



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Facultad de Enfermería



**Proceso de enfermería con el referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem,
aplicado a un caso clínico de Hipertensión Arterial.**

Que para obtener el título de

Licenciatura en Enfermería

Presenta: P. L. E. Mayra Nicolás Antonio

Asesor:

Dra. Ma del Carmen Montoya Díaz

Morelia Michoacán Noviembre 2011

DIRECTIVOS

Dra. Elizabeth Medina Castro
Encargada de la Dirección de la Facultad de Enfermería

ME Ruth E. Pérez Guerrero
Secretaria Académica

MC. Roberto Martínez Arenas
Secretaría Administrativa

MESA SINODAL

Ma. Del Carmen Montoya Díaz

Presidente de la mesa sinodal

LEI Josué Vargas Peña

Vocal 1

MC María Jazmín Valencia Guzmán

Vocal 2

Hermilo Juan Ortega Hernández

Suplente

DEDICATORIA

A ti madre Elvia

Por haberme, guiado, educado y mis errores convertirlos en medios de crecimiento personal. Gracias a tus consejos, por el amor que siempre me has brindado, por cultivar e inculcar ese sabio don de la responsabilidad.

¡Gracias por darme la vida!

¡Te quiero mucho!

A ti padre Martín

A quien debo todo en la vida, le agradezco el cariño incondicional, la comprensión, la paciencia y el apoyo que me brindó para culminar mi carrera profesional.

A mis hermanos

Rigoberto, Elizabeth, Ricardo, Pedro, Miriam; porque siempre he contado con ellos para todo, gracias a la confianza que siempre nos hemos tenido; por el apoyo y el cariño profundo que nos tenemos.

A mis familiares

A mis tíos Rosendo, Felipe, Efraín y Epifanía; que directamente me impulsaron para llegar hasta este lugar y por cariño siempre manifestado.

A mis amigos

Ma. Candelaria, Silvia, Lolita, Rosario, Deysi, Sory, Gerardo, Oneció y Cipriano porque gracias al equipo que formamos logramos llegar hasta el final del camino y que hasta el momento, seguimos siendo entrañablemente inseparables y a ti José Miguel que siempre estuviste en las buenas y en las malas gracias por tu apoyo.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Porque me dio la oportunidad de formar parte de ella para adquirir conocimientos y desarrollarme con responsabilidad y desempeño en mi carrera profesional.

A Facultad de Enfermería

Que me dio la oportunidad de formarme en su disciplina con principios y valores éticos ¡Gracias!

A la Maestra Martha Marín Laredo

Gracias por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que me transmitió en el desarrollo de mi formación profesional.

A la Maestra Brenda Martínez Ávila

Gracias por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que me transmitió en el desarrollo de mi formación profesional, así como el apoyo en la realización de mi proceso de enfermería con el objetivo de obtener el título de Lic. en enfermería.

ÍNDICE

Introducción.....	VI
I. Justificación	VIII
II. Objetivos	X
2.1. Objetivo general.....	X
2.2. Objetivos específicos.....	X
III. Metodología.....	XI
IV. Caso Clínico	XII
V. Marco Teórico	XIV
5.1 Proceso de enfermería.....	XIV
5.2 Teoría de autocuidado de Dorothea E. Orem.....	XLI
5.3 Historia Natural de la Hipertensión Arterial.....	LII
VI. Aplicación del proceso de enfermería	LXVI
6.1 Valoración	LXVI
6.2 Diagnóstico de enfermería.....	LXX
6.3 Plan de intervención.....	LXX
6.4 Ejecución	LXXXIII
6.5 Evaluación	LXXXV
VII. Conclusiones	LXXXVI
VIII. Sugerencias	LXXXVII
IX. Bibliografías	LXXXVIII
X. Otra Bibliografía	XCI
Apéndices.....	XCII
Anexos.....	CIX
Glosario de términos.....	CX

INTRODUCCIÓN

La enfermería es una disciplina profesional que tiene por objeto desarrollar conocimientos que sirven para definir y guiar la práctica, con el fin de precisar las características de la disciplina. Desde finales del siglo XVIII y hasta mediados del siglo pasado, varias teorías han reconocido que los conceptos de cuidado, persona, salud y entorno implícita y explícitamente son los que clasifican y constituyen el núcleo del campo de los cuidados de enfermería.

Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo, acciones de auto cuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta. Para que el profesional de enfermería proporcione el cuidado integral del individuo, familia o comunidad a través del proceso de enfermería, necesita el estudio de paradigmas, modelos, teorías y principios que han guiado esta profesión, desde Florencia Nightingale, todos fundamentales para la comprensión de la naturaleza de los cuidados de enfermería, a fin de descubrir o redescubrir la riqueza de un pensamiento aun no conocido , por lo que requiere aumentar la conciencia en lo concerniente a su significado, divulgación y accesibilidad. En este sentido, para proporcionar un cuidado integral del individuo, familia o comunidad se necesita un método de enfermería basado en reglas y principios científicos denominado proceso de enfermería, término significativo por ser una herramienta trascendente y válida para organizar y proporcionar los cuidados requeridos en la salud o en la enfermedad. Es por eso que este proceso de enfermería está basado en la teoría de Dorothea Elizabeth Orem con la teoría del déficit de autocuidado. Para Orem la Enfermería es entendida como la ciencia del cuidado de la salud del ser humano. Es: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de auto cuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad".

Una teoría es un conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina, por lo tanto se convierten en un elemento indispensable para la práctica profesional, ya que facilitan la forma de describir, explicar y predecir el fenómeno del cuidado.

Los modelos conceptuales y las teorías se define como palabras que describen imágenes mentales de los fenómenos, no se limitan a un grupo, situación e individuo en particular, son generales, estos se relacionan para explicar distintos fenómenos de interés para la disciplina como lo hizo: Orem sobre el déficit de auto cuidado, Roy; adaptación y estímulo, Henderson; Necesidades básicas, solo por mencionar algunas de las teóricas de enfermería.

Además Orem afirma que enfermería puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo y el cuidado de enfermería se define como servicio dirigido a la ayuda de uno mismo y de otros. Es importante destacar el interés de aplicar el proceso de enfermería en una persona con hipertensión arterial porque requiere del profesional de enfermería tanto en la identificación de necesidades de auto cuidado individual de acuerdo a su patología, la familia y el entorno, estructurar el plan de intervención , así como evaluar las acciones realizadas con el propósito de promover el bienestar, una mejor calidad de vida y la máxima satisfacción de las necesidades de la persona. En el desarrollo de este proceso de enfermería se menciona más a fondo la teoría de Dorothea orem, así como los cinco pasos q conforman el proceso de enfermería y el desarrollo tanto del proceso de enfermería y el tema de hipertensión arterial.

I. JUSTIFICACIÓN

La hipertensión arterial es el aumento de la presión arterial de forma crónica. Cuando el corazón late, bombea sangre hacia las arterias y crea presión en ellas. Dicha presión es la que consigue que la sangre circule por todo el cuerpo. Es una enfermedad que no presenta síntomas específicos durante mucho tiempo y si no se trata puede desencadenar complicaciones severas como un infarto del miocardio, una hemorragia o trombosis cerebral, lo que se puede evitar si se controla adecuadamente. Las primeras consecuencias de la hipertensión las sufren las arterias, que se endurecen a medida que soportan la presión arterial alta de forma continua, se hacen más gruesas y puede verse dificultado al paso de sangre. La hipertensión arterial también es conocida como presión alta, es una de las enfermedades crónicas más frecuente. En condiciones normales la presión debe estar por debajo de 120/80. Si la presión es igual o mayor de 120/80 pero sin llegar a 140/90 se considera presión normal alta y mayor riesgo para presentar hipertensión. Los factores determinantes de la presión arterial son el gasto cardiaco y la resistencia periférica. El gasto del corazón se calcula por medio del volumen sistólico y la frecuencia cardiaca. El volumen sistólico depende de la contractilidad del miocardio y el volumen del compartimiento vascular. La resistencia periférica se calcula por medio de los cambios funcionales y anatómicos en arterias y arteriolas. A nivel **mundial**, 20-25% de los adultos presentan cifras tensionales consideradas por definición como hipertensión, y de ellos el 70% vive en países en vías de desarrollo. En México, según la encuesta **nacional** de salud (año 2009) la prevalencia es del 30.05% (población de 20-69 años).

La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México; alrededor de 26.6 % de la población de 20 a 69 años padece de hipertensión arterial y cerca del 60% de los individuos afectados desconocen su enfermedad. Esto significa en nuestro país existen más de trece millones de personas con este padecimiento, de las cuales un poco más de ocho millones no han sido diagnosticados. La hipertensión arterial es un importante

factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y enfermedad renal. La mortalidad por estas complicaciones ha mostrado un incremento sostenido a nivel **estatal** durante las últimas décadas; las enfermedades del corazón, la enfermedad cerebro vascular y las nefropatías se encuentran entre las primeras causas de muerte en el mundo.

II. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Aplicación del proceso de enfermería en sus cinco etapas aplicado a una paciente con hipertensión arterial, para otorgar los cuidados de enfermería al individuo, familia y comunidad.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

2.2.1. Elaborar un plan de intervención para controlar la frecuencia cardiaca mediante el seguimiento del tratamiento, actividad física y alimentación.

2.2.2. Diseñar una dieta casera con los alimentos que consume diariamente, informando el bajo consumo de grasas y sodio.

2.2.3. Elaborar plan de intervención en cuanto al ejercicio, ocupaciones del hogar y actividades recreativas para mantener ocupada a la paciente y evitar preocupaciones innecesarias de su enfermedad y de la familia.

2.2.4 Evaluar el estado de salud, alimentación, estado de ánimo y resultados de la actividad física de la paciente.

III. METODOLOGÍA

Para la elaboración del proceso de enfermería se dio inicio al curso de inducción del proceso de enfermería con el fin de titulación, el cual se desarrolló a partir del mes de noviembre de 2010, comprendiendo ocho sesiones para la elaboración de dicho proceso, basado en la teoría de Dorothea E. Orem y desarrollado por medio de las cinco etapas de que consta el proceso de enfermería; una vez comprendida la teoría se empezó su construcción a partir de un bosquejo general integrado por la portada, índice, introducción, justificación y marco teórico. Posteriormente se envía por vía e-mail las observaciones realizadas por los profesores del curso para enriquecer el trabajo, paralelamente se continúa recabando la información necesaria de la paciente seleccionada y del marco teórico a partir del cual se desarrolla el caso clínico con el apoyo de una guía de valoración para seleccionar los datos más relevantes de la paciente; asimismo fueron analizados los datos para proseguir con los diagnósticos valiéndose del manejo de la taxonomía NANDA, NIC Y NOC los cuales ayudaron a reforzar los diagnósticos y las intervenciones, una vez revisado el caso clínico se prosiguió con la elaboración de los diagnósticos elaborándolos de acuerdo a los datos relevantes de la paciente y de las intervenciones de enfermería propuestas.

IV. CASO CLÍNICO

CASO CLINICO: HIPERTENSION ARTERIAL

D.V.C. es una mujer de 56 años, originaria de la localidad san Rafael del Carrizal, municipio de Santa Ana Maya, Michoacán, residente del mismo lugar, escolaridad 4^{to} de primaria, dedicada al hogar, religión católica y casada desde los 16 años.

Madre de cuatro hijos, los cuatro aparentemente sanos. Habita casa propia, cuenta con todos los servicios. Vive solo con su esposo, sus hijos radican en E.U.A.

Depende económicamente de su esposo, quien trabaja en el campo y cubre los gastos de los dos; también recibe aportación de sus cuatro hijos lo cual cubren los gastos de servicios de su casa.

Pesa 75 kg, talla 1.60 metros. Índice de masa corporal de 29.29, presentando obesidad de grado I. Consume leche todos los días, queso dos veces por semana, carnes rojas dos veces por semana, cereales ocasionalmente, verduras(papa, coliflor, lechuga, calabaza)diariamente, frutas(manzana, plátano, naranja, mandarina, lima), diariamente, huevo dos veces por semana, pescado una vez al mes, pastas y harinas diariamente; generalmente acostumbra desayunar un vaso de leche o café con pan, comida: caldo de pollo con verduras, 6 tortillas, frijoles o sopa, cena: 1 vaso de leche con galletas o frijoles de la olla, pan; en estos últimos dos meses ha bajado 2.500. Tiene indicado dieta hipo sódica, menciona que consume un litro de agua por día y jugos de vez en cuando, no es alérgica a ningún alimento. Evacua tres veces al día heces duras de color café, con evacuación espontanea. Orina tres veces al día, orina turbia, sin molestias.

Baño y cambio de ropa exterior e interior todos los días, cepillado dental tres veces al día. Duerme 4 horas, refiere que presenta pesadillas y no puede conciliar el sueño fácilmente, cuando se levanta se siente fatigada, refiere que desde hace un mes no puede dormir ya que la luz, el ruido y las preocupaciones por sus hijos y su enfermedad no le permiten descansar y dormir. Dedicar aproximadamente 8 horas al trabajo doméstico diariamente. Dedicar su tiempo libre para bordar o ver T.V, o ayudar a su esposo en el campo, cuidar a los

animales que tiene; su principal diversión en regar sus plantas y darle de comer a las gallinas.

Se encuentra un poco triste, angustiada, consiente, orientada en tiempo y espacio, con lenguaje fluido y coherente. Menarca a los 14 años, inicio de vida sexual activa a los 20 años, utilizo preservativos como método de planificación familiar, menopausia a los 50 años. Cursa con **Hipertensión Arterial** desde hace 8 años, con T/A: 130/90 con las que se hizo el diagnóstico, fue tratada con captopril 25mg 1 tab. Diaria, ácido acetil salicílico 600 mg, indicado por el médico del centro de salud de su localidad, la cual la paciente no sigue las indicaciones médicas, ha recibido orientación acerca de su enfermedad, se hace hincapié en la importancia de acudir a su cita de cada mes y de su tratamiento, pero ella refiere que se le olvida o que se siente bien, al igual que a veces se le olvida tomarse el medicamento, solo acude a la unidad por medicamento cada dos meses.

Actualmente acude al centro de salud a la entrega de resultados de Papanicolaou, el cual reporta lesión intraepitelial de grado bajo e infección bacteriana inespecífica, la paciente refiere no presentar ningún malestar.; se le toman signos vitales obteniendo como resultado FC 70 x', FR 16 x', Temperatura 36.3°C. La paciente se encuentra, preocupada y angustiada por los resultados de su Papanicolaou; refiere que no presenta dolor, ningún malestar y tiene miedo a lo que pueda tener aparte de su enfermedad, le preocupa su esposo ya que no tienen a nadie cerca.

V. MARCO TEÓRICO

5.1. El Proceso de Enfermería

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Enfermería. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.¹

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para proporcionar cuidados de enfermería individualizados, centrados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de la salud reales o de riesgo.² El Proceso de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.¹ Los objetivos y características de la atención de enfermería son muy diversos y variados, tanto como lo son las personas, familias o comunidades destinatarias de la misma, sus necesidades específicas y los eventuales problemas de salud que presenten. Desde una perspectiva holística, que toma en consideración todas las dimensiones del individuo y su entorno, se deben tener en cuenta las necesidades fisiológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales del ser humano. Cualquier factor que impida o dificulte la satisfacción de tales necesidades, ya sea interno (individual) o bien externo (ambiental), priva al individuo de su total autonomía y puede requerir una actuación de enfermería destinada al restablecimiento de la salud en su sentido más amplio.³

¹ Alfaro le FR: aplicación del proceso enfermero. 4ª ed. España: Masson, S.A. 2002,274.

² Orem DE: Modelo de OREM. Conceptos de enfermería en la práctica. España: Masson-Salvat. Enfermería, 1993:423.

¹ Alfaro le FR: aplicación del proceso enfermero. 4ª ed. España: Masson, S.A. 2002,274.

³ Ayer WP, et al. : proceso de enfermería y diagnostico de enfermería. 2ª ed. Interamericana-Mc Graw Hill, 1996:453.

La labor de enfermería no solamente se dirige hacia la atención del individuo enfermo, que requiere unas actividades concretas para el alivio de sus padecimientos y la recuperación de la salud, si no también hacia el individuo sano, en el área de la promoción de la salud.⁴ Dentro de la labor de enfermería se comprende tres niveles, dentro del nivel primario va encaminado al mantenimiento y promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, tanto desde una perspectiva asistencial como desde una vertiente pedagógica, detectando los posibles factores de riesgo y brindando la información más oportuna para evitar los peligros que pueden amenazar la salud de un individuo, una familia o una comunidad, en el nivel secundario correspondientes a las intervenciones asistenciales o curativas que tienen por objeto tratar los problemas de salud ya establecidos o potenciales y prevenir su eventual agravamiento, mediante la elaboración e instauración de un plan de actuaciones de enfermería destinado también a evitar o reducir el riesgo de posibles complicaciones y para el nivel terciario está dirigido a la rehabilitación y correspondiente a las intervenciones de enfermería orientadas al apoyo del paciente en su adaptación a determinadas dificultades ocasionadas por un problema de salud y la superación de los efectos de eventuales secuelas.¹

El objetivo de este nivel consiste en la consecución de un grado de satisfacción óptimo de las necesidades personales básicas a pesar de las limitaciones temporales o permanentes impuestas por el estado de salud.⁵

El sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, está compuesto por cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, las cuales son flexibles, adaptables y aplicables en todas las situaciones, para promover el bienestar, contribuir a la mejor calidad de vida y a la máxima satisfacción de las necesidades de la persona.³

⁴ Keronac S , MN, etal : el pensamiento enfermero. Barcelona: Masson, S.A., 1996:148.

¹ Alfaro le FR: aplicación del proceso enfermero. 4ª ed. España: Masson, S.A. 2002,274.

⁵ Alfaro, R Le Faure: R (2003). Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración (5ª edición) NASSON. BARCELONA.

³ Ayer WP, et al. : proceso de enfermería y diagnostico de enfermería. 2ª ed. Interamericana-Mc Graw Hill, 1996:453.

Como todo método, el proceso de enfermería configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí.⁶

Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

Valoración: Es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recolección y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.

Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.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.⁴

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.¹

Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

⁶ Marriner –Tomey A: modelos y teorías de enfermería. 3ª ed. Mosby/Doyma. Libros, 1995:530.

² Orem DE: Modelo de OREM. Conceptos de enfermería en la práctica. España: Masson-Salvat. Enfermería, 1993:423.

⁴ Keronac S , MN, etal : el pensamiento enfermero. Barcelona: Masson, S.A., 1996:148.

¹ Alfaro le FR: aplicación del proceso enfermero. 4ª ed. España: Masson, S.A. 2002,274

Ventajas

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.⁷

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.¹

Características

Tiene una finalidad y 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.⁴

⁷ Fundamentos de enfermería/Susana Rosales Barrera, Eva Reyes Gomez.3ª ed. México: Editorial el manual Moderno, 2004.

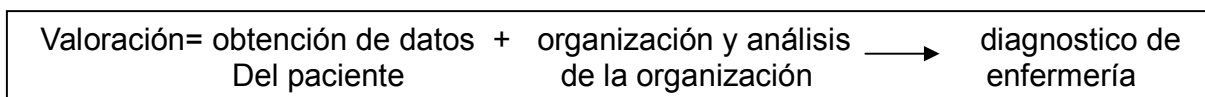
¹ Alfaro le FR: aplicación del proceso enfermero. 4ª ed. España: Masson, S.A. 2002,274.

⁴ Keronac S , MN, etal : el pensamiento enfermero. Barcelona: Masson, S.A., 1996:148.

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.⁸

A) ETAPA DE VALORACIÓN



Esta primera fase del proceso de enfermería tal vez es la más importante, ya que todo el plan se sustenta en la información obtenida: una valoración precisa conduce a la identificación del estado integral del paciente y a los temas y diagnostico de enfermería.¹

Primera etapa del 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.⁷

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.³

⁸ Nordmark MT Rohweder AW: Bases científicas de la enfermería. México: Ed. El manual Moderno, S.A. de C.V, 1997: 712.

¹ Alfaro le FR: aplicación del proceso enfermero. 4ª ed. España: Masson, S.A. 2002,274.

⁷ Fundamentos de enfermería/Susana Rosales Barrera, Eva Reyes Gomez.3ª ed. México: Editorial el manual

³ Ayer WP, et al. : proceso de enfermería y diagnostico de enfermería. 2ª ed. Interamericana-Mc Graw Hill, 1996:453.

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.⁹

Las enfermeras y enfermeros debemos poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son las convicciones del profesional que 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 así como los conocimientos profesionales que deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad.⁵

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.⁷

⁹ Bejarano PF. Jaramillo IF: morir con dignidad. Fundamentos del cuidado paliativo. Colombia: fundación omega.

⁵ Alfaro, R Le Faure: R (2003). Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración (5ª edición) NASSON. BARCELONA.

⁷ Fundamentos de enfermería/Susana Rosales Barrera, Eva Reyes Gomez.3ª ed. México: Editorial el manual Moderno, 2004.

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.¹⁰

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.³

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.⁷

¹⁰ Johnson M, Bulechek G, McCloskey DJ, Maas M, Moorheads: Diagnósticos enfermería, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC. España: Ed. Harcourt, S.A. 2002:518.

³ Ayer WP, et al. : proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. 2ª ed. Interamericana-Mc Graw Hill, 1996:453.

⁷ Fundamentos de enfermería/Susana Rosales Barrera, Eva Reyes Gomez.3ª ed. México: Editorial el manual Moderno, 2004.

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.¹¹

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 semi estructurados 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.¹

Técnicas verbales por medio del 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.⁷

¹¹ Carlos gispert, (2010)- Manual de enfermería- México: Océano Centrum

¹Alfaro le FR: aplicación del proceso enfermero. 4ª ed. España: Masson, S.A. 2002,274.

⁷ Fundamentos de enfermería/Susana Rosales Barrera, Eva Reyes Gomez.3ª ed. México: Editorial el manual Moderno, 2004.

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 y la forma de hablar.¹²

Para finalizar la entrevista y siguiendo a Briggs, J. (1985) y Gazda G.M. (1975) concretaremos 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. Pero Borrell (1989), nos aporta que no basta con comprender al cliente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente y otro donde 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.

Concreción: Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos y compartidos de la entrevista.²

¹² Kozier E.B: técnicas de enfermería. 4ª ed. México: Mc Graw- Hill interamericana, 1999: 1003.

² Orem DE: Modelo de OREM. Conceptos de enfermería en la práctica. España: Masson-Salvat. Enfermería, 1993:423.

b) La Observación

Es una habilidad de alto nivel que debe desarrollarse desde la formación académica, a través de todos los sentidos (vista, oído, tacto, olfato y gusto); con esta se llega a un diagnóstico presuntivo o certero, y se puede iniciar la planeación del proceso de enfermería. Esta herramienta se puede utilizar desde el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continúa 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.¹³

Un elemento importante es la observación con subjetividad y no la interpretación personal en relación con el paciente, para no distorsionar la realidad de lo que está sucediendo; algunos ejemplos son anotar "sonríe con frecuencia", y no la interpretación personal "irradia felicidad constantemente" o "se escucha el ruido de las fabricas" y no "existe un ambiente ruidos".⁶

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 los actos, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista.⁴

¹³ María de Jesús García González. (2002-2004). Proceso de enfermería. México. 1ª ed. Progreso.

⁶ Marriner –Tomey A: modelos y teorías de enfermería. 3ª ed. Mosby/Doyma. Libros, 1995:530.

⁴ Keronac S, MN, etal: el pensamiento enfermero. Barcelona: Masson, S.A., 1996:148.

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).¹⁴

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).

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.⁵

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.⁷

¹⁴ Martha raile alligood. Ann marriner tomey. (2001). Modelos y teorías en enfermería.españa.7ª ed. ELSEVIER MOSBY.

⁵ Alfaro, R Le Faure: R (2003). Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración (5ª edición) NASSON. BARCELONA.

⁷ Fundamentos de enfermería/Susana Rosales Barrera, Eva Reyes Gomez.3ª ed. México: Editorial el manual Moderno, 2004.

FASES DE LA VALORACIÓN DE DATOS

Validación de Datos

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). 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.¹⁵

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, 1972), o por patrones funcionales (Gordon, 1987), etc. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información.⁸

Los componentes de la valoración del paciente que hemos seleccionado como necesarios hoy en día son:

- Datos de identificación.
- Datos culturales y socioeconómicos.
- Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnosticas y los tratamiento prescritos.
- Valoración física
- Patrones funcionales de salud.⁶

¹⁵ Tazon AP, Lide AC, garcia-campayo J: enfermería ciencias psicosociales. Masson. Serie de manuales de enfermería 2000: 296.

⁸ Nordmark MT Rohweder AW: Bases científicos de la enfermería. México: Ed. El manual Moderno, S.A. de C.V, 1997: 712.

⁶ Marriner –Tomey A: modelos y teorías de enfermería. 3ª ed. Mosby/Doyma. Libros, 1995:530.

La valoración mediante patrones funcionales (funcionamiento) se realiza en términos mensurables y no abstractos (necesidades), en este sentido los patrones funcionales de salud facilitan la valoración, aunque no por ello hay que entender que la valoración de los patrones funcionales es opuesta a la valoración de necesidades; antes al contrario, se complementan, Tomás Vidal (1994).

Los diagnósticos de enfermería nos ayudan en la tarea de fundamentar los problemas detectados en las necesidades humanas, esto es, nos confirmarán la carencia de las necesidades básicas.¹⁶

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:

- 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.⁵

¹⁶ José ramón González navarro. Introducción al proceso de atención en enfermería. 2005. 4ª ed. OMEGA.

⁵ Alfaro, R Le Faure: R (2003). Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración (5ª edición) NASSON. BARCELONA.

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

El Proceso de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa 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 proceso de enfermería configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí.¹⁷

B) ETAPA DE DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de enfermería es una conclusión o enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud, los problemas y necesidades del paciente, que puede modificarse por la intervención del personal de enfermería para resolverlos y disminuirlos. El diagnóstico se deriva de la inferencia de datos confirmados por la valoración y de las percepciones, que una vez investigados, conduce a tomar decisiones.⁴

¹⁷ Norma oficial mexicana 040-SSA2-2004. En materia de información en salud.

⁴ Keronac S, MN, et al.; el pensamiento enfermero. Barcelona: Masson, S.A., 1996:148.

Las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

La dimensión **dependiente** de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito. ¹⁸

La dimensión **interdependiente** de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo.

Dimensión **independiente** de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.) ⁵

Los pasos de esta fase son:

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. ³

¹⁸ Potter .Perry. fundamentos de enfermería vol.1 2002 España. 5ª ed. Elsevier mosby.

⁵ Alfaro, R Le Faure: R (2003). Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración (5ª edición) NASSON. BARCELONA.

³ Iyer WP, et al.: Proceso de Enfermería y Diagnósticos de enfermería. 2ª ed. Interamerica-McGraw Hill, 1996: 453

Los elementos que integran los diagnósticos de enfermería son etiqueta o nombre, definición, características definitorias, manifestaciones clínicas (fisiológicas, conductuales, afectivas y cognitivas) y factores relacionados o de riesgo con etiología, ya sean causales o asociados (fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales).¹⁹

Básicamente, las partes del diagnóstico son dos: la **respuesta humana** en el contexto del diagnóstico que identifica como responde el paciente ante un estado de salud o enfermedad. Y los **factores relacionados** con la etiología, con el fin de impedir, reducir o mitigar una respuesta en el paciente; estos factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales son la causa que contribuya a la respuesta manifestada por el paciente. Siempre se unirán por frase “**relacionado con**”, lo que sugiere intervenciones de enfermería que pueden utilizarse para controlar la atención del paciente.¹¹

Tipos de diagnósticos:

La formulación diagnóstica de enfermería es indispensable en el quehacer profesional, y requiere de una práctica continua en el cuidado del paciente para que se traduzca en una habilidad y una competencia del personal de enfermería.

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

Diagnóstico 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).¹

¹⁹ Donna L. HARTWEG. Dorothea Orem. Déficit de autocuidado. 4ª ed. SAGE.

¹¹ Carlos Gispert, (2010)- Manual de enfermería- México: Océano Centrum

¹ Alfaro le FR: aplicación del proceso enfermero. 4ª ed. España: Masson, S.A. 2002,274.

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.

Diagnóstico de 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.

La descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).²⁰

Diagnóstico 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).¹⁰

Diagnóstico 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.⁵

²⁰ José Manuel ania palacios. Auxiliar de enfermería. Vol. 1 OSASUNBIDEA.MAD. 2006: 387.

¹⁰ Johnson M, Bulecher G, McCloskey DJ, Maas M, Moorhead S: Diagnósticos de enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC. España: Ed. Harcourt, S.A. 2002: 518.

⁵Alfaro, R Le Faure.R (2003) Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración (5ª edición) NASSON. BARCELONA.

Lo inherente a estos Diagnóstico 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:

Diagnostico 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.²¹

A la hora de escribir un Diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices:

Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.³

²¹ T. Heather heardman, PhD, RN. NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones by clasificaciones 2009-2011. ELSEVIER.

³ Iyer WP, et al.: Proceso de Enfermería y Diagnósticos de enfermería. 2ª ed. Interamerica-McGraw Hill, 1996: 453

C) ETAPA DE PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

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.

Las intervenciones de enfermería dependen de las características del diagnóstico, del resultado deseado por el paciente, viabilidad, aceptación y capacidad del personal de enfermería.²²



²² Alfaro, L. "aplicación del proceso de enfermería: guía practica" Ed. Doyma. España. 1996.

⁴ Keronac S, MN, et al.; el pensamiento enfermero. Barcelona: Masson, S.A., 1996:148.

Etapas en el plan de cuidados

Establecer prioridades en los cuidados. Selección. 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 humano.²³

La clasificación de prioridades es el proceso para establecer un orden de preferencias a los problemas más importantes en la distribución de los cuidados de enfermería. Este establecimiento no significa que un problema debe resolverse completamente antes de poder considerar otro, ya que los problemas suelen tratarse de manera simultánea. Sin embargo el hecho de elegir un diagnóstico como el más importante se basa en varios factores; como por ejemplo, los problemas que ponen en peligro la vida, como son el deterioro grave o la pérdida de la función cardíaca, circulatoria, respiratoria o neurológica, es por ello que una situación amenazante presente o inminente es prioritaria sobre una situación potencial de peligro para la vida. El establecimiento de prioridades se facilita con la puesta en marcha de teorías, modelos, conceptos y principios.²²

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.

Una vez que se han determinado y jerarquizado las prioridades, el personal de enfermería establecerá los objetivos que habrán de dar la pauta a seguir para abordar los problemas o diagnósticos del paciente. Trazarse objetivos es necesario, para permitir conocer específicamente lo que desea lograrse; es decir, un objetivo describe un resultado futuro de una acción particular, que permita identificar el que, como, cuando y quien del actuar de la enfermera y el paciente.¹⁴

²³ Carpenito, L. "manual de diagnósticos de enfermería", 5ª edición ed. Me. Graw hiil. Madrid. 1995.

²² Alfaro, L. "aplicación del proceso de enfermería: guía practica" Ed. Doyma. España. 1996.

¹⁴ Martha raile alligood. Ann marriner tomey. (2001). Modelos y teorías en enfermería.españa.7ª ed. ELSEVIER MOSBY.

Para la elaboración de los objetivos puede incluirse una o las tres áreas de acción: cognoscitiva, afectiva y psicomotriz, que permita tanto a la enfermera como al paciente comprender hacia que dirección va enfocada la atención para resolver su problema; es decir, los objetivos necesitan exponerse en términos del paciente y no de enfermería.²⁴

Lineamientos para la elaboración de objetivos:

- Deben estar centrados en el paciente y reflejar reciprocidad o empatía con las personas que apoyan su cuidado.
- Deben ser realistas, reflejando las capacidades y limitaciones del paciente.
- Deben ser realistas de acuerdo con el grado de habilidad y experiencia del personal de enfermería.
- Deben ser congruentes y dar apoyo a otras terapias que el paciente este recibiendo.
- Deben iniciarse con los lineamientos a corto plazo
- Deben ser observables y medibles
- Deben describirse en forma de resultados y logros a alcanzar y no como acciones de enfermería.¹³

Objetivos pueden ser a **corto plazo** son los resultados que pueden lograrse de forma favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Son adecuados para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia.¹¹

Los objetivos a **largo plazo** requieren de un tiempo largo y existen dos tipos: el primero abarca un periodo prolongado y requiere acciones continuas de enfermería que median directamente entre el objetivo y su logro; el segundo tipo es aquel que se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo.¹

²⁴ Pottes, P. "guía clínica de enfermería: valoración de la salud". 3ª edición. Ed. Mosby. España. 1995.

¹³ María de Jesús García González. (2002-2004). Proceso de enfermería. México. 1ª ed. Progreso.

¹¹ Carlos gispert, (2010)- Manual de enfermería- México: Océano Centrum

¹ Alfaro le FR: aplicación del proceso enfermero. 4ª ed. España: Masson, S.A. 2002,274.

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.²⁵ El plan de atención de enfermería se considera como el núcleo o centro del proceso de enfermería, ya que en el se plantea problemas, objetivos, acciones y respuestas y, por tanto, es el que dirige el actuar de la enfermera para asistir al paciente en la solución de problemas o para cubrir sus necesidades.¹⁹

Lineamientos para redactar planes de enfermera:

- El plan debe de tener fecha y firma de la enfermera responsable.
- Debe ser actual y flexible.
- Deben redactarse en términos del estado del paciente y de las acciones de enfermería para lograr las metas y objetivos.
- Deben expresarse en términos específicos, dando dirección a la conducta de la enfermera y del paciente
- Deben incluir aspectos preventivos, de promoción y rehabilitación, no solamente los de curación.
- Deben incluir la colaboración y coordinación de actividades con otros profesionistas que están al cuidado del paciente, o también con las mismas enfermeras.
- Los planes deben ordenarse en una secuencia apropiada basada en la prioridad o jerarquización de los problemas del paciente.
- Deben prescribir las medidas de acción de enfermería que deben basarse en principios científicos para propiciar una eficacia terapéutica.⁴

²⁵ Urosevich, P. et al."nursingphc tobook: examen y valoración del paciente en enfermería". Ed. Doyma. Barcelona.1983.

¹⁹ Donna L. HARTWEG. Dorothea Orem. Déficit de autocuidado. 4ª ed. SAGE.

⁴ Keronac S, MN, et al.; el pensamiento enfermero. Barcelona: Masson, S.A., 1996:148.

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.²⁶

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.¹⁶

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.¹⁸

²⁶ Potter, P.; bowen, M." estudio clínico integral" ed. Interamericana. Mexico.1985.

¹⁶ José ramón González navarro. Introducción al proceso de atención en enfermería. 2005. 4ª ed. OMEGA.

¹⁸ Potter .Perry. fundamentos de enfermería vol.1 2002 España. 5ª ed. Elsevier mosby.

D) ETAPA DE EJECUCIÓN

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado.

La ejecución es la aplicación real del plan de cuidados de enfermería al paciente, en forma integral y progresiva, en coordinación con el personal de salud que participa en su atención y sus familiares. En esta etapa debe continuar la comunicación terapéutica para identificar otras necesidades y problemas, resultados de las acciones planeadas y determinar modificaciones o posibles soluciones para su resolución. Esta fase del proceso de enfermería incluye cinco elementos: validación del plan, fundamentación científica en cada una de las acciones, otorgamiento de cuidados, continuidad y registro de estos.²⁷

Ejecución = Validar plan + Fundamentar + Brindar cuidados + Continuar + Registrar los Los cuidados enfermería los cuidados cuidados

Validación del plan de cuidados:

En la validación de todo plan de cuidados de enfermería, independientemente de la preparación y experiencia del personal que lo haya realizado, deberá intervenir personal de la misma disciplina y otros profesionistas del equipo de salud, según las necesidades o problemas del paciente para asegurar mayor éxito en su realización.²²

Fundamentación o razonamiento científico:

El conocimiento es la base para implementar las acciones de enfermería. La fundamentación científica describe y explica la base de esos cuidados. Además el fundamento se basa en teorías, modelos, esquemas y principios científicos de las ciencias naturales, de la conducta y de las humanidades.⁵

²⁷ Alfaro, R. aplicación del proceso enfermero. Guía paso a paso. 4ª ed. Springer-verlang.iberica.barcelona. 1999.

²² Alfaro, L. "aplicación del proceso de enfermería: guía practica" Ed. Doyma. España. 1996.

⁵ Alfaro, R Le Faure: R (2003). Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración (5ª edición) NASSON. BARCELONA.

Brindar cuidado de enfermería:

Una vez validado el plan de cuidados de enfermería y fundamentado científicamente, se procederá a su ejecución. Pero debe considerarse que el paciente puede presentar durante su atención en la comunidad o estancia hospitalaria, necesidades o situaciones inesperadas que alteren dicho plan para que realice las modificaciones pertinentes sin que esto altere la atención del paciente.²⁸

Continuidad del cuidado:

La ejecución de un plan de enfermería contribuye a la continuidad del cuidado del paciente por el personal de enfermería de diferentes niveles académicos y turnos de trabajo, ayuda en la continuidad consistente de la atención de enfermería, facilita la identificación de las metas y los objetivos a corto y largo plazo logrados y apoya la elaboración de una lista de las preferencias o expectativas del paciente para proponer enfoques de atención.¹

Registro de los cuidados:

Es un requisito legal que se convierte en un reporte permanente del paciente donde quedan plasmadas las evidencias de los diagnósticos, evaluación, tratamiento y cambios, centrados en los problemas reales, de riesgo, posibles o probables e interdependientes de acuerdo con los estándares o normas de cada institución de salud.

Estos registros deben ser claros, precisos, veraces, concisos, completos, para asegurar la continuidad y calidad de enfermería en los diferentes turnos, y que otros integrantes del equipo de salud conozcan con detalle y los considere en la atención interdisciplinaria que debe prestarse al paciente.⁴

²⁸ Ma. Carmen Gutiérrez a.,(2007). Adaptación y cuidado en el ser humano una visión de enfermería. 1ª ed. México: manual moderno.

¹Alfaro le FR: aplicación del proceso enfermero. 4ª ed. España: Masson, S.A. 2002,274.

⁴ Keronac S, MN, et al.; el pensamiento enfermero. Barcelona: Masson, S.A., 1996:148.

E) ETAPA DE EVALUACIÓN

La evaluación es el proceso de valorar o revalorar los progresos del paciente hacia los objetivos de salud, así como la calidad de atención que recibe por parte del personal de enfermería y otros profesionistas que intervienen en su cuidado.²⁹

Evaluación= Evaluación del logro + Revaloración o modificación De los objetivos del plan de cuidados

La evaluación tiene como propósitos:

- Determinar el adelanto del paciente para alcanzar las metas u objetivos establecidos.
- Juzgar la eficiencia de los planes, estrategias y cuidados de enfermería.

La evaluación debe ser un proceso continuo, formal y parte integral de cada uno de los componentes del proceso de enfermería, comenzando con la implementación, en donde el personal de enfermería observa la respuesta del paciente a los cuidados de enfermería y decide si los planes están ayudando o no al progreso de este.¹

Las actividades de la fase de evaluación son la evaluación del logro de los objetivos y la revaloración o modificación del plan.

La **evaluación del logro de los objetivos** se inicia con la valoración del paciente; esto significa que nuevamente se le tendrá que examinar y entrevistar para reunir datos de su **estado actual de salud o enfermedad**.⁶

²⁹ Wilkinson, (2009). Manual de diagnósticos de enfermería. 9ª ed. México. Pearson.

¹ Alfaro le FR: aplicación del proceso enfermero. 4ª ed. España: Masson, S.A. 2002,274.

⁶ Marriner –Tomey A: modelos y teorías de enfermería. 3ª ed. Mosby/Doyma. Libros, 1995:530.

La **revaloración o modificación del plan** se realiza cuando se identifican algunas variables que impidieron la ejecución del plan y que afectaron el logro de los objetivos. Así se fijan objetivos nuevos y realistas que permitan identificar nuevas intervenciones o cambiar el entorno o momento de estos.³⁰

El proceso de evaluación es un factor clave para determinar estándares, protocolos, normas y procedimientos que ayudaran al personal de enfermería a proporcionar cuidados de calidad, ya que estos han sido valorados, planificados y sistematizados, así como a promover y realizar continuamente la investigación en enfermería. Así pues, la evaluación sirve para identificar aquellas estrategias eficaces y puede promover la investigación en enfermería.³

³⁰ Nanda internacional, (2010). Diagnósticos enfermeros. 1ª ed. México. Mosby.

³ Iyer WP, et al.: Proceso de Enfermería y Diagnósticos de enfermería. 2ª ed. Interamerica-McGraw Hill, 1996: 453.

5.2 TEORÍA DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

El arte de cuidar data desde tiempos remotos; en un inicio este solo era atribuido a la mujer pues esta representaba el papel de cuidadora. En 1859 Florencia Nightingale sentó las bases de la enfermería profesional y a partir de ese momento surgen o nacen nuevos modelos donde cada uno de ellos aporta una Filosofía de entender a la enfermería y el cuidado.³¹ Se realizó una revisión bibliográfica de varios autores para abordar de forma integral la influencia que ejerce la teórica Dorotea Orem en la enfermería cubana. Además se tomaron datos de un paciente ingresado en el servicio de Otorrinolaringología en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Diez de Octubre El objeto de estudio de la enfermería es el cuidar (cuidado del paciente y el auto cuidado del mismo) punto fundamental al que Dorotea Orem encaminó su teoría. Orem nació en Baltimore, y se educó con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl Se graduó en 1930. Dentro de su trayectoria como teórica no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica. La enfermería ha sido hasta hace pocos años una ocupación basada en la experiencia práctica y en los conocimientos adquiridos empíricamente a través de la repetición continuada de las acciones. Esta concepción de enfermería conducía a que los profesionales centraran exclusivamente su atención a la adquisición de los conocimientos necesarios para desarrollar determinadas técnicas, derivadas en su mayoría del quehacer profesional de otras disciplinas.⁴

³¹ Boyer, (2009). Matemáticas para enfermería. 2ª ed. México. Manual moderno.

⁴ Keronac S, MN, et al.; el pensamiento enfermero. Barcelona: Masson, S.A., 1996:148.

El primer intento en definir cuál es el aporte específico de la enfermería al cuidado de la salud fue el de Florencia Nightingale, al asentar las bases de la enfermería profesional en 1859.²²

Fueron realmente muchas las teóricas de enfermería que se dedicaron a crear y a estudiar modelos de atención de enfermería con una convicción naturalista, muchas lograron identificar necesidades humanas y otras como Dorothea Orem crearon modelos de auto cuidado para garantizar la atención al paciente. En el desempeño de su profesión Orem trabajo como enfermera privada, enfermera hospitalaria y ejercito la docencia. Desde 1940-1949 fue directora de la escuela de enfermería y del departamento de enfermería del Province Hospital de Detroit. Tras abandonar esta ciudad, pasó siete años (1949-1957) en Indiana, donde trabajó en División de servicios Hospitalarios e Institucionales del Board of Health del Estado de Indiana .Siendo en esta época cuando perfiló su definición de la práctica de la enfermería.³²

En 1957 se traslado a Washington DC, contratada por el Departamento de Sanidad, Educación y Bienestar del Office of Educación de los Estados Unidos, como asesora de programas de estudios, desde 1958 hasta 1960. Durante su permanencia en este departamento trabajó en un proyecto para mejorar la formación en enfermería práctica, lo que la indujo a plantearse cual era verdaderamente el ámbito de interés de esta disciplina. La respuesta a esta pregunta se encuentra en su manual Guidelines for Developing Curricular for the Education of Practical Nurses, publicada en 1959. En este mismo año, Orem se convirtió en profesora adjunta de enfermería en The Catholic University of América. Mas tarde ejerció como decana en funciones de la Escuela de Enfermería de esta universidad y como profesora asociada de educación de enfermería.²

²² Alfaro, L. "aplicación del proceso de enfermería: guía practica" Ed. Doyma. España. 1996.

³² Nordmark.(2003). Bases científicas de la enfermería. 2ª ed. Manual moderno.

² Orem DE: Modelo de OREM. Conceptos de enfermería en la práctica. España: Masson-Salvat. Enfermería, 1993:423.

Durante su estancia en The Catholic University siguió depurando sus conceptos de enfermería y auto cuidado .Allí escribió ‘‘The Hope of Nursing’’ 1962,publicada en el Journal of Nursing Education .En 1970 abandono The Catholic University y fundó su propia empresa de consultoría, llamada Orem and Shield, Inc, con sede en chevy chase, Maryland. El primer gran libro de Orem, publicado en 1971 fue Nursing: Concepts of Practice, seguido de Concept Formalization in Nursing: Process and Product. y desde allí en adelante desarrolla las teorías y subteorías que componen este modelo, de gran difusión y aplicación en nuestra época.³³

Orem tuvo una intuición acerca de por qué los individuos necesitan la ayuda de la enfermería y pueden ser ayudados a través de ella. La refección sobre este tema le proporciono los conocimientos necesarios para formular y expresar su concepto de enfermería. Dentro de su trayectoria como teorista no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica.²

Las teorías o modelos de enfermería están basadas en cuatro aspectos o elementos fundamentales:

- Persona
- Salud
- Entorno
- Cuidado (Rol Profesional o de Enfermería).⁴

³³ Taylor, S.(2007). Dorothea E. Orem: teoría del déficit del autocuidado en merriner, A y Raile, M., Modelos y teorías en enfermería. Barcelona: Elsevier.

² Orem DE: Modelo de OREM. Conceptos de enfermería en la práctica. España: Masson-Salvat. Enfermería, 1993:423.

⁴ Keronac S, MN, et al.; el pensamiento enfermero. Barcelona: Masson, S.A., 1996:148.

Dorotea Orem definió el concepto de persona, salud y enfermería como:

Concepto de persona: Ser que funciona biológica, simbólica y socialmente y que presenta exigencias de auto cuidado universal, de desarrollo y ligados a desviaciones de la salud. Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Entendida como un todo integrado, “agente” con capacidad potencial para satisfacer sus propias necesidades de auto cuidado o las necesidades de la persona que depende de él, en uno o mas de los tres grupos de requisitos de auto cuidado. Como tal es afectado por el entorno Y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su auto cuidado.³⁴

Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante.

Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de auto cuidado y el cuidado dependiente.⁷

Concepto de Salud: Es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos.

El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.²

³⁴ Amaro cano MC Núñez M. la Florence Nightingale. Rev. Cubana enfermería 1996.

⁷ Fundamentos de enfermería/Susana Rosales Barrera, Eva Reyes Gomez.3ª ed. México: Editorial el manual Moderno, 2004.

² Orem DE: Modelo de OREM. Conceptos de enfermería en la práctica. España: Masson-Salvat. Enfermería, 1993:423.

Concepto de Enfermería: Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su auto cuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Existe un *déficit de auto cuidado* cuando la demanda de acción es superior a la capacidad de la persona para actuar y cubrir los requisitos de auto cuidado por lo que se hace necesaria la intervención enfermera, convirtiéndose en *agente de cuidado* y actuando en tres tipos de sistemas:

- *Sistema de compensación total:* Se actúa en lugar de la persona realizando todas las acciones necesarias.
- *Sistema de compensación parcial:* La enfermera y la persona participan en el auto cuidado. Dependiendo de las capacidades y la destreza del individuo, la enfermera sustituye sus limitaciones o incapacidades.
- *Sistema de apoyo/enseñanza:* Con actividades de educación sobre las habilidades que satisfagan sus necesidades de auto cuidado.²⁹

Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por si mismo, acciones de auto cuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta. Coincido con la autora en las definiciones elaboradas por ella ya que la persona tiene que ser visto como un ser holístico y por ende desde el punto de vista biológico y social.⁶

²⁹ Wilkinson, (2009). Manual de diagnósticos de enfermería. 9ª ed. México. Pearson.

⁶ Marriner –Tomey A: modelos y teorías de enfermería. 3ª ed. Mosby/Doyma. Libros, 1995:530.

Aunque ella no hizo una definición del entorno no lo omitió en ningún momento ya que al definir el concepto de persona dijo que este es afectado por el entorno y a partir de las modificaciones del mismo, el ser humano es capaz de actuar, es decir que ella conocía que el entorno, la persona y la salud estaban estrechamente relacionados.

Orem define el **objetivo de la enfermería** como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de auto cuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.¹

El concepto de **auto cuidado** refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud.

Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.⁴

Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de auto cuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el auto cuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo. La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede auto cuidarse.²²

¹Alfaro le FR: aplicación del proceso enfermero. 4ª ed. España: Masson, S.A. 2002,274.

⁴ Keronac S, MN, et al.: el pensamiento enfermero. Barcelona: Masson, S.A., 1996:148.

²² Alfaro, L."aplicación del proceso de enfermería: guía practica" Ed. Doyma. España. 1996.

Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- 1.- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
- 2.- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
- 3.- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
- 4.- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.
- 5.- Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo con colostomía en cuanto a la higiene que debe realizar.²⁷

a) Teoría del Autocuidado: En la que explica el concepto de auto cuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El auto cuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida , salud o bienestar".²²

Define además tres **requisitos de auto cuidado:** Un requisito de auto cuidado es un concepto formulado y expresado sobre las acciones que se debe llevar a cabo por que se sabe o se supone que son necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas.⁵

²⁷ Alfaro,R. aplicación del proceso enfermero. Guía paso a paso. 4ª ed. Springer-verlang.iberica.barcelona. 1999.

²² Alfaro, L. "aplicación del proceso de enfermería: guía practica" Ed. Doyma. España. 1996.

⁵ Alfaro, R Le Faure.R: R (2003). Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración (5ª edición) NASSON. BARCELONA.

Un requisito de auto cuidado formulado comprende dos elementos:

1. El factor que se debe controlar para que se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humano en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personal.
2. La naturaleza de la acción requerida.

Los requisitos de auto cuidado formulados y expresados representan los objetivos formalizados del auto cuidado. Son las razones por la que se emplea el auto cuidado; expresan, los resultados deseados. ²⁶ Entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el auto cuidado:

-Requisitos de auto cuidado universal: Los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el auto cuidado o el cuidado dependiente tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del ciclo vital. Se supone ocho requisitos comunes para los hombres, las mujeres y niños:

1. El mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
3. El mantenimiento suficiente de un aporte de agua.
4. La provisión de cuidado asociados con los procesos de eliminación
5. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el desarrollo.
6. El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad
7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.¹⁶

²⁶ Potter, P.; Bowen, M. " estudio clínico integral" ed. Interamericana. Mexico. 1985.

¹⁶ José Ramón González Navarro. Introducción al proceso de atención en enfermería. 2005. 4ª ed. OMEGA.

8. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal. La normalidad se define como aquello que es esencialmente humano y es acorde con las características genéticas y constitucionales y con el talento de personas.¹⁶

- **Requisitos de auto cuidado del desarrollo:** Promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez. Hay tres conjuntos de requisitos de auto cuidado de desarrollo:

- Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo
- Implicación en el autodesarrollo.
- Prevenir o vencer los efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa al desarrollo humano.¹⁸

-**Requisitos de auto cuidado de desviación de la salud**, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

Estos requisitos de auto cuidado existen para aquellas personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades y para los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico.

Las características e la desviación de la salud como condiciones que se expanden a lo largo del tiempo determinan los tipos de exigencias de cuidado que precisan las personas, ya que conviven con los efectos de estado patológicos y viven mientras ellos duran. la enfermedad o la lesión no solo afecta a una estructura específica y a los mecanismos psicológicos o fisiológicos, si no también el funcionamiento humano integral.²⁵

¹⁶ José ramón González navarro. Introducción al proceso de atención en enfermería. 2005. 4ª ed. OMEGA.

¹⁸ Potter .Perry. fundamentos de enfermería vol.1 2002 España. 5ª ed. Elsevier mosby.

²⁵ Urosevich, P. et al."nursingphc tobook: examen y valoración del paciente en enfermería". Ed. Doyma. Barcelona.1983.

b) Teoría del déficit de auto cuidado: La idea central de la teoría de déficit de auto cuidado es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativa a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud.²⁵

El déficit de auto cuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado. Es un concepto abstracto que, cuando se expresa en términos de limitaciones, ofrece guías para la selección de los métodos que ayudaran a comprender el papel del paciente en el auto cuidado. Están constituidas por el conjunto de medidas de cuidado necesarias en ciertos momentos o durante un cierto tiempo para cubrir todas las necesidades conocidas de auto cuidado de una persona. En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el auto cuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.¹⁹

c) Teoría de los sistemas de enfermería: Señala que la enfermería es una acción humana; los sistemas enfermeros son sistemas de acción formados por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad enfermera, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el auto cuidado o en el cuidado dependiente. Las actividades de enfermería incluyen los conceptos de acción deliberada que abarcan las intenciones y las actividades de diagnóstico, la prescripción y la regulación.⁴

²⁵ Urosevich, P. et al. "nursingphc tobook: examen y valoración del paciente en enfermería". Ed. Doyma. Barcelona.1983.

¹⁹ Donna L. HARTWEG. Dorothea Orem. Déficit de auto cuidado. 4ª ed. SAGE.

⁴ Keronac S, MN, et al.; el pensamiento enfermero. Barcelona: Masson, S.A., 1996:148.

Los sistemas enfermeros pueden ser elaborados para personas, para aquellos que constituyen una unidad de cuidado dependiente, para grupos cuyos miembros tienen necesidades terapéuticas de auto cuidado con componentes similares o limitaciones similares que les impide comprometerse a desempeñar un auto cuidado o el cuidado dependiente, o para familiares u otros grupos multipersonales.¹⁰

En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- **Sistemas de enfermería totalmente compensadores:** La enfermera supe al individuo.

- **Sistemas de enfermería parcialmente compensadores:** El personal de enfermería proporciona auto cuidado.

- **Sistemas de enfermería de apoyo-educación:** La enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de auto cuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.⁵

¹⁰ Johnson M, Bulecher G, Mc Closkey DJ, Maas M, Moorhead S: Diagnósticos de enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC. España: Ed. Harcourt, S.A. 2002: 518.

⁵Alfaro, R Le Faure.R (2003) Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración (5ª edición) NASSON. BARCELONA.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión arterial, que académicamente podría definirse como una elevación crónica de la presión arterial sistólica y/o diastólica, constituye con toda probabilidad la enfermedad crónica más frecuente. No obstante, todos los estudios epidemiológicos sobre la presión arterial de una población, han demostrado una distribución superponible a la distribución normal, en la cual resulta difícil saber que niveles tensionales son normales y cuáles elevados, por lo que la distinción entre normotensión e hipertensión es puramente arbitraria.³⁵ Dentro de esta arbitrariedad es posible definir la hipertensión como un aumento desproporcionado de las cifras tensionales en relación con la edad, ya que aumentan con ella. Los niveles absolutos de presión arterial varían no sólo con la edad, sino también con el sexo, la raza y muchos otros factores. Así, aumenta con el ejercicio físico y psíquico, el frío, la digestión y la carga emocional. Además, se debe tener en cuenta que la presión arterial no es cuantitativamente fija, sino que varía mucho durante el día tanto en normotensos como en hipertensos. La principal importancia clínica de la hipertensión no es que sea una enfermedad en el sentido habitual de la palabra, sino que indica un futuro riesgo de enfermedad vascular, el cual es, en principio, controlable con el descenso de aquella.³⁶

Las *enfermedades cardiovasculares* constituyen la *primera causa de muerte* en países desarrollados y en muchos países del tercer mundo. La hipertensión arterial (HTA) constituye en la actualidad la enfermedad crónica más frecuente en la humanidad. Está identificada como un problema de salud a escala mundial por ser una de las primeras causas básicas de morbilidad y mortalidad en la población mayor de 15 años de edad, así como por su papel principal como factor de riesgo para el accidente cerebro vascular y la enfermedad coronaria.³⁷

³⁵ Sosa J. programa nacional de hipertensión arterial en el J. programa de hipertensión arterial 1995; 1(3): 138-40.

³⁶ Sokolow M. Cardiología clínica 3ª edición México: edit. El manual moderno, 1998.

³⁷ Ramzi S. Cotran-vinay kamar-Tucker Collins. Patología estructural y funcional. 6a edición. Editorial robbins.

La Hipertensión Arterial (HTA) fue considerada por muchos, antes del descubrimiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, como la gran epidemia del siglo XX y en la actualidad es considerada como síndrome, enfermedad y factor de riesgo vascular.

Nadie puede afirmar con absoluta certeza cuando aparece por primera vez la hipertensión arterial en la historia de la humanidad, en opiniones generalizadas se trata de una enfermedad relativamente moderna de la civilización. El más fuerte apoyo de su origen radica posiblemente en interrelaciones genético-ambientales en los que están involucrados los genes de nuestro antiguo genoma adaptado de cazadores recolectores y al ambiente de nuestro nuevo mundo creado por el ser humano, la hipertensión es una respuesta a la novedad ambiental.³⁸

La Hipertensión Arterial (HTA) avanza en el mundo y cada vez es mayor el número de personas que resultan dañadas en su calidad de vida por este síndrome que es considerado como la enfermedad crónica más frecuente en el adulto, además se considera la entidad cardiovascular más entendida y principal responsable de los estimados 12.000 000 de accidentes cardiacos y vasculares diagnosticadas cada año en el mundo. La importancia de la hipertensión arterial (HTA) está determinada por su elevada prevalencia, por constituir un reconocido factor de riesgo cardiovascular y por el enorme impacto negativo que para la salud de la comunidad esto representa.

Todos coinciden en que se trata de una enfermedad frecuente, fácil de detectar y de tratar, asintomática en ocasiones; pero que sin embargo, cursa con complicaciones graves y potencialmente mortales si no se corrigen a tiempo las cifras normalmente elevadas de presión arterial. Ha sido reconocida como el marcador de riesgo cardiovascular mayor o más nocivo, y existe la evidencia de que la elevación de la PA incrementa la probabilidad de enfermedad isquémica del corazón, de apoplejías, de aterosclerosis y de mortalidad total.³⁹

³⁸ Harrison principios de la medicina interna 17 edición

³⁷ Ramzi S. Cotran-vinay kamar-Tucker Collins. Patología estructural y funcional. 6a edición. Editorial robbins

³⁹ Norma M. Kaplan. Manual de hipertensión arterial. 10ª edición. editorial lippincott & wilkins 2010

Es considerada un problema de salud comunitaria por su elevada trascendencia sanitaria, económica y social.

Constituye la tercera parte de los motivos de consulta en la atención primaria, el primero entre todas las afecciones crónicas y además, origina un alto número de personas con incapacidad laboral. Aunque no hay un umbral estricto que permita definir el límite entre el riesgo y la seguridad, de acuerdo con consensos internacionales.

En los últimos tiempos se ha demostrado que las cifras de presión arterial que representan riesgo de daño orgánico son aquellas por encima de 140 Milímetros de Mercurio (mmHg) para la presión sistólica y de 90 Milímetros de Mercurio (mmHg) para la presión diastólica, cuando éstas se mantienen en forma sostenida.⁴⁰

El diagnóstico se hace en base a la toma de valores patológicos en horas diferentes, en condiciones óptimas o una sola toma con valores tensionales mayores de 160 /100 mmHg.

Sin duda en los últimos veinte años se ha esclarecido mucho acerca de la enfermedad vascular, y se han identificado con bastante claridad factores que de manera independiente o concurrente aumentan en forma directa la probabilidad de padecer esta enfermedad y de sufrir uno de sus desenlaces clínicos; ellos son los bien llamados factores de riesgo, de los cuales el más importante es la Hipertensión arterial (HTA).⁴¹

⁴⁰ Morales G. definición y criterios de clasificación de la hipertensión arterial. Guías de tratamiento de la OMS y la sociedad internacional de hipertensión arterial 1995.

⁴¹ Dueñas A. educación al paciente hipertenso. La habana: editorial ciencias medicas 1995.

La hipertensión arterial (HTA) es un síndrome multifactorial de origen genético muy fácil de diagnosticar y de difícil control en el mundo. Que son las grandes causas de muerte en el mundo civilizado - dependen del mismo y la HTA a su vez interviene en la patogénesis de ambas afecciones y de la insuficiencia renal.

Por lo tanto no cabe duda que la HTA es uno de los problemas de salud más importantes de la medicina contemporánea y el control de la misma es la piedra angular sobre la que hay que actuar para disminuir la morbilidad y la mortalidad.

A pesar de los progresos obtenidos en la detención y el tratamiento de la HTA, su prevalencia continúa elevada en la población urbana y rural la cual alcanzó el 33,3% y el 15%, respectivamente en la última encuesta nacional.⁴²

MECANISMOS DE HIPERTENSION

Para contar con un esquema conceptual que le permita conocer la patogenia y las opciones terapéuticas de cuadros hipertensivos, deben entender los factores que intervienen en la regulación de la presión arterial normal y su incremento. Otros factores determinantes de la presión arterial son el gasto cardiaco y la resistencia periférica. El gasto del corazón se calcula por medio del volumen sistólico y la frecuencia cardiaca. El volumen sistólico depende de la contractibilidad del miocardio y el volumen del compartimiento vascular. La resistencia periférica se calcula por medio de los cambios funcionales y anatómicos en arterias finas (con calibre interior de 100 a 400µm) y arteriolas.⁴³

⁴² Grima A. Jover P. prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular clásicos de una población laboral 1999.

⁴³ Braun wald: Harrison principios de la medicina interna. México: interamericana 1989.Pag 1261-7.

FISIOPATOLOGÍA.

La mayoría de los pacientes con hipertensión (estimados en >95%) tienen hipertensión primaria (es decir, "esencial"). Es difícil establecer el índice preciso de prevalencia de hipertensión secundaria, en su mayor parte debido a la estrecha asociación de la obesidad, apnea del sueño, e hipertensión. El sesgo de la selección en series de casos publicados por especialistas también infla los índices de prevalencia de formas secundarias de hipertensión.

En pacientes con hipertensión secundaria, el tratamiento estándar es, a menudo, relativamente inefectivo y la presencia de "hipertensión resistente", es una clave importante para que el médico realice estudios diagnósticos adicionales para descartar formas secundarias de hipertensión.

En la hipertensión secundaria y primaria (esencial), existe una red multifactorial de mecanismos que sostiene la elevación de la presión arterial con el transcurso del tiempo.⁴⁴

Los componentes de esta red fisiopatológica indican que hay tres factores claves que desempeñan por lo menos un rol permisivo: hiperactividad del Sistema Nervioso Simpático (SNS) hiperactividad del Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona (SRAA) y regulación anormal renal de la sal-volumen. Estos tres sistemas son blancos importantes de la terapia medicamentosa antihipertensivo. El SNS regula fisiológicamente la presión arterial causando vasoconstricción e incrementando la frecuencia cardíaca, la contractilidad cardíaca (inotropismo), y la resistencia vascular sistémica. En la hipertensión crónica, el SNS nunca está completamente suprimido y el efecto inapropiadamente alto del SNS interactúa con la actividad inapropiadamente elevada del SRAA para mantener niveles inapropiados de la presión arterial. Estas interacciones presoras son exacerbadas adicionalmente por la tendencia del riñón hipertenso a causar expansión volumétrica a través de retención excesiva de sal y agua, que ocurre a pesar de una presión de perfusión renal aumentada.⁴⁵

⁴⁴ Hernández Alberto. Fisiopatología de la hipertensión arterial esencial. Modelo instructivo. 1994 pág. 1-10.

⁴⁵ Gayton A.C.: tratado de la fisiología médica. 8va ed. Nueva york interamericana pág. 204-27, 1992.

La remodelación patológica de los vasos sanguíneos también contribuye a la hipertensión crónica. A nivel de los vasos sanguíneos grandes, el daño acumulativo de toda una vida de carga pulsátil aumentada causa rigidez de la aorta y arterias centrales, incrementando de este modo la presión sistólica y la presión de pulso. A nivel de micro circulación, la hipertrofia del músculo liso arteriolar sostiene el incremento en la resistencia vascular sistémica. Desde una perspectiva hemodinámica global, la hipertensión crónica es una mezcla de aumento inapropiado en la precarga, gasto cardíaco y pos carga. El daño de órgano blanco inducido por la hipertensión, causa consecuencias manifiestas de enfermedad, como enfermedad renal crónica, accidente cerebro vascular, angina, infarto del miocardio, hipertrofia ventricular izquierda, falla cardíaca, enfermedad arterial periférica, retinopatía, y demencia.^{41}}

⁴¹ Dueñas A. educación al paciente hipertenso. La habana: editorial ciencias medicas 1995.

Causas más frecuentes de hipertensión:

1. Hipertensión sistólica y diastólica

-Hipertensión esencial (80-95% de todos los casos)

-Hipertensión secundaria:

Renal

- Enfermedades parenquimatosas
- Glomerulonefritis aguda y crónica
- Nefritis crónica: pielointersticial, hereditaria, irradiación, etc.
- Riñón poli quístico
- Retención primaria de sodio (síndromes de Liddle, y de Gordon)

Endocrina

- Síndrome de Cushing
- Hiperaldosteronismo primario
- Hiperplasia suprarrenal congénita
- Hipotiroidismo
- Hiperparatiroidismo

Exógena

- Anticonceptivos orales (estrógenos)
- Glucocorticoides
- Mineral corticoides: regaliz, pomadas
- Simpaticomiméticos

Neurógena (afecta reflejos vasomotores)

- Psicógena
- Aumento brusco de la presión intracraneal (Triada de Cushing)
- Acidosis respiratoria
- Encefalitis
- Tumor cerebral (secreta catecolaminas)
- Isquemia cerebral
- Síndrome de Guillan-Barré⁴⁶

⁴⁶ Wingarden J.B Cecil. Tratado de medicina interna 19 ed. México: nueva editorial interamericana, 1994. Pág. 290-295.

Otros

- Policitemia
- Aumento del volumen intravascular
- Quemados
- Síndrome carcinoide
- Intoxicación por plomo
- Abuso de alcohol

3. *Hipertensión sistólica con aumento de la presión del pulso*

- Gasto cardíaco aumentado
- Fístula arteriovenosa
- Insuficiencia de válvula aórtica
- Tirotoxicosis
- Enfermedad de Paget
- Circulación hipercinética
- Distensibilidad disminuida de la aorta (arteriosclerosis).⁴¹

Manifestaciones clínicas:

Los síntomas de HAS como motivo de consulta pueden ser: cefalea, disnea, "mareo" y trastornos de la visión. La cefalea la mayoría de las veces no tiene relación alguna con el nivel tensorial; es propia de PA diastólicas >110 mmHg; se localiza en la región occipital, sobre todo en individuos jóvenes, y aparece al despertar por la mañana (a veces despierta al paciente) y desaparece a menudo espontáneamente al cabo de horas. En ocasiones, los pacientes refieren disnea, mareo es frecuente en hipertensos no tratados, la visión borrosa puede estar causada por una retinopatía hipertensiva grave. Otras manifestaciones son epistaxis, acufenos, palpitaciones, fatiga muscular e impotencia. Pueden presentarse datos de isquemia cerebral transitoria. Muy a menudo el paciente refiere nicturia.⁴³

⁴¹ Dueñas A. educación al paciente hipertenso. La habana: editorial ciencias medicas 1995.

⁴³ Braun wald: Harrison principios de la medicina interna. México: interamericana 1989.Pag 1261-7.

Factores de Riesgo:

Tabaco

Dislipemia

Diabetes mellitus

Edad > 60 años

Hombres y mujeres post menopáusicas⁴⁷

Clasificación de la hipertensión arterial según los criterios de la OMS

<u>CATEGORÍA</u>	<u>PA DIASTÓLICA (mmHg)</u>
LIGERA	90 - 104
MODERADA	105 - 114
SEVERA	>115

Clasificación de la hipertensión arterial de acuerdo al Comité Nacional Conjunto Americano en Detección, Evaluación y Tratamiento de la HTA (JNC) que periódicamente emite informes de actualización sobre HTA y su tratamiento.⁴³

<u>CATEGORÍA</u>	<u>PAS (mmHg)</u>	<u>PAD (mmHg)</u>
	NORMOTENSIÓN	
Normal	< 130	< 85
Normal alta	130 - 139	85-89
HIPERTENSIÓN		
Estadío I (ligera)	140 - 159	90-99
Estadío II (moderada)	160 - 179	100-109
Estadío III (severa)	180 - 209	110-119
Estadío IV (muy severa)	> 210	> 120
HTA sistólica aislada	> 140	< 90

⁴⁷ Campo C, Ruilope L.M. angiotensina II e hiperactividad simpase en el riesgo cardiovascular ligado a hipertensión, medicina general. 2001; diciembre 1005-1006.

⁴³ Braun wald: Harrison principios de la medicina interna. México: interamericana 1989.Pag 1261-7.

Estadio I. No repercusión.

Estadio II. Alguno de los siguientes signos:

- Hipertrofia ventricular izquierda
- Estrechamiento generalizado y focal de las arterias retinianas
- Proteinuria y/o ligera elevación de la creatinina plasmática (1,2-2 mg/dL)
- Placas ateroscleróticas en algún nivel

Estadio III. Síntomas o signos no presentes en Estadio II:

- Cardiopatía isquémica. Insuficiencia cardíaca
- ACV o AIT. Encefalopatía hipertensiva
- Exudados y hemorragias retinianas. Edema de papila
- Creatinina > 2 mg/dL
- Arteriopatía. Aneurisma.⁴³

DIAGNÓSTICO

La confirmación diagnóstica propiamente dicha, la exclusión de una causa conocida de HTA (diagnóstico etiológico) y la estratificación del riesgo individual. Es un aspecto importante por las repercusiones del diagnóstico de HTA. Es frecuente encontrar pacientes con cifras ocasionalmente altas de TA que posteriormente no se confirman. Es llamativo que en grandes estudios que utilizan una metodología apropiada para la selección de los pacientes, en el seguimiento del grupo asignado se observa una normalización de la presión arterial en un 20-30% de los casos. Para limitar en lo posible el sobre-diagnóstico hay que seguir las siguientes recomendaciones:

1. Salvo cifras de PA iguales o superiores a 180/110, no se debe hacer el diagnóstico de HTA hasta haberlo confirmado en dos o más visitas posteriores.⁴⁵

⁴³ Braun wald: Harrison principios de la medicina interna. México: interamericana 1989.Pag 1261-7.

⁴⁵ Gayton A.C.: tratado de la fisiología médica. 8va ed. Nueva york interamericana pág. 204-27, 1992.

Realizar seguimiento posterior.

2. En cada visita hacer dos o más lecturas consecutivas, separadas por dos minutos y promediarlas. Si las primeras dos lecturas difieren en más de 5 mmHg hay que hacer mediciones adicionales y promediarlas.

Más de un 90% de las HTA son esenciales. Pero hay que excluir de forma sistemática la posibilidad de HTA secundaria, atribuible a una causa conocida, en muchas ocasiones corregible. Apoyan el diagnóstico de HTA esencial los antecedentes familiares, su comienzo gradual a la edad de 35-50 años y la presencia de factores de riesgo de HTA (alcohol, sal, obesidad, sedentarismo).⁴³

Se debe sospechar HTA secundaria en las siguientes circunstancias:

1. Edad de aparición antes de los 20 años o después de los 50
2. HTA mayor de 180/110 en ausencia de historia familiar.
3. Datos clínicos que sugieran HTA secundaria (historia familiar de enfermedad renal, PA variable con taquicardia y sudor, Soplo abdominal, Hipokalemia, etc.)
4. Lesión orgánica importante: fondo de ojo (retinopatía hipertensiva grados III-IV), creatinina en plasma de 1,5-3 mg/dL, cardiomegalia, proteinuria, etc.
5. HTA que se agrava de forma inexplicable.
6. HTA acelerada o maligna.
7. HTA de comienzo agudo.³⁷

TRATAMIENTO

La normalización de la presión arterial se obtiene, en algunos casos, con modificaciones en el estilo de vida y, mientras que en otros, es necesario el agregado de medicamentos. En ambas situaciones, es necesaria la educación del paciente y de su ámbito familiar, para lograr un buen cumplimiento del tratamiento.⁴⁷

⁴³ Braun wald: Harrison principios de la medicina interna. México: interamericana 1989.Pag 1261-7.

³⁷ Ramzi S. Cotran-vinay kamar-Tucker Collins. Patología estructural y funcional. 6a edición. Editorial robbins

⁴⁷ Campo C, Ruilope L.M. angitensina II e hiperactividad simpase en el riesgo cardiovascular ligado a hipertensión, medicina general. 2001; diciembre 1005-1006.

El impedimento para llevar un control de la hipertensión arterial es el **abandono del tratamiento**. Las medidas que procuran disminuirlo son:

Explicar al paciente la importancia de tomarse el medicamento, teniendo en cuenta las opciones adecuadas de tratamiento. Hacerle saber que la hipertensión arterial (HA) probablemente dure toda su vida y que el abandono del tratamiento ocasionará que la presión arterial se eleve nuevamente. Informarle que las complicaciones no aparecerán ni progresarán si cumple el tratamiento. **Modificar el estilo de vida**. En todos los hipertensos deberán indicarse modificaciones del estilo de vida. Por sí solas pueden normalizar la PA en algunos hipertensos, y en todos contribuyen al descenso de la misma y a mejorar la eficacia antihipertensivo de los fármacos.

Modificaciones del estilo de vida como:

- Reducción de peso (si hay obesidad o sobrepeso)
- Reducción de la ingesta de sodio
- Reducción de la ingesta de alcohol
- Ejercicio aeróbico regular
- Abandono del tabaquismo⁴⁸

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

DIURÉTICOS

Generalmente, el primer medicamento de elección en la HTA es un diurético. Aumenta la eliminación de orina y sal del organismo, lo que sirve para bajar la TA, tanto por el líquido perdido como porque así disminuye la resistencia al flujo sanguíneo de los vasos del organismo. Sin embargo, las tiazidas pueden aumentar el nivel de colesterol sanguíneo.⁴³

Indicaciones de los diuréticos:

⁴⁸ Kaschinsky G. y Haulman, 1973. Manual de farmacología, 5ta edición, Barcelona Ed. Martin.

⁴³ Braun wald: Harrison principios de la medicina interna. México: interamericana 1989.Pag 1261-7.

- HTA por exceso de volumen
- HTA del anciano
- Hipertensión dependiente de la dieta- obesidad
- En HTA con insuficiencia cardiaca.

BETABLOQUEADORES

Actúan bloqueando muchos efectos de la adrenalina en el cuerpo, en particular el efecto estimulante sobre el corazón. El resultado es que el corazón late más despacio y con menos fuerza.

Efectos de los de los betabloqueantes en la hipertensión arterial

- Reducen el gasto cardíaco
- Reducen el volumen sistólico
- Reducen la frecuencia cardíaca
- Inhiben la secreción de renina. Poseen efecto anti simpático central
- Pueden producir una sensación de fatiga, disminuyen la capacidad de hacer ejercicio, impotencia, producen asma, cansancio y letárgia que limita mucho su uso.
- Algunos de ellos pueden disminuir los niveles del colesterol "bueno" o HDL.
- Están más indicados en los casos de HTA con taquicardia, en cardiopatía isquémica, en la asociada a migraña y glaucoma.⁴³

CALCIO - ANTAGONISTAS

Los bloqueantes de los canales del calcio impiden la entrada de calcio en las células. Esto disminuye la tendencia de las arterias pequeñas a estrecharse, disminuyen la contractilidad miocárdica y disminuyen las resistencias vasculares periféricas.⁴⁸

⁴³ Braun wald: Harrison principios de la medicina interna. México: interamericana 1989.Pag 1261-7.

⁴⁸ Kaschinsky G. y Haulman, 1973. Manual de farmacología, 5ta edición, Barcelona Ed. Martin.

Como efectos secundarios se deben describir los edemas maleolares, el rubor facial y cefalea, la hipotensión ortostática, el estreñimiento y las bradicardias.

Indicaciones principales de los antagonistas del calcio.

- Hipertensión arterial con isquemia coronaria
- HTA con extrasístoles ventriculares
- HTA con fibrilación auricular
- HTA con Taquicardias paroxísticas supra ventriculares

VASODILATADORES. (Hidralazina, Minoxidilo, Diazóxido, Nitroprusiato sódico)

Producen la dilatación de las arteriolas por acción directa sobre la musculatura lisa (relajan). Esta dilatación origina taquicardia refleja y retención salina por lo que se suelen utilizar asociados a un diurético y un Betabloqueante que contrarrestan dichos efectos.⁴⁸

⁴⁸ Kaschinsky G. y Haullman, 1973. Manual de farmacología, 5ta edición, Barcelona Ed. Martin.

VI.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

6.1. Valoración con el referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem

FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS:

Sexo: D.V.C

Edad: 56 años

Edo. Civil: Casada

Religión: Católica

Escolaridad: 4to primaria

Ocupación: Hogar

Familia Nuclear: Mamá

Persona que constituye el principal apoyo para el paciente: El esposo, porque es la persona con quien convive todos los días, además tiene cuatro hijos casados que actualmente residen en los Estados Unidos de Norte América y cada año en los meses de invierno vienen a verla.

Dependencia Económica: De su esposo, refiere que aun cuando no sea mucho lo que él gana, le es suficiente para resolver las principales necesidades de ella y de su esposo, también recibe aportación económica por parte de dos de sus hijos lo cual les ayuda a mejorar los ingresos.

Condiciones del hogar: Cuenta con los servicios básicos de agua intradomiciliaria, luz y drenaje, la casa está construida de tabique, con piso de cemento y se encuentra en buenas condiciones físicas; disponen de una sala, comedor, cocina, dos habitaciones, un patio y un solar pequeño. Las condiciones de aseo son buenas.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES:

a. Mantenimiento del aporte de aire suficiente.

FC 70x' **T/A** 130/90 mmHg, **FR** 16 x'

b. Mantenimiento de un aporte de agua suficiente.

Menciona que consume solamente un litro de agua al día y jugos de vez en cuando, el agua que consume es de garrafón y a veces hervida.

c. Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente.

Peso 75kg **Talla** 1.60 m **IMC** 29.29 Niveles de Glucosa: **92mg/dl**

La dieta que lleva la paciente es hipo sódica, consume leche, queso, algunas frutas y verduras, pollo, pastas, así como pan, café y frijoles, cocina con aceite, ha bajado 2.500 kilogramos de peso.

d. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos y excreción.

Su evacuación intestinal es espontánea, con características de heces fecales de color café, pastosa con presencia de disuria, características de la micción de color ámbar claro, la sudoración se encuentra presente cuando hace ejercicio o el aseo de la casa y mantiene una temperatura corporal habitual de 37° C.

e. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

Relata que desde hace un mes presenta dificultad para conciliar el sueño duerme 4 horas y al despertar se siente fatigada, hay presencia de bostezo, pesadillas, insomnio, menciona que le molesta la luz, el ruido y las preocupaciones por sus hijos y su enfermedad. Dentro de la actividad física refiere que camina 30 min diarios en terreno plano.

f. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social

Convive diariamente con su esposo, ya que es la única persona que vive con ella, menciona que su relación con su esposo es buena, en ocasiones lo acompaña al terreno que siembra, con él plática, entre ambos salen adelante y además cuando ella se queda en casa convive con los familiares que viven cerca.

g. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

Narra que es frecuente encontrarse distraída y llega a deprimirse debido a sus preocupaciones.

Dentro de los antecedentes heredofamiliares, su papá presento hipertensión arterial razón por la cual ha tratado de cuidar su alimentación así como informarse más acerca de su enfermedad y mejorar su salud.

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

Menciona que se acepta tal y como es, atribuye los cambios que pueda tener a consecuencia de su enfermedad, que tendrá que acoplarse a ella. Actualmente presenta alteraciones emocionales como temor, desesperanza y negatividad.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO:

a. Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los de desarrollo

Etapas de desarrollo:

Rol (es):

Salud Sexual: por medio de platicas ella recibe información acerca de la sexualidad, el esposo ha sido su única pareja sexual siendo sus relaciones sexuales satisfactorias, sin embargo desde hace 2 años no tiene relaciones sexuales, ella uso como método de planificación el preservativo, tuvo 4 hijos, actualmente debido a los resultados del Papanicolaou aun cuando ella no refiere presentar ninguna molestia se le derivó al hospital oncológico de Morelia,

Historia Gineco- obstétrica:

Inicia la menarca a los 14 años de edad, con ciclo menstrual cada 28 días con duración de 4 a 5 días, actualmente se encuentra en la etapa de climaterio.

Menciona que tuvo 4 embarazos, los 4 fueron partos eutócicos, su último Papanicolaou fue el 13 de enero, y su cita esta programado para el 28 de febrero en el hospital oncológico de Morelia, se espera resultados.

REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD:

Acude a la consulta del centro de salud de San Rafael del Carrizal cada 6 meses aproximadamente para revisión general y cada mes o dos meses acude a su cita para el control de la hipertensión, su mayor preocupación es su enfermedad, sus hijos y su esposo ya que no tiene a nadie mas quien vea por ellos.

Diagnóstico 1

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 1: Sueño/reposo

Requisitos de auto cuidado universal: Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

Requisito de auto cuidado de desviación de la salud.

Diagnostico de enfermería

00095 Insomnio relacionado con factores del entorno, ruido ambiental, exposición a la luz de la noche, preocupaciones por su enfermedad manifestado por dificultad para concentrarse, dificultad para conciliar el sueño, fatiga.

Plan de intervención

Objetivo.

La paciente dormirá sin dificultad para conciliar el sueño evidenciado por técnicas de apoyo mediante la lectura de libros, tomarse un vaso de leche tibia o darse una ducha con agua caliente.

Agente de auto cuidado terapéutico/agente de auto cuidado

Demanda de auto cuidado: Parcial

Sistema de enfermería: Sistema de apoyo educativo

Intervención de enfermería:

6480 Manejo ambiental

Acciones de enfermería:

- Crear un ambiente seguro para el paciente
- Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, cuando sea posible
- Controlar la iluminación para conseguir beneficios terapéuticos

Fundamento científico:

- El tener el apoyo de sus hijos y esposo ayuda a mantenerse segura y disminuyen las preocupaciones de la paciente.
- El cerrar puertas y ventanas ayudara a disminuir ruidos exteriores y favorecerá el descanso.
- Apagar luces y colocar cortinas para evitar la luz ayudaran a conciliar fácilmente al sueño.
- Oír música suave favorece la relajación y propicia el sueño

Agente de auto cuidado terapéutico/agente de auto cuidado

Demanda de auto cuidado: Parcial

Sistema de enfermería: Sistema de apoyo educativo

Intervención de enfermería:

1850 Mejorar el sueño.

Acciones de enfermería:

- Comprobar esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor/ molestias y frecuencia urinaria), y/o psicológicas (miedo, ansiedad) que interrumpen el sueño.
- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.
- Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente.
- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.

Fundamentación científica:

- El brindarle información acerca de su enfermedad y sugerirle realizar actividades como bordar, regar las plantas y dar de comer a los animales de corral ayuda a disminuir la ansiedad y el temor.
- Cambiar de habitación ayuda a evitar el ruido y la luz favoreciendo el sueño
- El evitar la siesta por la tarde favorece el sueño por la noche.
- Ingerir bebida caliente como la leche o un té relajante, un baño con agua caliente, una lectura agradable, escuchar música clásica o instrumental antes de irse a dormir aumenta el sueño y disminuye el estrés.

Diagnostico de enfermería 2

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Requisitos de auto cuidado universal: Funcionamiento humano y grupos sociales

Requisito de auto cuidado de desviación de la salud.

Diagnostico de enfermería

Temor relacionado con situación potencialmente estresante ante resultado de citología vaginal, desconocimiento de procedimientos hospitalarios manifestado por miedo, intranquilidad, inquietud, susto y tristeza.

Plan de intervención**Objetivo.**

La paciente disminuirá su miedo evidenciado por grupos de apoyo incluyendo a los familiares ante su padecimiento actual de Hipertensión arterial.

Agente de auto cuidado terapéutico/agente de auto cuidado

Demanda de auto cuidado: Parcial

Sistema de enfermería: Parcialmente compensador/apoyo educativo.

Intervención de enfermería:

6400 Apoyo emocional

Acciones de enfermería:

- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como ansiedad, ira y tristeza.
- Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias
- Facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas de respuesta habituales a los miedos
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.

Fundamentación científica:

- Manifestar sentimientos mediante la comunicación con la enfermera favorece la disminución de incertidumbre.
- Entender la cultura de la persona ayuda a externar sentimientos, valores y saberes.

Agente de auto cuidado terapéutico/agente de auto cuidado

Demanda de auto cuidado: Parcial

Sistema de enfermería: Parcialmente compensador/apoyo educativo.

Intervención de enfermería:

5230 Aumentar el afrontamiento

Acciones de enfermería:

- Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel
- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad
- Evaluar y discutir las respuestas alternativas a la situación
- Disponer de un ambiente de aceptación
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre la situación estresante.
- Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

Fundamentación científica:

- El explicarle a la paciente el beneficio del cambio de estilo de vida y que eso ayudara a mantener en equilibrio su enfermedad.
- El escuchar a la paciente y permitir expresar sentimientos ayuda a disminuir el estrés, miedos y permite que la persona muestre interés por su enfermedad.
- Si la paciente recibe apoyo por parte de su esposo y de sus hijos, disminuirían sus preocupaciones y aumentaría el interés por acudir al centro de salud a su control mensual de pacientes con hipertensión arterial.

Diagnostico de enfermería 3

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 2: Actividad/ejercicio

Requisitos de auto cuidado universal: Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

Requisito de auto cuidado de desviación de la salud.

Diagnostico de enfermería

00168 Sedentarismo relacionado con conocimientos deficientes sobre los beneficios del ejercicio físico para la salud manifestado por rutina diaria con falta de ejercicio físico, falta de interés.

Plan de intervención

Objetivo.

Se dará información a la paciente de la importancia de la actividad física así como de la elaboración de un rol de actividades donde pueda relacionarse el ejercicio como parte de las actividades diarias.

Agente de auto cuidado terapéutico/agente de auto cuidado

Demanda de auto cuidado: Parcial

Sistema de enfermería: Apoyo educativo

Intervención de enfermería:

0200 Fomento del ejercicio

Acciones de enfermería:

- Valorar las ideas del individuo sobre el efecto físico en la salud
- Fomentar la manifestación oral de sentimientos acerca de los ejercicios o la necesidad de los mismos
- Animar a la persona a empezar con una rutina diaria de ejercicio físico.
- Ayudar al sujeto a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades
- Ayudar al individuo a integrar el programa de ejercicios en rutina semanal
- Informarle acerca de los beneficios para la salud y los efectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales del ejercicio integral.
- Instruir acerca de la frecuencia, duración e intensidad deseadas de los ejercicios del programa.
- Enseñar ejercicios de precalentamiento y relajación adecuados
- Combinar las técnicas para evitar lesiones durante el ejercicio.
- Enseñar las técnicas de respiración adecuadas para maximizar la absorción de oxígeno durante el ejercicio físico.

Fundamentación científica:

-Animar a la paciente a realizar actividad física, favorece mantener su peso adecuado y evitar el sobrepeso.

-Al realizar un programa de ejercicio la paciente obtendrá beneficios para su salud tanto psicológicos, sociales y emocionales y será una forma de mantenerla ocupada y al mismo tiempo disminuirá su estrés y preocupaciones.

-Educar al individuo sobre el precalentamiento, así como la duración del ejercicio y las técnicas de respiración ayudan a maximizar la absorción de oxígeno y la duración del ejercicio físico.

Diagnostico de enfermería 4

Dominio 1: Promoción de la salud

Clase 2: Gestión de la salud

Requisitos de auto cuidado universal: Mantenimiento ineficaz de la salud

Requisito de auto cuidado de desviación de la salud.

Diagnostico de enfermería

00099 Mantenimiento ineficaz de la salud relacionado con afrontamiento individual ineficaz manifestado por la falta de expresión de interés por mejorar las conductas de salud, antecedentes de falta de conductas de búsqueda de salud, incapacidad para asumir la responsabilidad de llevar acabo las practicas básicas de salud.

Plan de intervención

Objetivo.

Que el individuo reciba información acerca de su enfermedad así como mejorar el interés por recuperarse y controlar su presión arterial insistiendo en que tome su medicamento y asista al centro de salud mensualmente para su control.

Agente de auto cuidado terapéutico/agente de auto cuidado

Demanda de auto cuidado: Parcial

Sistema de enfermería: Sistema de apoyo educativo

Intervención de enfermería:

Mantenimiento ineficaz de la salud

Acciones de enfermería:

- Evaluar el nivel actual de conocimiento del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.
- Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad.
- Identificar cambios en el estado físico del paciente.
- Comentar los cambios en el estilo de vida que pueden ser necesarias para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.
- Enseñar al paciente medidas para controlar/minimizar síntomas, si procede.

Fundamentación científica:

- El conocimientos respecto de su enfermedad permite que actué en caso de que presente algún signo o síntoma.
- El proporcionar información al paciente, refuerza el conocimiento de la enfermedad, se puede dar en cada consulta y/o visita domiciliaria.
- El explicarle al paciente cuanto y donde afecta su enfermedad si la paciente no mantiene un autocuidado o no ayuda a concientizar el cuidado de la salud.
- El evaluar el conocimiento que tiene la paciente podrá identificar si el cuidado de su salud es el correcto.
- Al hacer conciencia a la paciente de que debe asistir a sus consultas de cada mes respetando las indicaciones medicas y siguiendo las explicaciones de enfermería se puede conseguir el control de su enfermedad.
- El explicarle a la paciente que tome el medicamento a la hora indicada, realizar ejercicio, alimentación baja en grasa y sal, ingerir líquidos, aumentar el consumo

de verduras y frutas conseguirá disminuir signos y síntomas así como controlar su enfermedad.

Agente de auto cuidado terapéutico/agente de auto cuidado

Demanda de auto cuidado: Parcial

Sistema de enfermería: Sistema de apoyo educativo

Intervención de enfermería:

5240 Asesoramiento

Acciones de enfermería:

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y respeto.
- Demostrar simpatía, calidez y autenticidad.
- Establecer metas.
- Disponer la intimidad para asegurar la confidencialidad.
- Favorecer la expresión de sentimientos.
- Ayudar al paciente que realice una lista de prioridades de todas las alternativas posibles al problema.
- Expresar oralmente la discrepancia entre los sentimientos y conducta del paciente.

Fundamentación científica:

- Brindar confianza a la paciente favorece la seguridad de ella misma, así como mostrar respeto, facilita la expresión de sentimientos que servirá para identificar la causa de su desinterés por su enfermedad.
- La enfermera ayudara a la paciente a realizar una lista de factores estresantes tanto familiares, psicológicos, sociales y personales.

Agente de auto cuidado terapéutico/agente de auto cuidado

Demanda de auto cuidado: Parcial

Sistema de enfermería: Sistema de apoyo educativo

Intervención de enfermería:

5606 Enseñanza: individualidad.

Acción de enfermería:

- Determinar las necesidades de enseñanza de la paciente.
- Valorar el nivel de conocimientos y comprensión de contenidos del paciente.
- Valorar el nivel educativo del paciente.
- Determinar la capacidad del paciente para asimilar información específica (nivel de desarrollo, estado fisiológico, orientación, dolor, fatiga, necesidades básicas no cumplidas, estado emocional y adaptación a la enfermedad).
- Establecer metas de aprendizaje mutuas y realistas con la paciente.
- Valorar la forma de aprendizaje del paciente.

Fundamentación científica:

- El personal de enfermería evaluará el nivel de conocimiento de la enfermedad que padece el individuo con el fin de identificar las necesidades de enseñanza que necesita.
- Al expresar de manera clara y con un lenguaje entendible sobre hipertensión arterial por parte de enfermería facilita la comprensión de contenidos por parte de la paciente.

Diagnostico de enfermería 5

Dominio 2: Nutrición

Clase 1: Ingestión

Requisitos de auto cuidado universal: Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos.

Requisito de auto cuidado de desviación de la salud.

Diagnostico de enfermería

00003 Riesgo de desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades relacionado con observaciones del uso de alimentos como medida de bienestar, patrones alimentarios disfuncionales.

Plan de intervención

Objetivo.

La paciente mantendrá un equilibrio en su alimentación, según su enfermedad se lo permita, agregando el consumo de frutas, verduras y disminuyendo grasas y azúcares para mantener la presión arterial controlada.

Agente de auto cuidado terapéutico/agente de auto cuidado

Demanda de auto cuidado: Parcial

Sistema de enfermería: Sistema de apoyo educativo

Intervención de enfermería:

1100 Manejo de la nutrición

Acciones de enfermería:

- Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida
- Ofrecer tentempiés (bebidas y fruta fresca).
- Asegurarse de que la dieta incluyo alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.
- Ofrecer hierbas y especias como alternativa de la sal.
- Realizar una selección de comidas.
- Ajustar la dieta al estilo de vida de la paciente
- Enseñar a la paciente a llevar un diario de comidas.

Fundamentación científica:

- Al modificar el estilo de vida de la paciente ayuda a mantener en equilibrio la presión arterial ya que se recomienda ingerir jugos naturales, así como fibra para evitar el estreñimiento.
- El llevar un seguimiento del diario de alimentos que se le realizo modifica sanamente el estilo de vida de la paciente ya que cada alimento contiene la cantidad adecuada de proteínas, sales, azúcares y grasas.

Agente de auto cuidado terapéutico/agente de auto cuidado

Demanda de auto cuidado: Parcial

Sistema de enfermería: Sistema de apoyo educativo

Intervención de enfermería:

5246 Asesoramiento nutricional

Acciones de enfermería:

- Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente
- Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se deberán cambiar
- Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional

- Proporcionar información, si es necesario acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud: pérdida de peso, ganancia de peso, restricción del sodio, reducción del colesterol, restricción de líquidos.
- Discutir las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada.

Fundamentación científica:

-Es de gran importancia seleccionar alimentos que entren dentro de la dieta hipo sódica para así recomendárselo a la paciente según sea su alimentación diaria y de igual manera seleccionar los alimentos que deberá cambiar o disminuir su consumo.

-Brindar asesoramiento del motivo por el cual es necesario cambiar ciertos alimentos, informarle que es para controlar su peso, controlar la T/A, ingerir líquidos e intercambiar opiniones de la paciente de la dieta prescrita.

EJECUCION

Diagnostico 1

Se oriento a la paciente sobre los cambios que realizo en su habitación, colocando cortinas, cerrando puertas, ventanas para evitar el paso de la luz, ruido y facilitar conciliar el sueño. Se le menciono la importancia de sentirse segura de que puede contar con el apoyo de su esposo e hijos, así como disminuir sus preocupaciones y enfocarse a su recuperación. Se orienta mediante un folleto sobre la gravedad de la hipertensión arterial y sus complicaciones. se le sugirió realizar actividades manuales como bordar, regar las plantas para disminuir la ansiedad, temor y estrés. Se le explico por qué evitara siestas por la tarde, esto facilitaría poder conciliar mas fácilmente el sueño durante la noche, podría ingerir una bebida caliente como la leche o un te relajante, un baño con agua caliente, una lectura agradable o escuchar música clásica o instrumental antes de irse a dormir para relajarse y disminuir el estrés.

Diagnostico 2

Se oriento a la paciente respecto de la importancia de expresar sentimientos que alteran la ansiedad y el estrés, el interés por el cambio del estilo de vida; así como su dieta hipo sódica, realizar ejercicio de caminata durante 30 minutos, necesidad de acudir al centro de salud a su control de hipertensión de cada mes incluyendo la valoración de la tensión arterial.

Diagnostico 3

Se le instruyo a la paciente la importancia de realizar actividad física diaria y se desarrollo un programa adecuado a sus necesidades, incluyendo la frecuencia y duración del ejercicio, las técnicas de respiración adecuados durante el ejercicio y desde hace tres semanas lleva una rutina que consiste en caminar por las mañanas durante 30 minutos y eventualmente acompañar al esposo a las faenas del campo.

Diagnostico 4

Se evaluó el nivel de conocimiento de la paciente acerca de hipertensión arterial y sus complicaciones si no tiene los cuidados adecuados. A partir de las orientaciones realizadas abarcando la importancia del autocuidado; así como realizar actividad física, llevar una dieta hipo sódica, aumentar la ingesta de agua, tomarse su medicamento sin interrupciones, disminuir la angustia y el estrés para conciliar el sueño, identificar cualquier signo o síntoma y acudir al centro de salud a su control de hipertensión arterial.

Diagnostico 5

Se reviso el diario de alimentación diaria junto con la paciente y se intercambiaron ideas para establecer una dieta adecuada para ella con hipertensión arteria, brindándole información de la importancia de llevar una dieta esto con el fin de controlar su peso, su T/A, la glucosa, basándonos el elaborar el diario en los alimentos que consume la paciente para favorecerla pero disminuyendo la ingesta de los alimentos que consume en alta proporción.

EVALUACION

Diagnostico 1

La paciente logro conciliar el sueño descansando de 6 a 8 horas mediante las recomendaciones de darse un baño con agua caliente refiriendo sentirse descansada al levantarse de esta forma el objetivo se logro con la disponibilidad de la paciente para beneficio de su salud.

Diagnostico 2

La paciente pudo controlar su miedo mediante la expresión de sentimientos inició con su dieta y su rutina de ejercicio diario de 30 minutos de caminata, así como concientizar el beneficio que le da seguir indicaciones de enfermería, también acudió a su cita de cada mes a su control de hipertensión arterial estos últimos tres meses y se logro controlar la presión arterial manteniéndola en cifras normales.

Diagnostico 3

La paciente consiguió comprender la información proporcionada acerca de la T/A e inicio con la actividad física diaria logrando bajar hasta 3 kg de peso porque ha cuidado su alimentación.

Diagnostico 4

La paciente comprendió y aumentó su nivel de conocimientos en cuanto a su enfermedad y aplico cuidados personales para mejorar su calidad de vida y salud en base a la información que se le brindo e inicio con la actividad física y su dieta balanceada, así como tomarse el medicamento a la hora correcta y asiste al centro de salud a su revisión mensual para su control de T/A.

Diagnostico 5

Se estableció el diario de alimentación según los alimentos que consume cotidianamente la paciente, al igual que se logro llevar a cabo una dieta hipo sódica moderada para la paciente, se logro controlar la T/A, el peso y se disminuyo el consumo de grasa y azucares lo cual indica que la alimentación es adecuada para la paciente con hipertensión.

VII. CONCLUSIONES

Después de haber trabajado 7 meses con la paciente con hipertensión arterial podemos concluir que el proceso de enfermería es de gran importancia y de mucha ayuda para los pacientes, se cumplen los objetivos y otros están solo por llevar un seguimiento por parte de la paciente, así mismo favorece el auto cuidado del paciente, se le brindo información a ella a cerca de su enfermedad, consecuencias si no sigue las indicaciones correctas como se le indica esto con el fin de controlar su presión arterial y estar sana, solo si ella lleva a cabo las sugerencias y las intervenciones de enfermería aplicadas durante el proceso de enfermería en la paciente con hipertensión arterial.

VIII. SUGERENCIAS

Enfermería puede hacer o realizar una agencia de auto cuidado esto con el fin de de aplicar las diferentes modalidades de la teoría de Orem de acuerdo a los pacientes y a los familiares o cuidadores que lo requieran.

El personal de enfermería realice platicas, cursos y talleres en los centros de salud de primer nivel con todos los pacientes con hipertensión arterial, diabetes, cáncer, etc., esto para mejorar el autocuidado de cada persona y aplicar el proceso enfermero basado en la teoría de Dorothea Oren “teoría del auto cuidado” para restablecer cuidados principales que ya no se toman en cuenta.

IX. BIBLIOGRAFIA

1. Alfaro le FR: aplicación del proceso enfermero. 4ª ed. España: Masson, S.A. 2002,274.
2. Orem DE: Modelo de OREM. Conceptos de enfermería en la práctica. España: Masson-Salvat. Enfermería, 1993:423.
3. Ayer WP, et al. : proceso de enfermería y diagnostico de enfermería. 2ª ed. Interamericana-Mc Graw Hill, 1996:453.
4. Keronac S , MN, etal : el pensamiento enfermero. Barcelona: Masson, S.A., 1996:148.
5. Alfaro, R Le Faure: R (2003). Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración (5ª edición) NASSON. BARCELONA.
6. Marriner –Tomey A: modelos y teorías de enfermería. 3ª ed. Mosby/Doyma. Libros, 1995:530.
7. Fundamentos de enfermería/Susana Rosales Barrera, Eva Reyes Gomez.3ª ed. México: Editorial el manual Moderno, 2004.
8. Nordmark MT Rohweder AW: Bases científicos de la enfermería. México: Ed. El manual Moderno, S.A. de C.V, 1997: 712.
9. Bejarano PF. Jaramillo IF: morir con dignidad. Fundamentos del cuidado paliativo. Colombia: fundación omega.
10. Johnson M, Bulecher G, Mc Closkey DJ, Maas M, Moorhead: Diagnósticos enfermería, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC. España: Ed. Harcourt, S.A. 2002:518.
11. Carlos gispert, (2010)- Manual de enfermería- México: Océano Centrum
12. "Kozier E.B: técnicas de enfermería. 4ª ed. México: Mc Graw- Hill interamericana, 1999: 1003.
13. María de Jesús García González. (2002-2004). Proceso de enfermería. México. 1ª ed. Progreso.
14. Martha raile alligood. Ann marriner Tomey. (2001). Modelos y teorías en enfermería.españa.7ª ed. ELSEVIER MOSBY.

15. Tazon AP, Lide AC, garcia-campayo J : enfermería ciencias psicosociales. Masson. Serie de manuales de enfermería 2000: 296.
16. José ramón González navarro. Introducción al proceso de atención en enfermería. 2005. 4ª ed. OMEGA.
17. Norma oficial mexicana 040-SSA2-2004. En materia de información en salud.
18. Potter .Perry. fundamentos de enfermería vol.1 2002 España. 5ª ed. Elsevier mosby.
19. Donna L. HARTWEG. Dorothea Orem. Déficit de auto cuidado. 4ª ed. SAGE.
20. José Manuel ania palacios. Auxiliar de enfermería. Vol. 1 OSASUNBIDEA.MAD. 2006: 387.
21. T. Heather heardman, PhD, RN. NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones by clasificaciones 2009-2011. ELSEVIER.
22. Alfaro, L." aplicación del proceso de enfermería: guía practica" Ed. Doyma. España. 1996.
23. Carpenito, L."manual de diagnósticos de enfermería", 5ª edición ed. Me. Graw hiil. Madrid. 1995.
24. Pottes, P. "guía clínica de enfermería: valoración de la salud". 3ª edición. Ed. Mosby. España.1995.
25. Urosevich, P. et al."nursingphc tobook: examen y valoración del paciente en enfermería". Ed. Doyma. Barcelona.1983.
26. Potter, P.; bowen, M." estudio clínico integral" ed. Interamericana. Mexico.1985.
27. Alfaro,R. aplicación del proceso enfermero. Guía paso a paso. 4ª ed. Springer-verlang.iberica.barcelona. 1999.
28. Ma. Carmen Gutiérrez a.,(2007). Adaptación y cuidado en el ser humano una visión de enfermería. 1ª ed. México: manual moderno.
29. Wilkinson, (2009). Manual de diagnósticos de enfermería. 9ª ed. México. Pearson.
30. Nanda internacional, (2010). Diagnósticos enfermeros.1ª ed. México. Mosby.
31. Boyer, (2009). Matemáticas para enfermería. 2ª ed. México. Manual moderno.
32. Nordmark.(2003). Bases científicas de la enfermería. 2ª ed. Manual moderno.

34. Taylor, S.(2007). Dorothea E. Orem: teoría del déficit del auto cuidado en merriner, A y Raile, M., Modelos y teorías en enfermería. Barcelona: Elsevier.
35. Sosa J. programa nacional de hipertensión arterial en el J. programa de hipertensión arterial 1995; 1(3): 138-40.
36. Sokolow M. Cardiología clínica 3ª edición México: edit. El manual moderno, 1998.
37. Ramzi S. Cotran-vinay kamar-Tucker Collins. Patología estructural y funcional. 6a edición. Editorial robbins.
38. Harrison principios de la medicina interna 17 edición
39. Norma M. Kaplan. Manual de hipertensión arterial.10ª edición. editorial lippincott & wilkins 2010
40. Morales G. definición y criterios de clasificación de la hipertensión arterial. Guías de tratamiento de la OMS y la sociedad internacional de hipertensión arterial 1995.
41. Dueñas A. educación al paciente hipertenso. La habana: editorial ciencias medicas 1995.
42. Grima A. jover P. prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular clásicos de una población laboral 1999.
43. Braun wald: Harrison principios de la medicina interna. México: interamericana 1989.Pag 1261-7.
44. Hernández Alberto. Fisiopatología de la hipertensión arterial esencial. Modelo instructivo. 1994 pág. 1-10.
45. Gayton A.C.: tratado de la fisiología médica. 8va ed. Nueva york interamericana pág. 204-27, 1992.
46. Wingarden J.B Cecil. Tratado de medicina interna 19 ed. México: nueva editorial interamericana, 1994. Pág. 290-295.
47. Campo C, Ruilope L.M. angitensina II e hiperactividad simpase en el riesgo cardiovascular ligado a hipertensión, medicina general. 2001; diciembre 1005-1006.
48. Kaschinsky G. y Haulman, 1973. Manual de farmacología, 5ta edición, Barcelona Ed. Martin.

XI. OTRA BIBLIOGRAFIA

1. Simonsen 2009. Farmacología para licenciados en enfermería. 1ª edición. Editorial manual moderno.
2. Ed. MAD cuidados de enfermería en el paciente con urgencias del origen cardíaco 2006. 1ª edición.
3. Rafael Ceballos Atienzo. Actualizaciones en el control y toma de decisiones clínicos en hipertensión arterial.2004 3ra edición.
4. Raquel Añorve López. Procedimientos básicos de enfermería. 2006. 4ª edición. Editorial Prado.
5. Sánchez. Diccionario ilustrado de enfermería. 2008. 1ª edición. Editorial Trillas.

**APENDICE No1
 APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA
 VALORACIÓN**

Factores condicionantes básicos	Requisitos de auto cuidado universales	Requisitos de desarrollo de auto cuidado	Requisitos de desviaciones de la salud
Sexo	Aporte suficiente de aire. FR SPO2	Etapa desarrollo	
Edad		Rol (es)	
Edo. Civil			
Religión		Orientación sexual (no. Parejas sexuales)	
Escolaridad	Manteneamiento de un aporte suficiente de agua		
Ocupación			
Familia nuclear	Manteneimiento de un aporte suficiente de alimentos Peso Talla IMC Destrostix	Historia ginecológica	
Principal apoyo del paciente			

<p>Dependencia económica:</p> <p>Condiciones del hogar:</p>	<p>Eritrocitos urea creatinina sérica BUN</p> <p>acido úrico</p> <p>Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos incluidos los excrementos.</p> <p>Características de la diuresis</p> <p>Características de las evacuaciones</p> <p>Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo</p> <p>Consciente</p> <p>Orientado en tiempo, espacio y persona, cooperador</p> <p>Características del movimiento (postura, posición, de ambulación)</p>		
---------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

	<p>Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social</p> <p>Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.</p> <p>T/A FC</p> <p>Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales. (Aceptación de aspecto físico, familiar y social; auto percepción, autoestima, auto realización)</p>		
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

APENDICE No.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

DATOS SIGNIFICATIVOS (Evidencia)	ANÁLISIS DEDUCTIVO (dominio, clase, involucrados)	PROBLEMA (Etiqueta diagnóstica NANDA II) P	FACTOR RELACIONADO (Etiología) E	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (Signos y síntomas) S
Mujer que presenta insomnio, fatiga cuando se levanta, le molesta la luz, el ruido, no puede conciliar el sueño debido a sus preocupaciones por su enfermedad.	<p>Dominio 4: Actividad/Reposo</p> <p>Clase 1: Sueño y Reposo</p> <p>R.A: Universales</p> <p>Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.</p>	<p>00095 Insomnio</p> <p>Pág. 116</p>	Factores del entorno, ruido ambiental, exposición a la luz del día, preocupaciones por su enfermedad.	Dificultad para concentrarse, dificultad para conciliar el sueño, fatiga.

OBJETIVO: la paciente podrá conciliar el sueño evidenciado por dormir de 6 a 8 horas levantándose descansada y control de su enfermedad.

DATOS SIGNIFICATIVOS (Evidencia)	ANÁLISIS DEDUCTIVO (dominio, clase, involucrados)	PROBLEMA (Etiqueta diagnóstica NANDA II) P	FACTOR RELACIONADO (Etiología) E	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (Signos y síntomas) S
D.V.C. se le realizó Papanicolaou en el cual se encontraron alteraciones en el resultado, la paciente refiere no presentar algún síntoma, solo refiere estar triste, angustiada ya que se le programó una cita médica al oncológico y teme a los resultados.	Dominio 9: Afrontamiento y tolerancia al estrés Clase 2: respuestas de afrontamiento R.A: Universales Funcionamiento y grupos sociales	00148 temor Pág. 274	Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante, procedimientos hospitalarios.	Informes de sentirse asustada, intranquilidad, inquietud, terror, pánico y tristeza.

OBJETIVO: La paciente controlara su miedo evidenciado por apoyo familiar y grupos de apoyo.

APENDICE No3

GUIA DE VALORACION (DOROTHEA ELIZABETH OREM)

- FACTORES CONDICIONANTES BASICOS

a) Descriptivos de la persona

Fecha: _____ Nombre: _____ sexo: masc. () fem. ()

Edad: _____ Religión: _____

Edo. Civil: _____ Escolaridad: _____

Lugar de residencia: _____ Domicilio actual (calle, número, colonia)

Características de la vivienda:

Renta _____ propia _____ otros _____

Material de construcción:

Adobe _____ ladrillo _____ otros _____

Cuenta con los servicios básicos de vivienda:

Agua potable _____ luz eléctrica _____

Drenaje _____ pavimentación _____

Condiciones ambientales de la comunidad:

Servicios básicos:

Alumbrado público () recolección de basura ()

Drenaje y alcantarillado ()

Rol que ocupa en la familia:

Padre () madre () hijo () esposa/o ()

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

Como percibe la relación con la familia:

Buena () regular () mala ()

Nivel de educación:

Anal feta () Primaria () Secundaria ()

Bachillerato () Licenciatura () Otros _____

Ocupación: _____ Horario: _____

Antecedentes laborales: _____

Ingreso económico familiar:

Menos de 1 S. m. ()

1-2 S. m. ()

Mas de 3S.m. ()

Dependencia económica: Si () No ()

De quien: Padres ()

Esposa/o ()

Otros _____

b) Patrón de vida

¿Qué actividades recreativas realiza en su tiempo libre?

Sociales () Culturales () Deportivas ()

Religiosas () otras _____

¿Qué hace usted para cuidar su salud? _____

c) Estado de sistema de salud?

¿Cómo percibe su estado de salud?

Bueno ()

Regular ()

Deficiente ()

¿A qué servicio de salud acude usted regularmente?

IMSS () ISSSTE () SALUBRIDAD ()

Particular () Otros _____

Diagnostico medico: _____

Estado de salud:

Grave ()

Delicado ()

Estable ()

Valorar la existencia de recursos disponibles para la atención del cliente:

d) Estado de desarrollo

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

Si () No ()

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

¿Quién autoriza su tratamiento médico? _____

II. REQUISITOS DE AUTO CUIDADO UNIVERSALES

a) Mantenimiento del aporte suficiente de aire

Frecuencia respiratoria: _____ Llenado capilar: _____

Cianosis: _____

Si () No ()

Tabaquismo:

Si () No ()

Especifique: _____

¿Cocino con leña?

Si () No () ¿Cuánto tiempo? _____

Alergias:

Si () No ()

Especifique: _____

Tipo de respiración:

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

Otros: _____

Nariz:

Desviación de tabique () pólipos () secreciones ()

Dolor () Edema () Otros: _____

Tórax:

Tonel () En quilla () En embudo ()

Otros: _____

Ruidos respiratorios:

Estertores () Sibilancias () Murmullo vesicular ()

Padece alguna enfermedad pulmonar:

Si () No () Especifique: _____

Cardiovascular:

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

Otras alteraciones: _____

Al realizar algún esfuerzo físico presenta disnea:

Si () No ()

Apoyo ventilatorio: _____

b) Mantenimiento de aporte de agua suficiente:

Valore datos de deshidratación:

Mucosa oral: Seca () Hidratada ()

Piel: Seca () Escamosa () Normal ()

Turgencia: Normal () Escamosa ()

Qué cantidad de agua ingiere usted al día?

300-500ml () 500-1000 ml ()

1500-2000() >a 2000 ml ()

De donde proviene el agua que consume:

Llave pública () Pipa () Entubada () Garrafón ()

Otros: _____

Utiliza algún método para purificar el agua:

Si () No ()

Especifique: _____

Ingiere algún otro tipo de líquido durante el día:

Si () No ()

Especifique cantidad: _____

Aporte de líquidos parenterales:

Especifique: _____

c) Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos:

Peso: _____ talla: _____ IMC: _____ Cintura: _____

Ha observado variaciones en el peso:

Si () No ()

Perdida () Ganancia ()

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

Dentadura:

Completa () Faltan piezas ()

Prótesis fija () Prótesis extraíble ()

Especifique: _____

Estado de las mucosas:

Presenta algún problema en la mucosa oral

Si () No ()

Especifique: _____

Lengua en tónica () Estomatitis () Xerostomía ()

Tumor oral () Leucoplaquia () Edema () Lesión oral ()

Drenaje purulento () Gingivorragia () Ulceraciones ()

Otros: _____

Alteraciones en cara y cuello: _____

Abdomen:

Peristaltismo: Ausencia () Disminuido ()

Aumentado () Normal ()

Distensión abdominal ()

Otros: _____

Presenta algún problema en la alimentación:

Si ()

No ()

Cual: Acidez () Nauseas () Vomito () Hematemesis () Disfagia ()
 Pirosis () Regurgitación () Polidipsia ()
 Polifagia () Bulimia () Anorexia () Reflujo ()
 Sialorrea () Saciedad () Eructos ()
 Otros: _____

Necesita algún tipo de ayuda para alimentarse:

Si () No ()

Especifique: _____

Tipo de nutrición:

Sonda naso gástrica () Sonda naso yeyunal ()

Gastroclisis () Nutrición parenteral ()

Que tan frecuente usted come:

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

Alimento/frecuencia	1	2	3	4
Leche				
Derivados de la leche				
Carnes				
Cereales				
Verduras				
Frutas				
Huevos				
Pescado				
Pastas y harinas				

¿Con que guisa los alimentos?

Aceite () Manteca () Otros: _____

¿Cómo es su dieta habitual?

Sin restricciones () Diabética () Hipo sódica ()

Hipo proteica () Hiperproteica () Otros: _____

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

Grupo de evacuación intestinal

Presencia de:

Estoma intestinal: Colostomía () Ileostomía ()

Hemorroides () Pólipo rectal () Rectorragia ()

Otros: _____

Alteraciones al evacuar:

Tenesmo () Pujo () Cólico ()

Otros: _____

Apoyo para la eliminación intestinal:

Movilización () Medicación () Higiene ()

Otros: _____

Evacuación intestinal:

Espontánea () Estreñimiento ()

Diarrea () Otros: _____

Características de las heces fecales:

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

Consistencia de las heces fecales:

Pastosa () Semipastosa () Líquida () Semilíquida () Dura ()

Grupo de eliminación vesical

Presencia de:

Incontinencia () Retención urinaria () Tenesmo ()

Disuria () Alteraciones uretero-vesicales _____

Alteraciones en la micción:

Polaquiuria () Oliguria () Anuria ()

Apoyo para la evacuación vesical:

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

Características de la micción:

Ámbar () Coluria () Hematuria () Turbia ()

Otros _____

Grupo respiratorio:

Cambio en los patrones normales de sudoración

Disminuida () Ausente () Aumentada ()

Condición o circunstancia:

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

Temperatura ambiental: _____ Otros: _____

Grupo menstruación:

Menarca: _____ Días del ciclo menstrual: _____

Tipo, cantidad y características del flujo: _____

Presenta algún problema durante la menstruación:

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

e) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

REPOSO

¿Cuántas horas duerme habitualmente?

<6hr () 6-8 hr () 8-10 () >10hr ()

¿Cómo se encuentra al despertar?

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

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?

Si () No ()

¿Ha sufrido algún cambio su patrón de sueño?

Si () No ()

¿Desde cuándo?:

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

Presencia de:

Bostezo () Insomnio () Hipersomnio () Pesadillas ()

Alucinaciones () Ojeras () Ronquido () Eneuresis ()

Sonambulismo () Terrenos nocturnos ()

Factores que interrumpan su descanso y sueño: _____

¿Acostumbra a tomar siestas?

Si () No ()

¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño?

Si () No () Especifique: _____

ACTIVIDAD

Sistema musculo esquelético:

Presencia en articulaciones de:

Dolor () Rigidez () Inflamación () Limitaciones ()

Contracturas () Especifique: _____

Tratamiento: _____

¿Alguna actividad física le produce dolor?

Si () No () Especifique: _____

¿Realiza algún tipo de ejercicio?

Si () No () Cual: _____

Frecuencia/duración: _____

f) Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción

Sistema auditivo:

Presenta problemas de audición:

Si () No () Especifique: _____

Utiliza apoyo para escuchar:

Si () No ()

Presencia de:

Mareo () Vértigo () Acufenos () Malformaciones ()

Tumoraciones () Lesiones ()

Sistema ocular:

Presenta problemas visuales:

Si () No () Especifique: _____

Utiliza lentes:

Armazón () Contacto () Tiempo: _____

Presencia de alteraciones oculares:

Si () No () Especifique: _____

¿Con quienes convive diariamente?

Familia () Amigos () Compañeros de trabajo ()

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

Buena () Regular () Mala ()

¿A quienes recurre para platicar de sus problemas?

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

Observar:

Seguridad () Timidez () Introversión () Apatía ()

Extraversión () Otros: _____

Razones que le impiden socializar:

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

Dificultad para la comunicación () Otros: _____

g) prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar

Sistema neurológico:

Estado de conciencia:

Consciente () Inconsciente () Sopor ()

Estupor () Confusión () Coma ()

Gasglow: _____

Problemas con:

Concentración () Razonamiento () Especificar: _____

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

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

Antecedentes heredo familiares patológicos:

Si () No () Especifique: _____

Toxicomanías:

Si () No () Especifique: _____

¿Implementa medidas de seguridad en su persona y familia?

Si () No () Especifique: _____

h) Funcionamiento humano y grupos sociales

¿Se acepta en su aspecto físico?

Si () No () Especifique: _____

¿Acepta los cambios corporales a partir de su enfermedad?

Si () No ()

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

Si () No () Especifique: _____

¿Considera que su vida es o ha sido productiva?

Si () No () Especifique: _____

¿Habitualmente presenta alteraciones emocionales?

Si () No ()

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

Desesperanza y negatividad ()

¿Cuál es su reacción ante una situación estresante?

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

Cólera ()

III. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO

a) Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los proceso de desarrollo

1. etapas del ciclo vital

Recuerda usted algún problema relevante referente a su salud en alguna de las siguientes etapas de su vida

Niñez si () no () especifique _____

Edad escolar si () no () especifique _____

Adolescente si () no () especifique _____

Adulto joven si () no () especifique _____

Edad fértil si () no () especifique _____

Adulto maduro si () no () especifique _____

2. Salud sexual

Sistema reproductor:

Ha recibido educación sexual

Si () No () Especifique _____

Cuál es su orientación sexual _____

Con que frecuencia tiene actividad sexual _____

Está satisfecho con su vida sexual

Si () No () Porque _____

Número de parejas sexuales _____

Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales

Si () No () Especifique/tratamiento _____

Utiliza algún método de planificación familiar:

Si () No () Especifique/tiempo: _____

Número de hijos: _____

Tiene problemas de infertilidad:

Si () No () Especifique: _____

Causa/tratamiento _____

Presenta alguna enfermedad de transmisión sexual:

Si () No () Especifique: _____

Tratamiento _____

Cirugías realizadas en aparato reproductor:

Si () No () Especifique: _____

Hombre:

¿Acude a examen próstata/testicular?

Si () No () Frecuencia: _____

¿Presenta problemas de erección?

Si () No () Tratamiento: _____

¿Presenta problemas de eyaculación precoz?

Si () No () Tratamiento _____

Mujer:

Menarca: _____ Días del ciclo menstrual: _____

Tipo, cantidad y características del flujo: _____

Presenta algún problema durante su menstruación:

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

Embarazos___Partos___Cesarea___Abortos___Obitos___Partos

Prematuros___Embarazo de alto riesgo___Periodo inter

genesico___Menopausia___Fecha de último Papanicolaou_____

Presencia de flujo/hemorragia transvaginal_____Características_____

¿Existe alteración del crecimiento físico?

Si () No () Especifique_____

IV. REQUISITOS DE DESVIACION DE LA SALUD

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

4-6 meses () 6-12 meses () >12 meses ()

No se realiza ()

Especifique: _____

¿Sabe usted de que está enfermo?

Si () No ()

¿Que conoce acerca de su enfermedad?_____

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

Si () No ()

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

¿Actualmente realiza actividades de ejercicio o rehabilitación?

Si () No () Especifique:_____

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

Ambientales () familiares () personales ()

Especifique: _____

ANEXO No 1
SUGERENCIAS PARA MENUS

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
ALMUERZO Verduras al vapor sin sal Te de hojas de limón	ALMUERZO fruta picada(manzana) yogurt descremado	ALMUERZO Licuado de plátano Pan integral	ALMUERZO Avena Pan integral	ALMUERZO Huevo al gusto sin sal Jugo de naranja
COMIDA Pechuga de pollo sin sal Ensalada (lechuga, jitomate sin sal)	COMIDA Sopa de verduras casero Arroz hervida sin sal y con aceite	COMIDA Sopa de lentejas sin sal	COMIDA Pescado fresco Sopa con crema sin sal y descremada	COMIDA Nopales asados sin grasa y sal
CENA 1 vaso de leche descremada 1 rebanada de pan integral	CENA caldo de pollo sin sal con verduras	CENA verduras sin sal	CENA Te de tila Pan integral	CENA Caldo de verduras

ANEXO No 2

GLOSARIO DE TERMINOS

Auto cuidado: Refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud.

Alimentación: Nos permite tomar del medio que nos rodea, los alimentos de la dieta (de la boca para fuera).

Ayuda: Acción humana tendiente a paliar o resolver las necesidades de una persona o grupo social. La ayuda puede efectuarse de manera unilateral, cuando quien la recibe no la retribuye o de manera recíproca, cuando se benefician todas las partes.

Agente de autocuidado: Es la persona que se compromete a realizar un curso de acción o que tiene el poder de comprometerse en un curso de acción.

Calidad de vida: Es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas.

Cuidado: Servicio dirigido a la ayuda de uno mismo y de otros.

Caso clínico: Manifestación individual de una persona.

Cuidados de enfermería: Se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por si mismo, acciones de auto cuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

Ciencia: Conjunto de conocimientos que se tiene acerca de algo (un fenómeno) el cual describe, utilizando en método científico.

Déficits: Cuando la demanda de acción es superior a la capacidad de la persona para actuar y cubrir los requisitos de auto cuidado por lo que se hace necesaria la intervención enfermera, convirtiéndose en agente de cuidado.

Dieta: Es el conjunto de las sustancias alimenticias que componen el comportamiento nutricional de los seres vivos.

Demanda de auto cuidado: La cantidad y el tipo de acciones o autocuidados que la persona realiza o debería realizar en un tiempo determinado para conseguir los requisitos de autocuidado.

Dorothea E. Orem: Una de las enfermeras americanas más destacadas, nació en Baltimore, Maryland, en 1914. Etiqueta su teoría de déficit de auto cuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas; teoría de autocuidado, teoría de déficit de autocuidado, teoría de sistemas enfermeros.

Diagnostico de enfermería: Juicio clínico respecto a las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud o a procesos vitales.

Enfermería: Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su auto cuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Enfermedad: Toda alteración del equilibrio físico, mental y/o social de los individuos. Todos los organismos vivos están expuestos a padecer alguna enfermedad a raíz de numerosos agentes patógenos.

Enseñar: La capacidad del ser humano de transmitir sus conocimientos y experiencias le ha dado una gran ventaja, la de enseñar y aprender.

Entorno: Consta de factores ambientales, elementos ambientales, condiciones ambientales y ambiente de desarrollo. Puede afectar de manera positiva y negativa a las capacidades de una persona para promover su auto cuidado.

Ejercicio: Conjunto de movimientos corporales que se realizan con el objetivo de mejorar la condición física.

Florencia Nightingale: La matriarca de la enfermería moderna, nació el 12 de mayo de 1820.

Familia: Significa realidades diversas. En sentido amplio, es "el conjunto de personas mutuamente unidas por el matrimonio o la filiación"; o aún "la Sucesión de individuos que descienden unos de otros", es decir, "un linaje o Descendencia", "una raza", "una dinastía".

Hipertensión arterial: Una elevación crónica de la presión arterial sistólica y/o diastólica, constituye con toda probabilidad la enfermedad crónica más frecuente.

Hipo sódica: Se le llama así a la poca cantidad de sal (baja en sal o sodio).

Intervención de enfermería: Cualquier tratamiento basado en el criterio y conocimiento clínico que realiza un profesional.

Modelo: Interrelación de conceptos que explican una idea.

NANDA: Utilizando la taxonomía (diagnósticos enfermeros) de la (NANDA) la north american nursing diagnosis asociación que fue creada en 1962, con miembros estadounidenses y canadienses.

NIC: La nursing interventions classification de intervenciones de enfermería es un lenguaje completo y estandarizado que permite describir tratamientos que las enfermeras administran en todos los escenarios posibles y en todas las especialidades.

NOC: La nursing outcomes classification. Clasificación de resultados de enfermería. Es una clasificación integral y estandarizada que permite evaluar los efectos de las intervenciones de enfermería.

Persona: Ser que funciona biológica, simbólica y socialmente y que presenta exigencias de auto cuidado universal, de desarrollo y ligados a desviaciones de la salud.

Paradigmas: Es un modelo, patrón o marco referencial en cualquier disciplina científica u otro contexto epistemológica.

Proceso de enfermería: Método sistemático y racional de planificación y de prestación individualizada de los cuidados de enfermería centrados en identificación de respuestas únicas de la persona a grupos de alteraciones reales o potenciales.

Reglas: Lo que se debe seguir o que se debe ajustar a las conductas, como debemos comportarnos.

Requisitos de auto cuidado: Son las acciones o medidas utilizadas para proporcionar auto cuidado, también se le llama necesidades de auto cuidado.

Salud: Estado caracterizado por la firmeza o totalidad de la estructura y el funcionamiento corporal, la enfermedad es lo contrario.

Teorías: Es una relación de conceptos que describen, predicen, explican y controlan la realidad.

Tratamiento: Se designara a la acción y el resultado de tratar alguna cuestión o cosa, es decir, la forma o aquellos medios que se utilizaran para llegar a conocer la esencia que compone algo y que se nos presenta de manera clara ya sea por que no se conoce o bien por que su composición fue alterada por otros componentes.