal	Deambulacion normal. Pulso de 74x', T/A 140/80	
5. Dormir y descansar	Se observan ligeras ojeras y bostezos espontáneos	Duelmo aprox. 5 hrs. diarias, a veces no puedo dormir por los ruidos"
6. Vestirse y desvestirse	Su ropa está limpia	Me visto sola, la ropa que tiene lana me provoca comezón"
7. Mantener la temperatura corporal	Temperatura de 36°C no presenta sudoración cutánea	"en ocasiones siento frío en todo el cuerpo"
8. Higiene y protección de la piel	Varice en pierna izquierda	"Me baño cada 3 días, me cepillo los dientes 2

		veces por día”
9. Evitar peligros	Paciente orientada en tiempo, espacio y lugar.	“Cuando me duele la cabeza me tomo una pastilla de sedalmerk ”
10. Comunicación y sexualidad	paciente con expresiones claras y organizadas, se esta separando de su esposo	“Le contaba mis problemas a mi esposo, mi familia me apoya poco”
11. Vivir con sus valores y creencias		Soy de religión cristiana, no voy a misa no le doy mucha importancia a mi enfermedad”
12. Trabajar y realizarse		“Soy panadera desde hace 20 años y ahorita soy papá y mamá”
13. Jugar y actividades recreativas		“Salgo solo a trabajar, el trabajo me quita mucho tiempo”
14. Aprendizaje	Hace preguntas sobre el tema	“Me gustaría saber los cuidados que debo tener y las complicaciones, suspendo el tratamiento cuando me siento bien”.

5.3.2 DATOS SIGNIFICATIVOS

Necesidad Alterada	Datos significativos	Diagnóstico
1. Oxigenación	"Al realizar alguna actividad me agito, siento que me falta el aire"	Intolerancia a la actividad relacionado con el desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno
2. Nutrición	Pesa 73 Kg., talla 157cm, "no me gustan los cereales, no llevo una dieta especial"	Desequilibrio nutricional por exceso relacionado con peso corporal superior a un 20% al ideal según la talla y constitución corporal
5. Dormir y descansar	Se observan ligeras ojeras y bostezos espontáneos, "duermo aprox. 5 hrs. diarias, en ocasiones no puedo dormir por los ruidos"	Deterioro del patrón del sueño relacionado con la separación de personas significativas y ruidos
10. Comunicación y sexualidad	"Mi familia me apoya poco y actualmente me estoy separando de mi esposo"	Interrupción de los procesos familiares relacionado con cambio de los roles familiares
14. Aprendizaje	"Me gustaría saber los cuidados que debo tener y las complicaciones, suspendo el tratamiento cuando me siento bien, tomo medicamentos sin que me los receten".	Incumplimiento del tratamiento relacionado con falta de conocimientos y habilidades para el régimen propuesto.

5.3.3 JERARQUIZACION POR DIAGNOSTICOS

Diagnósticos	Necesidad alterada
1.- Intolerancia a la actividad relacionado con el desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno, manifestado por “Al realizar alguna actividad me agito, siento que me falta el aire”	Oxigenación
2.- Desequilibrio nutricional por exceso relacionado con peso corporal superior a un 20% al ideal según la talla y constitución corporal manifestado por peso de 73 Kg., talla 157cm, “no me gustan los cereales, no llevo una dieta especial”	Nutrición e Hidratación
3.- Deterioro del patrón del sueño relacionado con la separación de personas significativas y ruidos manifestado por se observan ligeras ojeras y bostezos espontáneos, “duermo aprox. 5 hrs. diarias, en ocasiones no puedo dormir por los ruidos”	Sueño y Descanso
4.- Interrupción de los procesos familiares relacionado con cambio de los roles familiares manifestado por “Mi familia me apoya poco y actualmente me estoy separando de mi esposo”	Comunicación y Sexualidad
5.- Incumplimiento del tratamiento relacionado con falta de conocimientos y habilidades para el régimen propuesto manifestado por “Me gustaría saber los cuidados que debo tener y las complicaciones, suspendo el tratamiento cuando me siento bien, tomo medicamentos sin que me los receten”.(16)	Aprendizaje

5.3.4 PLANIFICACION DE CUIDADOS

<p>DX 1.- Intolerancia a la actividad relacionado con el desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno, manifestado por “Al realizar alguna actividad me agito, siento que me falta el aire”</p>	<p>DATOS SIGNIFICATIVOS: “Al realizar alguna actividad me agito, siento que me falta el aire”</p>
<p>OBJETIVO: La sra. Esmeralda aumentara gradualmente las actividades con forme las vaya tolerando</p>	<p>RESULTADO: En tres semanas la paciente habrá mejorado la calidad de respiración y la tolerancia a las actividades</p>
<p style="text-align: center;">INTERVENCIONES</p>	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACION</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fomentar una respiración lenta y profunda. <ul style="list-style-type: none"> ◊ Explicar el procedimiento para la realización de ejercicios respiratorios. ◊ La paciente realizará ejercicios respiratorios con un vaso con agua y un popote 5 veces al día durante 5 min. Por una semana. ➤ Dar ideas a la paciente para conservar la energía como: <ul style="list-style-type: none"> ◊ sentarse siempre que sea posible cuando realice una actividad. ◊ La paciente redactara una lista de las actividades que realiza durante el día. ◊ distribuir las actividades a lo largo del día, (las más pesadas por la mañana). ◊ La sra. Esmeralda programara periodos de reposo de 5 min. Entre cada actividad. (16) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mantener una respiración moderada mejora la fuerza de los músculos accesorios y la función respiratoria.(17) ➤ Puede evitarse el gasto excesivo distribuyendo las actividades a lo largo del día ya que los espacios de reposo dan al cuerpo un periodo de bajo gasto energético aumentando la tolerancia a la actividad. (15)
<p>EVALUACION: Con la ayuda del listado de actividades diarias y los ejercicios respiratorios la paciente mejoró notablemente la tolerancia a las actividades que realiza cotidianamente de tal manera que tomó la desición de salir a caminar una vez por semana.</p>	

<p>DX. 2 Desequilibrio nutricional por exceso relacionado con peso corporal superior a un 20% al ideal según la talla y constitución corporal manifestado por peso de 73 Kg., talla 157cm, “no me gustan los cereales, no llevo una dieta especial”</p>	<p>DATOS SIGNIFICATIVOS: Pesa 73 Kg., talla 157cm, “no me gustan los cereales, no llevo una dieta especial”</p>
<p>OBJETIVO: La paciente mejorara la calidad de su alimentación ayudando a mantener su peso de manera equilibrada.</p>	<p>RESULTADO: Durante cuatro semanas la paciente mantendrá su peso y mejorará sus hábitos alimenticios.</p>
<p style="text-align: center;">INTERVENCIONES</p>	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACION</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Determinar el peso corporal ideal de la paciente según la talla. <ul style="list-style-type: none"> ◊ Pesar a la paciente para saber si ha ganado o perdido peso. ◊ Determinar el IMC para tener un dato más correcto acerca de su peso. ➤ Informar sobre los riesgos asociados a estar por encima del peso ideal. <ul style="list-style-type: none"> ◊ Se proporcionará material escrito que contenga información acerca del sobrepeso y los riesgos para la salud. ➤ Enseñar a la paciente lo que debe tener una ingesta nutritiva <ul style="list-style-type: none"> ◊ La pte. Hará una lista de los alimentos que mas le gustan y que consume frecuentemente. ◊ Realizar en conjunto con la pte. Una dieta que contenga los alimentos preferidos. ◊ Explicar que el modo de preparación afecta el contenido calórico. ◊ Invitar a la familia a participar en la planeación de las comidas para incrementar la nutrición.(16) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El tener un control de peso nos indica si la paciente esta ganando o perdiendo peso lo que la estimulara para llevar una alimentación adecuada. ➤ El conocer los riesgos de no tener una alimentación adecuada ayuda a estimular a la pte a mejorar la calidad y cantidad de los alimentos que consume.(15) ➤ El conocer los alimentos preferidos de la pte nos ayuda a establecer un menú que contenga estos alimentos, además de que la participación de la familia facilita el seguimiento de una dieta balanceada.(17)
<p>EVALUACION: al momento de implementar el plan de actividades la pte pesaba 69 Kg., los cuales mantuvo durante las cuatro semanas para las que estaba programada esta actividad, además de que la participación de la familia fue fundamental para la realización de estas actividades, ya que ellos colaboraron en la elaboración del menú, lo que facilito su seguimiento.</p>	

<p>DX. 3 Deterioro del patrón del sueño relacionado con la separación de personas significativas y ruidos manifestado por se observan ligeras ojeras y bostezos espontáneos, “duermo aprox. 5 hrs. diarias, en ocasiones no puedo dormir por los ruidos”</p>	<p>DATOS SIGNIFICATIVOS: Se observan ligeras ojeras y bostezos espontáneos, “duermo aprox. 5 hrs. diarias, en ocasiones no puedo dormir por los ruidos”</p>
<p>OBJETIVO: La sra. Esmeralda mejorara la calidad y cantidad de sueño</p>	<p>RESULTADO: En una semana la señora Esmeralda dormirá 6 hrs. diarias</p>
<p style="text-align: center;">INTERVENCIONES</p>	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACION</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ La pte evitara las bebidas que contengan cafeína. <ul style="list-style-type: none"> ◊ La Sra. Esmeralda no tomara café durante una semana. ➤ Comentar con la pte medidas que promueven la relajación. <ul style="list-style-type: none"> ◊ La pte elegirá la ropa de cama que mas le agrade. ◊ La pte leerá el libro que más le guste. ◊ La Sra. Esmeralda escuchará la música de su preferencia con el mínimo volumen. ➤ Reducir el volumen de alarmas y de la televisión. <ul style="list-style-type: none"> ◊ La pte dejara el volumen mínimo de la TV y alarmas. ◊ La pte mantendrá la puerta de su habitación cerrada. ➤ Animar a la paciente a establecer una rutina en la hora de irse a la cama para facilitar el sueño. <ul style="list-style-type: none"> ◊ Establecer en conjunto con la paciente una hora para irse a dormir. ◊ La Sra. esmeralda se acostará todos los días a la misma hora durante una semana.(16) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La cafeína es un estimulante del SNC que alarga la latencia del sueño y aumenta los despertares. ➤ El tener un ambiente agradable a la hora de dormir mejora la calidad y cantidad de sueño. ➤ El ruido ambiental es imposible de eliminar o reducir pero puede enmascarse con ruidos blancos (música, grabación de olas, lluvia, etc.)(17) ➤ El tener un horario para irse a dormir nos ayuda a programar al organismo a descansar a la misma hora.(15)
<p>EVALUACION: Durante esta semana la Sra. Esmeralda se acostó todos los días a las 10 p.m. y evito el café con lo que mejoro importantemente las horas de sueño, sin embargo a pesar de la lectura y la música los ruidos exteriores la siguen despertando aunque la pte refirió que “ya no como antes”.</p>	

<p>DX 5 Incumplimiento del tratamiento relacionado con falta de conocimientos y habilidades para el régimen propuesto manifestado por “Me gustaría saber los cuidados que debo tener y las complicaciones, suspendo el tratamiento cuando me siento bien, tomo medicamentos sin que me los receten”.</p>	<p>DATOS SIGNIFICATIVOS: “Me gustaría saber los cuidados que debo tener y las complicaciones, suspendo el tratamiento cuando me siento bien, tomo medicamentos sin que me los receten”.</p>
<p>OBJETIVO: Que sra. Esmeralda siga el tratamiento sin interrupciones para reducir complicaciones sobre su enfermedad</p>	<p>RESULTADO: En dos semanas la T/A de la paciente se estabilizará con el seguimiento del tratamiento y conocerá los riesgos y complicaciones de su enfermedad.</p>
<p style="text-align: center;">INTERVENCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Proporcionar información acerca de la hipertensión y aclarar los conceptos equivocados. <ul style="list-style-type: none"> ○ Se explicara brevemente que es la hipertensión, signos, síntomas y complicaciones. ○ Se incluirá a la familia en la información brindada acerca de la hipertensión. ➤ Llevar un registro de T/A <ul style="list-style-type: none"> ○ Se tomará la T/A todos los días durante dos semanas de ser posible a la misma hora y anotar. ○ Se tomará la T/A en el mismo brazo y en reposo ➤ La Sra. Esmeralda no suspenderá el tratamiento. <ul style="list-style-type: none"> ○ Con la ayuda de su hija se comprobará la toma de medicamentos en el horario establecido. ○ Se comentará con la paciente que es decisión de ella seguir o no el tratamiento.(15) 	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACION</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ El hecho de que la paciente comprenda la gravedad de la hipertensión es esencial para el seguimiento apropiado del tratamiento. ➤ La toma diaria y durante dos semanas nos ayuda a valorar la respuesta del paciente ante el tratamiento ➤ Ayudar a la paciente a comprender que ella es la responsable del cumplimiento del tratamiento la estimula para seguir adelante con el mismo.(15)
<p>EVALUACION: Al conocer la paciente y la familia los riesgos que se corren al no llevar acabo el cumplimiento adecuado del tratamiento la paciente decide por ella misma seguirlo como esta indicado, con la ayuda de su hija se comprueba que ella se toma el medicamento a la hora establecida, también se llevo acabo el registro de la T/A por dos semanas el cual se mantuvo con pocas variaciones, lo que nos comprueba que la paciente si esta siguiendo el tratamiento como esta indicado, por otra parte la Sra. Esmeralda se comprometió asistir a consulta con su médico periódicamente.</p>	

VI. CONCLUSIONES

El proceso de enfermería siempre ha sido complicado para mí ya que el tiempo en que estuve en la escuela cada profesor lo explicó de diferente manera y eso hizo que se me formara la idea de que es complejo, pero una vez que tome el curso de titulación entendí que si se tiene una buena asesoría y el alumno lee y pregunta el proceso de enfermería es más fácil de llevar a la práctica.

El aplicar el proceso enfermero a mi paciente se me facilitó ya que conozco a la señora desde hace algunos años y tengo una buena relación con ella, pero al mismo tiempo me permitió conocerla más, ya que hay cosas de ella que no sabía, lo que reforzó la amistad que ya se tiene.

También me di cuenta que no es necesario que el paciente se encuentre hospitalizado para que se pueda aplicar el proceso enfermero, ya que las personas que se encuentran en su casa y padecen alguna enfermedad tienen casi las mismas necesidades que las que están internadas, y si se detectan oportunamente estas deficiencias se puede trabajar en ellas evitando así la hospitalización.

En relación a la aplicación de la teoría de Virginia Henderson se me dificultó un poco ya que en las 14 necesidades que ella propone no se alcanzan a integrar todos los datos obtenidos durante la valoración, por lo que sería bueno que se analizaran otras teóricas con la finalidad de reforzar la aplicación del proceso enfermero.

VII. SUGERENCIAS

Primeramente propongo que se considere la posibilidad de unificar la forma de impartir el proceso enfermero, o bien que se reunieran los profesores encargados de transmitir este proceso y formaran una antología considerando los puntos de vista de cada uno y las experiencias vividas, esto con la finalidad de unificar los conocimientos ya que esto facilitaría su entendimiento, comprensión y aplicación en el futuro.

Por otra parte considero que sería importante que se tomaran en cuenta otras teóricas para la realización del proceso ya que esto reforzaría la teoría de Henderson, con lo que quedaría mas completo dicho proceso, dando a su vez mejores resultados en su aplicación.

VIII. BIBLIOGRAFIA

1. NORMA Oficial Mexicana NOM_archivos\NORMA Oficial Mexicana NOM.htm
2. www.issste.gob.mx/aconseja/hipertension.html
3. BIBLIOTECA DE CONSULTA MICROSOFT ® ENCARTA ® 2005
4. <http://e42.um.edu.mx/Ministeriomedico/Articulos.aspx?idArt=791>
5. ANTOLOGIA DEL TALLER CON FINES DE TITULACION DE LA METODOLOGIA DE ENFERMERIA, FACULTAD DE ENFERMERIA, U. M. S. N. H., AUTOR: C. M. C. ROBERTO MARTINES ARENAS, SEPTIEMBRE 2006.(5)
6. ANTOLOGIA DEL CURSO-TALLER “FILOSOFIA, TEORIAS Y MODELOS Y PROCESO DE ENFERMERÍA” COLEGIO DE ENFERMERAS MICHOACANO A. C. AUTOR: L. E. MARIA Del SOCORRO TUNGUI OLIVO, FEBRERO DEL 2004 (6)
7. GRUPO EDITORIAL OCEANO ENCICLOPEDIA FUNDAMENTOS Y TECNICAS DE ENFERMERIA TOMO 1 EDICION EN ESPAÑOL 2001, BARCELONA ESPAÑA.
8. <http://www.tone.udea.edu.co/revista/sep99/proceso.htm>
9. EDICIONES CUELLAR, BERTHA ALICIA RDGZ SANCHEZ pp. 35-93
10. <http://www.google.com.mx/search?hl=es&q=ventajas+del+proceso+enfermero&meta>
11. <http://www.monografias.com/trabajos16/virginia-henderson/virginia-henderson.shtml>
12. http://abcmedicus.com/articulo/pacientes/1/id/16/pagina/6/hipertension_arterial.html
13. <http://www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs/nefrologia/predialisis/catalinarodriguez.PDF>
14. NORMAS Y CUIDADOS DEL PACIENTE. EDITORIAL HARCOURT/OCÉANO, VOL. 2, ESPAÑA 2002
15. CARPENITO LYNDA JUALL, DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, APLICACIONES A LA PRÁCTICA CLÍNICA, 9ª EDICIÓN
16. NIC
17. MC BULECHEK, CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA, 3ª EDICIÓN, 2001.

IX. APENDICES

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA

PROCESO DE ATENCION EN ENFERMERIA

GUIA DE VALORACION A PACIENTE ADULTO

"HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA"

Datos generales del paciente:

- a) Nombre : _____
- b) Edad: _____ años
- c) Sexo: masculino _____ femenino: _____
- d) Origen: _____
- e) Residencia actual: _____
- f) Escolaridad: _____
- g) Estado Civil: _____
- h) Religión: _____
- i) Ocupación : _____
- j) Día de valoración: _____
- k) Valoración realizada por: _____

Antecedentes:

I.- Familiares de hipertensión arterial sistémica

II.- Personales NO patológicos:

- Población: rural _____ suburbana _____ urbana _____
- Tipo de habitación (No. de hab.) _____
- Higiene: buena _____ regular _____ mala _____
- Alimentación: buena _____ regular _____ mala _____
- Toxicomanías: alcohol _____ tabaco _____ drogas _____ otros _____
- Convivencia con animales: Si ___ No ___ especifique _____

III.- Personales Patológicos:

- Alérgicos _____
- Traumáticos: _____
- Quirúrgicos: _____
- Infecciosos: _____
- Transfusionales: _____
- Gestas ___ Partos ___ Cesáreas ___ Abortos ___ Menarca _____

Exploración Física:

Cabeza (forma, ojos, pelo, reflejos, encías, lengua, dientes) _____

Cuello (forma, piel, ganglios, tiroides) _____

Tórax (forma, mamas, respiraciones, ruidos cardiacos) _____

Abdomen (forma, cicatriz umbilical, dolor, tumores) _____

Dorso y extremidades (columna, piel, articulaciones, huesos, músculos, reflejos) _____

Historia de la enfermedad:

- 1) Fecha del diagnostico de hipertensión arterial sistémica _____
- 2) Tiempo de evolución de la hipertensión arterial sistémica _____
- 3) Enfermedades asociadas a la hipertensión arterial sistémica _____
- 4) Tratamiento inicial : _____
- 5) Inicio de tratamiento medicamentoso: _____
- 6) Tratamiento actual : _____
- 7) Apego al tratamiento medico: si _____ no _____
- 8) Abandono del tratamiento medicamentoso (especifique la causa): _____

VALORACION POR NECESIDADES

1- Necesidad de respirar:

Frecuencia respiratoria _____ Tipo de respiración _____
 Disnea: grandes esfuerzos _____ medianos esfuerzos _____ pequeños esfuerzos _____
 Ruidos respiratorios _____ Utilización de músculos accesorios _____
 Retracción xifoidea _____ Tiros intercostales _____ Aleteo nasal _____
 Tos _____ Expectoración _____
 Fumador _____ Cigarrillos/día _____ Exfumador _____
 Posición, medicamentos o hábitos que mejoran o perjudican a su respiración: _____



2-Necesidad de comer y beber:

Nivel de autonomía para comer: _____
 Peso _____ Kg. Talla _____ cm. Peso ideal _____ Kg.
 IMC: _____
 Bajo _____ normal _____ sobrepeso _____ obeso _____
 Cambios de peso reciente (especificar Kg.) _____
 Alimentos o líquidos que toma habitualmente (tipo, cantidad y hora):
 * Desayuno _____
 * Almuerzo _____
 * Merienda _____
 * Cena _____
 Dieta prescrita _____
 Consumo habitual de sal _____ grs. aprox.
 Alimentos y líquidos que no le gustan o no tolera _____
 Alteraciones en la boca _____
 Dificultad de masticación _____ Deglución _____
 Falta de piezas dentales _____ Prótesis dental _____
 Anorexia _____ Disfagia _____ pirosis _____
 Nauseas _____ regurgitaciones _____ Vomito _____
 Alergias alimenticias _____
 Uso de suplementos alimenticios _____
Ingesta de alcohol:
 Tipo de bebida: _____
 Frecuencia: _____
 Cantidad: _____ ml por día

3- Necesidad de eliminación

Patrón urinario

Orina (frecuencia, cantidad y aspecto) _____
 Incontinencia urinaria _____ Disuria _____
 Nicturia _____ Tenesmo vesical _____
 Hematuria _____ Secreciones uretrales _____
 Sonda vesical _____ día Inserción de sonda _____

Patrón intestinal/habitual:

frecuencia diaria: _____ semanal: _____
 Día de última deposición _____
 Características de la Deposición:
 -frecuencia _____
 - color _____
 - aspecto _____
 Estreñimiento _____ diarrea _____
 Alteraciones de peristaltismo _____ Distensión abdominal _____
 Hemorroides _____ Rectorragia _____ Incontinencia fecal _____
 hábitos que ayudan o dificultan la eliminación _____
 Hematemesis _____ Vómitos _____
 Utilización de laxantes _____ cuales _____
 Hemorragias _____
 Menstruación: ritmo _____ frecuencia _____ cantidad aprox. _____



4- Necesidad de movimiento y mantener la posición

Frecuencia cardíaca _____ Ritmo _____
 Presión arterial: Brazo derecho _____ mm-Hg.
 Presión arterial: Brazo izquierdo _____ mm-Hg.
 Pulso radial: _____ Pulso pedio _____ Pulso carotideo: _____ Pulso femoral: _____
 Nivel de autonomía para:
 * Caminar _____ utilización de ayuda _____ tipo _____
 * Movimiento en la cama _____
 * Levantarse-sentarse _____
 Mano dominante: Derecha _____ izquierda _____
 Estado de conciencia _____
 Postura habitual: En cama _____ Sentado _____ De pie _____ Caminata _____
 Equilibrio y marcha: Estable _____ Inestable _____ Nula _____
 Ejercicio físico habitual _____ sedentarismo si _____ no _____
 Rigidez articular _____ Deformidades esqueléticas _____ Amputaciones _____
 Situaciones que interfieren en movilidad y postura _____



5- Necesidad de dormir y descansar

Patrón habitual de sueño (horas y momento) _____
 Dificultad de dormir _____ Despertar precoz _____ Interrupciones nocturnas _____
 Insomnio _____ Somnolencia _____ Pesadillas _____
 Se levanta cansado _____ A que lo atribuye _____
 Ayuda para favorecer el sueño: lectura _____ fármacos _____ Otros _____

6- Necesidad de vestirse y desvestirse

Nivel de autonomía para vestirse y desvestirse _____
Se viste de acuerdo al lugar _____ Usa ropa cómoda _____ alergia a tejidos _____



7- Necesidad de mantener la temperatura temporal

Temperatura _____ Habitualmente tiene sensación de Frío _____ Calor _____
Manos y pies fríos _____ Condiciones ambientales en el hogar _____
Recursos para el mantenimiento de la temperatura _____



8- Necesidad de mantener la higiene y proteger la piel

Nivel de autonomía para lavarse: _____
Hábitos de higiene corporal (semanal) _____
Estado de la piel/mucosas (localización, medida, descripción aspecto):
* Ulceras _____
* Edemas _____
* Heridas quirúrgicas o drenajes _____
* varices _____ Cianosis _____ Ictericia _____
Estado de uñas y pelo _____ resequedad de piel _____
Cepillado de dientes _____ Frecuencia _____



9- Necesidad de evitar peligros

Antecedentes de caídas o accidentes _____
Automedicación _____ Alergias _____
Orientación: Tiempo: _____ Espacio _____ Personas _____
Depresión _____ Ansiedad _____ Delirios _____
Pérdida de memoria _____ Frecuencia _____
Reflejos: Tusiígeno _____ Náuseoso _____ Deglución _____ Otros _____
Dolor (tipo, localización, irradiación) _____
Vértigo _____
Preocupaciones/inquietudes del individuo y familia _____
Descripción de si mismo
(alegre, triste, tímido, desconfiado, inquieto, relajado) _____
Reacción del cliente ante la nueva situación: Tenso _____ Relajado _____
Desinterés _____ Agresivo _____ Colaborador _____
Medios que utiliza para afrontarse o protegerse _____
Reacción familiar ante la situación: Tensa _____ Desinterés _____ Colaboradora _____
Conoce y utiliza medidas de seguridad _____ Cuales _____
Vacunas _____



10- Necesidad de comunicarse

Déficit visual _____ Déficit auditivo _____ Gafas _____ Audífono _____
Alteración memoria _____ Dificultad de expresión _____
Comunicación verbal _____ Comunicación no verbal _____
Situaciones que influyen en su comunicación _____
Manifiesta sus emociones y sentimientos _____
Tiene amigos para compartirlo _____
Sistema de apoyo _____
La situación ha alterado las relaciones familiares _____

Personas que le gustaría que estuvieran a su lado _____

11- Necesidad de vivir con sus valores y creencias

Que percepción tiene de la situación que vive _____

Tiene conflictos entre creencias y salud _____

Desea algún apoyo religioso _____

Tradiciones familiares _____



12- Necesidad de ocuparse de su propia realización

Rol familiar, social del paciente _____

Rol laboral _____ Rechazo _____

Manifestaciones de baja autoestima, Culpa _____ Vergüenza _____ Inutilidad _____

Impotencia _____ Cambios en su estilo de vida o imagen corporal _____

Participa en las tomas de decisiones _____



13- Necesidad de participar en actividades recreativas

Hábitos de diversión y distracción habituales _____

La situación de salud ha cambiado las distracciones _____

Circunstancias que influyen en el entretenimiento _____



14- Necesidad de aprender

Sabe las enfermedades que tiene _____

Conoce las medidas de mejora para su salud _____

Sabe para que sirven los medicamentos que toma _____

Que información sobre el proceso de salud le gustaría tener:

Situaciones de alarma _____ Complicaciones _____ Tratamiento _____ Cuidados _____

Interés en el aprendizaje: Pregunta _____ Participa _____

Propone alternativas _____ Resuelve problemas _____ otros _____

Medios que utiliza para aprender: Leer _____ Escribe _____ Escucha _____ Otros _____

Situaciones que dificultan la capacidad de aprender:

Memoria _____ Entorno _____ Lenguaje _____ Otros _____

CUA DRO No. 1

Necesidad	Datos Objetivo	Datos Subjetivos

CUADRO No. 2

Necesidad Alterada	Datos significativos	Diagnóstico

CUADRO No. 3

Diagnósticos	Necesidad alterada



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento informado para participar en el desarrollo de la Metodología de Enfermería aplicado a "Pacientes con hipertensión arterial"

Yo **Esmeralda Navidad Navarro Talavera** doy mi consentimiento para participar en la Metodología de intervención en Enfermería que tiene como finalidad identificar las principales respuestas humanas.

He sido informado(a) con claridad de los objetivos de esta metodología, así como de la importancia de mi participación en la misma. Estoy convencido que mis datos serán total mente confidenciales pero que contribuirán en un futuro al cuidado integral de otras personas que cursan con una situación similar a la mía, fortaleciendo la profesión de Enfermería a través del conocimiento de mis necesidades. Se me ha informado que no existe riesgo sobre mi salud y que mi participación será voluntaria, sin obligación y estoy consciente que no recibiré ninguna remuneración económica.

Enterada que el responsable de dicha investigación es P.L.E. Mónica Equihua López y no teniendo ningún inconveniente:

Acepto participar en la presente investigación

P. L. E. Monica Equihua Lopez

Rosa Hernández Navarro
(Hija)

Paracho, Mich. a 7 de noviembre del 2006