



**UNIVERSIDAD MICHOACANA
DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**PROCESO DE ENFERMERÍA CON LA REFERENTE TEÓRICA
DE DOROTEA E. OREM APLICADO A UN CASO CLÍNICO DE:
HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

PRESENTA:

PLE. JESSICA CONSUELO SANTIAGO

ASESOR (A): ME. ROBERTO MARTINEZ ARENAS

REVISOR(A): ISC. FABIOLA NÚÑEZ PASTRANA

MORELIA MICHOACÁN ENERO DE 2012



DIRECTIVOS

Dra. María Leticia Rubí García Valencia

Directora de la Facultad de enfermería

M.E. Ruth E. Pérez Guerrero

Secretaria Académica

M.E. Roberto Martínez Arenas

Secretaria Académica

MESA SINODAL

Presidente de la Mesa sinodal:

Vocal 1:

Vocal 2:

Vocal 3:

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Gracias por darme lo que tengo, por la fuerza de voluntad que has sembrado en mi para seguir adelante y llegar a donde estoy en estos momentos, por haberme dado la oportunidad de venir a este mundo a formar parte de la sociedad y por ayudarme a comprender que la vida es siempre algo tener que hacer y que en la vida es mejor tener comienzos que finales. Gracias por darme a mis padres pues sin ellos nada sería igual, sin duda alguna a ti te debo toda la felicidad y beneficios que recibo.

A MI PADRE

Ursino Consuelo a ese hombre que de sol a sol ha trabajado porque su único afán es sacar a su familia adelante, gracias por ser como eres, por luchar tanto y sacarme adelante, gracias por estar conmigo en los momentos de tristeza y alegría, a pesar de la distancia que nos separa siempre estás en mis pensamientos.

A MI MAMA

Braulia Santiago a esa mujer que me ha dado todo por llevarme por el buen camino, agradezco mami tu cariño y confianza, me siento orgullosa de ti. Dios gracias porque al nacer Dios te eligió a ti como mi madre porque eres de mi vida la mejor parte, gracias por enseñarme a caminar por la vida, por darme todo, por luchar tanto y sacarme adelante, por eso a ti mama te dedico este detalle.

A MIS HERMANOS

Xóchitl, Brenda, Edgardo, Jani, Atzin y a mi sobrina Vale que siempre llevo en mi corazón a los que Dios me dio como compañeros y amigos, que son el ejemplo a seguir. Gracias por cuidar de mí recuerden que juntos llegaremos donde queramos Dios bendecirá el trabajo que hagamos.

A MI ESPOSO

Eric Santos quien en todo momento ha creído en mí brindándome cariño y amor desinteresadamente, sentimientos que me ayudaron en los momentos de debilidad y desesperación.

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN

TEMA I. JUSTIFICACIÓN	9
TEMA II. OBJETIVOS.....	13
2.1 General.....	13
2.2 Específicos.....	13
TEMA III. METODOLOGÍA	14
TEMA IV. CASO CLÍNICO	15
TEMA V. MARCO TEÓRICO	18
5.1. Proceso de Atención Enfermería	18
5.2. Teoría del Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem	77
5.3 Historia Natural de la Hipertensión Arterial	93
TEMA VI. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	117
6.1 Valoración con el referente teórico de D. Elizabeth Orem	117
6.2. Diagnósticos de Enfermería.....	121
VII. CONCLUSIONES.....	153
VIII. REFERENCIAS	155
IX. ANEXOS	157

INTRODUCCIÓN

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

La Enfermería es una ciencia que data desde tiempos remotos, por ejemplo en la era prehistórica los primeros cuidados eran brindados por el curandero de la tribu o se realizaba de forma simultánea por sus integrantes. Estos cuidados fueron transmitiéndose de una generación a otra con un carácter repetitivo de sus acciones sin conocer aún, que presentaban una base científica.

Enfermería es una ciencia joven que desde sus orígenes era considerada como una ocupación basada en la experiencia práctica y el conocimiento común, y no contemplaba el conocimiento científico de la profesión, nuestra profesión adquiere su primera teoría con Florencia Nightingale.

La enfermería es un trabajo sumamente complicado ya que implica la posesión de conocimientos técnicos, una gran cantidad de conocimientos formales, capacidad de comunicación, uso de la persona, programación, implicación emocional, también implica el proceso de pensamiento que lleva del conocimiento a la técnica, de la percepción a la acción, de la decisión al tacto, de la observación al diagnóstico. La América Nurses Association (ANA) define a la enfermería o el ejercicio de la enfermería como la identificación y el tratamiento de las respuestas humanas a problemas de salud reales o potenciales; comprende la práctica y la supervisión de las funciones y servicios que, de forma directa o indirecta, en colaboración con un cliente o con otros asistentes sanitarios diferentes a las enfermeras, tiene como objetivos la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el alivio del sufrimiento, la restitución de la salud y un desarrollo óptimo del potencial de salud.

Actualmente con la evolución de la enfermería se dio lugar al proceso enfermero siendo éste, el quehacer diario de la enfermería. Entendemos como proceso de enfermería al método sistemático y racional de planificación y de prestación individualizada de los cuidados de enfermería, centrados en identificación de respuestas únicas de la persona o grupos de alteraciones reales o potenciales.

Se entrega el presente trabajo, siendo éste, el proceso de enfermería, en donde se requieren de conocimientos y habilidades para brindar cuidados de manera holística, oportuna y con calidez humana. De los cuales se valora al usuario, verificando que necesidades tienen alteradas, para así actuar en cada una de ellas y resolver el problema, recuperando su salud, evitando complicaciones, prevención de anomalías, promoción de la salud y bienestar para el usuario.

De los cuales se eligió un paciente de 85 años de edad, originario de San Jerónimo Totoltepec, Municipio de Villa de Allende, estado de México, se tomo bajo su consentimiento informado y siempre en compañía de un familiar, la patología que presenta el usuario es Hipertensión Arterial Siendo en estos momentos a nivel mundial el factor de riesgo de morbimortalidad cardiovascular más común y existente, su incidencia se encuentra en franco aumento fundamentalmente en las poblaciones de edades avanzadas y obesos, y su control es inadecuado en todos los países. Los cuidados de enfermería para esta patología son de gran utilidad ya que tienen como finalidad tratar de resolver problemas que se interponen o influyen en la calidad de vida de las personas. Se trabajo durante un mes para la aplicación del proceso de enfermería en sus cinco etapas, realizándose los diagnósticos de acuerdo a la NANDA, las intervenciones se realizaron de acuerdo al NIC y para la evaluación de resultados se utilizo el NOC.

Para llevar a cabo el presente trabajo se considera como marco de referencia el modelo de Dorothea E. Orem, dado que es el referente teórico adoptado por la facultad de enfermería. Orem define el objetivo de la enfermería como: Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las

consecuencias de dicha enfermedad. Orem define su modelo como teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí una de ellas es: 1) Teoría del autocuidado: define tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se requieren alcanzar con el autocuidado y estos son: requisitos de autocuidado universal, de desarrollo y de desviación de la salud. 2) Teoría del déficit de autocuidado: en la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. 3) Teoría de los sistemas de enfermería: en las que explican los modos en que las enfermeras pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas; sistemas de enfermería totalmente compensadores, parcialmente compensadores y de apoyo- educación.

Para la realización de la entrevista e identificación de diagnósticos enfermeros alterados se utilizó la guía de valoración de Dorothea Elizabeth Orem, estos me auxiliaron para llevar a cabo mi proceso enfermero, el cual consta de los siguientes pasos: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

Es de gran interés conocer, ayudar, apoyar, aclarar dudas y enseñarles lo correcto de las cosas a los usuarios, siempre y cuando sea en lo que nosotros podamos intervenir, así, ellos aprenden de nosotros mejorando su salud, sintiéndose superados y con una buena calidad de vida. Es de vital importancia crear confianza entre el usuario y el personal de enfermería para que se nos facilite la comunicación con el usuario, y que al momento de hacer la entrevista pueda preguntar con confianza lo que necesite saber, que se exprese con facilidad, sin miedos, ni temores; aunque sea un poco difícil y de mucha paciencia, pero el usuario poco a poco va abriendo puertas, para nosotros poder entrar y crear un ambiente sólido y de confianza.

A continuación se describe todo el proceso de realización del trabajo: caso clínico marco teórico (proceso enfermero y cada una de sus etapas, la bibliografía de Dorothea E. Orem, la patología de la Hipertensión Arterial) y aplicación del proceso de enfermería en sus cinco etapas.

TEMA I. JUSTIFICACIÓN

La Hipertensión Arterial es una enfermedad de evolución crónica caracterizada por la elevación de la presión arterial sistólica y / o diastólica por encima de los niveles óptimos esperados y su importancia clínica es que indica un futuro riesgo de enfermedad vascular. El diagnóstico se establece con la medición de la tensión arterial. El tipo más frecuente de HAS es la forma primaria o esencial. Del 6-8% del total de la población padece alguna forma de hipertensión. (Monografías, 2009)

Dentro de las patologías crónicas no transmisibles la Hipertensión Arterial se considera la de mayor prevalencia e incidencia ya que alrededor del 15% de la población mundial está diagnosticada como Hipertensa y se cree que cerca del 30% de la misma padece esta entidad y por diferentes motivos no están diagnosticados o presentan diagnósticos incluso.

Conocida como el enemigo silente, la Hipertensión Arterial en sus inicios es muy difícil de diagnosticar clínicamente ya que las manifestaciones que produce generalmente aparecen cuando la enfermedad ha avanzado lo suficiente como para producir daños en órganos diana como el cerebro, corazón y riñones, expresándose clínicamente como cefalea, mareos, zumbido de oídos, visión borrosa, Precordialgia, dolor a nivel de fosas lumbares, etc.

Para la OMS es un problema grave de salud que afecta a 600 millones de personas y causa 3 millones de muertes al año en todo el mundo. 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. Así mismo reconoce que la epidemia de las enfermedades cardiovasculares avanza rápidamente tanto en los países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo. (Revistas med.unne.edu., 2008)

En América Latina y el Caribe las enfermedades cardiovasculares representan el 31% del total de las defunciones. Se estima que ocurrirán 20.7 millones de defunciones por enfermedades cardiovasculares en esta región durante los próximos 10 años. (Bibliotecas.Salud, 2010)

La relación entre presión arterial y riesgo de enfermedad cardiovascular (CVD) es continua, consistente e independiente de otros factores de riesgo. Para personas Normotensas, a los 55 años de edad tienen un 90% de riesgo de por vida para desarrollar hipertensión. Después de los 40 a 70 años de edad, cada incremento de 20 mmHg en la presión sistólica o 10 mm/Hg de la diastólica dobla el riesgo de CVD en el rango entero de 115/75 a 185/115 mmHg.

En México la HAS para el año 2002 ocupó la 9ª causa de muerte en la población general, con un total de 10, 696 muertes, con tasa de 10.38 defunciones por cada 100, 000 habitantes. Según el CENSO de población y vivienda 2000, habían 49.7 millones de mexicanos entre los 20 y 69 años, de los cuales 15.16 millones (30.05%) fueron hipertensos. Tomando a la tasa más baja de mortalidad por HAS (1.5%), significó que en el año 2000 ocurrieron 227,400 muertes atribuibles a HAS y por lo tanto potencialmente prevenibles. En otras palabras, una muerte cada 2 minutos. Si bien a este número de muertes potenciales hay que restar el 14.6% de pacientes hipertensos controlados, la cifra se reduciría a 194,199, es decir una muerte cada 3 minutos.

La hipertensión arterial incrementa el trabajo a que es sometido el corazón, aumenta el riesgo de accidente vascular cerebral, ataque cardíaco, enfermedad renal, etc. Cuando la hipertensión se acompaña de obesidad, tabaquismo, Dislipidemias o Diabetes, el riesgo aumenta notoriamente. La hipertensión arterial puede ser tratada de forma efectiva, disminuyendo de esta forma la ocurrencia de las enfermedades Cardiovasculares y Cerebro vasculares.

En la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas de 1993 (ENEC 1993), la prevalencia de hipertensión (cifras iguales o superiores a 140 y/o 90 mmHg) fue de 26.6%. En los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000, la prevalencia

actual de hipertensión arteriales de 30.05% (población de 20 a 69 años de edad), en el sexo masculino la prevalencia es de 34.20% y en el femenino es de 26.30%. Y es mayor en los estados del norte. La mayor prevalencia de Hipertensión Arterial se continua presentando en los estados de la región norte del país, de acuerdo a estimaciones de la ENSA 2000, el estado de Baja California fue el de mayor prevalencia con 36.4% y la menor prevalencia la presentó el estado de Oaxaca 23.2%. (Bibliotecas.Salud, 2011)

En esta encuesta el control de la hipertensión se estima en una tasa de Hipertensos conocidos del 14.3%, sin tratamiento 30.4% y una tasa de Hipertensos controlados del 36%. Se señala además que sólo el 29% de los Hipertensos esenciales mexicanos, tratados farmacológicamente, están controlados óptimamente (presión arterial menor de 140/90 mmHg). Existe obesidad en el 46.3% de la población mexicana mayor de 20 años de edad, factor de riesgo que se asocia frecuentemente con la hipertensión arterial. (Bennet, 1997)

La prevalencia de la Hipertensión aumenta con la edad en todos los grupos, raza negra y blanca, varones y mujeres. La Hipertensión constituye un problema de salud muy frecuente en la población geriátrica: 65 % de las personas de 65 a 74 años de edad son hipertensas. La raza negra tiene una mayor prevalencia de hipertensión que la blanca (38 % contra 29%), al igual que los hombres a diferencia de las mujeres (33% contra 27%). Es más frecuente en el varón que en la mujer hasta los 50 años; después de esta edad, las cifras se invierten. Aproximadamente 70 % de los hipertensos entre 18 y 74 años de edad, o 15 % de la población de adultos en Estados Unidos, padecen hipertensión en Fase I. En las personas de raza negra las cifras tienden a ser más altas que en las de raza blanca. La prevalencia aumenta con la edad, desde menor de 5 % en los menores de 50 años hasta 22 % en los de 80 años y más. (Portal Medico, 2010)

A pesar del reconocimiento público creciente y un acopio de medicamentos Antihipertensivos que crece con rapidez, la hipertensión es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad cardiovascular. El tratamiento Antihipertensivos

debe llevarse a cabo en el contexto de la atención global de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, y su objetivo final debe ser disminuir el riesgo cardiovascular total. (Kelly, 1991)

La Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) es un importante factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y renales. Como ya hemos visto la mortalidad por estas complicaciones ha mostrado un incremento sostenido durante las últimas décadas. Por tal motivo existe un equipo de salud que ayuda al individuo, familia o comunidad, uno de ellos, es el personal de enfermería, ya que la enfermera es la que tiene el primer contacto con el paciente, en la toma de signos vitales, y es donde podemos definir si existe o está en proceso de padecer Hipertensión arterial. Enfermería ante estos padecimientos actúa previniendo secuelas, obteniendo beneficios para el usuario, uno de ellos es recuperación de la esperanza y aumento de su periodo y calidad de vida, y cuando el padecimiento aún no está presente, enfermería realiza promoción a la salud. Es por ello que me permití realizar el presente trabajo, ya que aún nos quedan muchas cosas por hacer, y que es una de las patologías más frecuentes y repetitivas en nuestro país, pero que aun así no hacemos conciencia de la gravedad y de las complicaciones que estas representan. Es importante empezar por nuestros hogares con nuestra familia, incluso con nosotros mismos para así poder ayudar a los demás.

Por lo anterior es importante aplicar el proceso de enfermería, recordando que no se tratan de presión arterial, si no el riesgo que ellas presentan. El costo económico del tratamiento de esta enfermedad es alto, pero mayor lo es el de sus complicaciones.

TEMA II. OBJETIVOS

2.1 General

Aplicación del proceso de enfermería en sus cinco etapas sistemáticas a un paciente con Hipertensión Arterial brindando cuidados holísticos con atención oportuna de calidad y calidez, previniendo complicaciones.

2.2 Específicos

- Recolección de la información de acuerdo a la valoración de requisitos de Autocuidado de Orem.
- Análisis de la información obtenida para la elaboración de los diagnósticos de enfermería de acuerdo al estado de salud del usuario.
- Diseñar un plan de intervenciones estableciendo objetivos y acciones encaminados a prevenir y tratar los problemas relacionados con la salud
- Llevar a la práctica el plan mediante acciones que conduzcan al logro de los objetivos planeados.
- Evaluación de las acciones prescritas y determinación del progreso del paciente hacia el logro de los objetivos.

TEMA III. METODOLOGÍA

Para la realización del presente trabajo se tomo un curso de investigación sobre proceso de enfermería y la teórica a utilizar que es Dorothea E. Orem y el autocuidado, se llevo a cabo del día 27 de noviembre 2010 al 5 de febrero 2011, durante el curso se decidió con que paciente y/o usuario se trabajaría, acorde a su patología y necesidades alteradas.

Posterior al curso de investigación se realizó el proceso de enfermería, antes con previa bibliografía consultada, fue aplicado a un usuario de 85 años de edad, con la patología de hipertensión arterial, con el permiso del usuario, bajo consentimiento informado.

Para la realización de la entrevista se realiza un cuestionario al usuario, que tiene por nombre valoración y que se realiza de acuerdo al marco conceptual de la teoría del autocuidado de D. Orem, este se divide en cuatro apartados que son: 1) factores condicionantes básicos, 2) requisitos de autocuidado universales, 3) requisitos de autocuidado de desarrollo y 4) requisitos de desviación de la salud.

Una vez realizada la valoración se elaboran los diagnósticos de enfermería de acuerdo a las necesidades alteradas, esto nos sirve para ayudar al usuario a que tenga una mejor calidad de vida, evitando complicaciones mejorando su salud.

Posterior a ello se realizan las intervenciones y actividades al usuario, en el tiempo de dos meses, modificando su estilo de vida, pero realizando las actividades en la forma correcta y adecuada en beneficio del usuario.

Una vez que se han realizado las intervenciones se evalúan los resultados, de acuerdo al NOC, para verificar que el objetivo planeado se haya logrado, y que si esto no fue así, modificar las intervenciones con un nuevo plan de estrategia.

Para finalmente presentar conclusiones y sugerencias.

TEMA IV. CASO CLÍNICO

A.C.S se trata de un usuario sexo masculino de 85 años de edad originario de la comunidad de San Jerónimo Totoltepec, municipio de San José Villa de Allende, estado de México, residente del mismo lugar, no fue a la escuela pero aprendió a leer y a escribir a los 18 años, por un amigo y vecino de la misma comunidad, es de religión católica, su esposa hace 20 años que falleció.

Es padre de 8 hijos, 5 hombres y 3 mujeres, uno falleció de cirrosis hepática, y los 7 que están se encuentran aparentemente sanos. La casa en la que habita es de su hija, actualmente vive con su hija y sus nietos, la vivienda cuenta con todos los servicios, sin promiscuidad, ni hacinamiento, el patio se encuentra con poco espacio y en la mayoría de la casa se encuentran escaleras. La mayoría de sus hijos se encuentran en la misma comunidad. Depende económicamente de su hija y de la pensión que recibe cada dos meses del programa de oportunidades de la tercera edad, con este dinero se le compra ropa y zapatos, pocas veces recibe aportaciones de sus otros 6 hijos, eso le sirve para su visita médica al doctor.

Pesa 82 kg. Talla 1.45. Índice de masa corporal 39.0. Consume carne dos veces por semana, por lo general es pollo, verduras dos veces por semana (papa, zanahoria), fruta dos porciones por semana (manzana, plátano), pan cuatro veces a la semana; generalmente desayuna te con pan, 8 tortillas acompañado de frijoles y nopales, queso, no toma leche porque le hace daño; comida, pollo con verduras, o en salsa verde (una pieza), sopa de fideo o arroz (una porción), siete tortillas, dos vasos de agua de limón o algún otro sabor; colación un pan y una fruta ya sea plátano o manzana, cabe mencionar que en cada comida, consume más de 6 gr de sal, comenta que sin sal no le sabe la comida; regularmente ya no cena, ya que si lo hace, menciona “se me inflama el estómago, me levanto dos o tres veces al baño y no puede dormir, le cuesta trabajo para comer, la mayoría de su dentadura ya no la tiene, principalmente los de adelante, y los que tiene se le mueven, procura comer cosas que no estén muy duras y tarda para poder triturar ingerir los alimentos, en los

últimos seis meses ha ganado peso con una aproximación de 4 kg. No consume una dieta especial para su padecimiento, porque menciona “siempre ha comido lo mismo pues es a lo que están acostumbrados su hija y sus nietos”, consume un litro y medio de agua al día, jugo diario, el agua que consume es agua potable, solo en ocasiones la hierve. Hace tres años que dejó el refresco; No es alérgica a ningún alimento ni medicamento. Evacúa 2 veces al día, las evacuaciones son semilíquidas, estas son entre verdosas y amarillas. Orina 3 o 4 veces al día y cuando toma agua por la noche se levanta dos veces.

Baño y cambio de ropa exterior e interior de una a dos veces por semana, necesita ayuda para bañarse, su hija lo hace, aunque muchas veces no puede hacerlo no se realiza lavado de dientes ni enjuague bucal. No es un hábito higiénico que haya adoptado en su vida diaria. Duerme menos de 6 horas durante la noche, refiere que se levanta cansado, tiene dificultad para conciliar el sueño, ya que refiere que en la habitación donde duerme es de madera y fría, menciona que siempre se encuentra en constante iluminación, durante el día se la pasa bostezando, actualmente toma pastillas que le recetó el médico del seguro para poder conciliar el sueño, no se las toma seguido, ya que refiere que no le hacen efecto. Dedicó su tiempo libre a escribir pasando sus rezos y oraciones y repasarlos para aprendérselos, tiene muy buena relación con su hija y nietos, aunque le gustaría salir a caminar, limpiar y cuidar sus magueyes, pero su enfermedad no se lo permite, se le inflaman los pies, algunas veces le produce dolor, se la pasa en el patio sentado de un lado a otro ya sea en la sombra o en el sol dependiendo de cómo se sienta físicamente. Comenta que le gustaría realizar otras actividades en las que pueda distraerse, se aburre de hacer lo mismo todos los días. No realiza ningún tipo de ejercicio, refiere que lo ha intentado hacer pero se siente cansado y sin fuerza, solo camina en el patio de su casa por periodos cortos de 10 a 15 minutos, refiere que le gustaría caminar fuera de su casa.

Empieza a presentar problemas de audición, se le tiene que hablar fuerte para que escuche, ya perdió la vista del ojo derecho, el médico le diagnosticó catarata, actualmente utiliza lentes de armazón. Se encuentra consciente, con lenguaje coherente y fluido, comienza a tener problemas de concentración, olvida donde están

las cosas, no se acuerda a donde las deja. Para la de ambulación utiliza su bastón.” refiere que le cuesta trabajo subir y bajar las escaleras”.

Hace cinco meses se le realizó examen de la próstata, para ello el médico le dio un medicamento, como prevención de complicaciones.

Cursa con hipertensión arterial hace 3 años se desconoce las cifras tensionales con las que se hizo el diagnóstico, es tratado con Nifedipino indicado por médico particular es suspendido hace dos meses, ya que se le terminó el medicamento, no ha recibido orientación sobre los beneficios del medicamento, anteriormente acudía a consulta cada mes para chequearle la presión, en estos momentos no lo ha hecho, ya que no cuenta con recursos disponibles para la atención de la enfermedad, refiere que no ha podido ir por cuestiones de tiempo y económicas, no ha recibido orientación precisa sobre su enfermedad, ha sufrido caídas cuando se le sube la presión arterial, no cuenta con ningún aparato mecánico para estarle midiendo la presión, mas sin embargo ha aceptado los cambios corporales a partir de su enfermedad, pide que se le ayude para prevenir complicaciones de su enfermedad, aunque sus hijos se encuentren en la misma comunidad recibe muy poco apoyo de ellos.

Se le toman signos vitales: 150/86 FC: 84 FR: 20 T: 36.6

Plan terapéutico: en casa, hace un mes que se le terminó

- Nifedipino 1 tableta diario 10 mg V.O.
- Normolem Melatonina 3 mg, una antes de dormir
- Indometacina/Betametasona/Metocarbamol 1 diaria
 - 25 mg/0.75 mg/215 mg.
- Tramsulosina 0.4mg.

TEMA V. MARCO TEÓRICO

5.1. Proceso de Atención Enfermería

Desarrollo histórico

A partir de su estado embrionario en la década de los cincuenta, el proceso de enfermería ha llegado a convertirse en una actividad organizada, que va adquiriendo lentamente, un mayor reconocimiento en nuestro país, a pesar de ser un método de intervención enfermera bastante consolidado en Norteamérica. La revisión de la bibliografía escrita relacionada a este tema revela las vicisitudes por las que ha pasado este proceso hasta alcanzar su estado de desarrollo actual. Así, haciendo memoria histórica sobre su aparición, hemos retrotraernos a 1955, momento en que Lydia Hall pronuncio una conferencia en Nueva Jersey acerca de la calidad de la asistencia sanitaria. Esta autora, en el trascurso de su conferencia, empezó desarrollando sus ideas acerca de la asistencia sanitaria para llegar a la afirmación central de su conferencia: “La asistencia sanitaria es un proceso. En este sentido, definió como preposiciones fundamentales: “la asistencia sanitaria a el paciente, para el paciente y con el paciente”. Dichos enunciados debían guiar el objetivo del proceso enfermería, por lo que podían utilizarse para evaluar el grado de calidad el mismo. (Manual de enfermería, 2002)

Del mismo modo, la obra de I.J. Orlando, publicada a comienzos de la década de los sesenta, ha sido citada con frecuencia por su presentación del proceso enfermería, así como por la identificación que en ella se realizan las actividades sanitarias. El componente central de la obra de Orlando, titulada La relación dinámica enfermera-paciente, lo constituye la relación interpersonal.

Al proponer la realización de acciones deliberadas, Orlando establece las distinciones entre estas y las actividades automáticas que pueden llegar a formar

parte de la actuación del profesional de enfermería; asimismo fue una de las primeras autoras que utilizó el término proceso de la asistencia sanitaria, hoy conocido como proceso de enfermería. (Hernandez Conesa, 1999).

Hasta los primeros años de la década de los sesenta no se aprecia un denodado interés por este proceso. Como hemos señalado anteriormente, Hall definía el objetivo de la asistencia sanitaria, mientras Orlando diferenciaba las fases de dicho proceso en términos de relaciones interpersonales, y otras teóricas se dedicaban a explorar formas de analizar su filosofía y sus valores. Así, en 1966 Lois Knowles presentó una descripción de un modelo que contenía las actividades que constituyen el cometido de los profesionales de la enfermería. Sugiere esta autora que el éxito profesional de la enfermería depende de su maestría para desarrollar las siguientes actividades:

Descubrir: el profesional de la enfermería adquiere conocimientos o información acerca de algo que no conocía previamente; tal información debe contribuir a la prestación de un mejor servicio al paciente.

Investigar: el profesional de la enfermería utiliza la información procedente del mayor número posible de fuentes para obtener datos acerca del paciente.

Decidir: el profesional de la enfermería planea el procedimiento a seguir en la asistencia del paciente. Tienen en cuenta todas las facetas del problema y decide cuál es la mejor forma de abordar la situación.

Actuar: el profesional de la enfermería desarrolla en la práctica el plan que ha concebido.

Discriminar: el profesional de la enfermería establece prioridades mediante la evaluación de los problemas y necesidades del paciente.

Estas cinco fases no son idénticas a las del proceso de enfermería tal y como se identifican en la actualidad, pero suponen en gran medida un paso determinante para su conformación usual hoy día. (Lippincott.J., 1998)

En 1967 un comité norteamericano definió el proceso de enfermería,” La relación que se establece entre un paciente y una enfermera en un determinado medio ambiente; incluye los esquemas de comportamiento y acción del paciente y de la enfermera, y la interacción resultante. Las fases del proceso son: percepción, comunicación, interpretación, intervención y evaluación. En ese mismo año, un grupo de profesores de la escuela de asistencia sanitaria de la universidad católica de Norteamérica identificó las siguientes fases del proceso de enfermería: valoración, planificación, ejecución y evaluación.

El proceso enfermero ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. “Hall en 1955 lo describió como un proceso distinto. Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) desarrollaron un proceso de tres fases diferentes, que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de la década de los años 70, Blach (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar al proceso de cinco fases”.

Para la asociación Americana de enfermería (A.N.A) el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión; su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementando la calidad en la atención del individuo, familia y comunidad. (Manual de enfermería, 2002)

Así en muchos países, la aplicación del proceso es un requisito para el ejercicio de la enfermería profesional; en el nuestro, cada día adquiere mayor relevancia en la formación de enfermeras (os) y en su aplicación durante la práctica; sin embargo todavía nos falta camino por recorrer en este terreno, el cual resulta reconocido para muchas compañeras (os) aun en nuestros días. (Potter P. P., 2002)

Objetivos

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

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad. (W.lyer, 1993)

El desarrollo del PAE

Hace falta una interacción entre el personal de enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades:

- Capacidad técnica (manejo de instrumental y aparataje).
- Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico).
- Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar). (Manual de enfermería, 2002)

Las 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.

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

Beneficios que se obtienen de su aplicación

Con la aplicación del proceso se delimita el campo de acción específico de la enfermería y con ello se demuestra que la enfermera (o) profesional realiza numerosas acciones que van más allá del cumplimiento de una prescripción médica, ya que el proceso enfermero complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al centrarse en la respuesta humana.

Las enfermeras (os) al aplicar el proceso podrán experimentar satisfacción al ser valoradas (os) por los integrantes del equipo sanitario dadas sus diversas competencias profesionales; además de favorecer en ellas (os) el desarrollo del pensamiento crítico; es decir un pensamiento analítico, de liberado, cuidadoso y dirigido al logro de un objetivo, pues emplea principios y el método científico para emitir juicios basados en evidencias.

Por otra parte el proceso compromete al individuo, familia y comunidad para tomar parte activa en las decisiones y cuidados que permitan mantener o recuperar la salud. (Potter P. P., 1999)

Conceptualización

Se entiende por proceso de enfermería el método enfermero de intervención que permite, tras el análisis de un caso- paciente-concreto, crear unas condiciones adecuadas y eficientes con la finalidad de obtener el estado deseado; en palabras de Alfaro, “es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados”. (Rodriguez Sanchez, 2002)

Queda de todo punto explicitado que se trata de un procedimiento metódico de intervención práctica; ello conlleva la aplicación de acciones prácticas – cuidados de enfermería, con un fin práctico e inmediato, suprema hacia una explicación o predicción. (Potter P. P., 1999)

Cabe mencionar que es una forma ordenada y sistemática de determinar los problemas de un individuo, formulando y realizando los planes para resolverlos, llevarlos a cabo y evaluar hasta que punto estos planes resulten adecuados para solucionar los problemas identificados.

Es un proceso de planificación de las atenciones centrado en el paciente de forma lógica y sistemática a través de la valoración, la planificación, la intervención y la evaluación. Estos problemas hacen referencia a la manifestación de una necesidad alterada que conduce a una serie sistemática de acciones, cambios o funciones que nos lleva a un resultado específico.

Para enfermería es el instrumento básico del trabajo enfermero, que nos permite actuar con método adaptándonos a cada sujeto (entendido como individuo o como grupo), generando una información básica para la investigación en enfermería. (Beare, 1993)

Funciones

Las funciones del proceso de enfermería se han clasificado en dos apartados: de una parte, las funciones que cumple para las instituciones en las que se desarrolla la actividad enfermera, y de otra, las funciones que cumple para el propio sujeto que se servirá de dicho método de intervención durante el desarrollo de su profesión, esto es, para el profesional de enfermería.

1) Funciones del proceso de enfermería para las instituciones

Simbólica, que trata de generar respuestas a las deficiencias percibidas por la organización. Desempeña esa función de símbolo entorno a la cual se dan respuestas a los problemas detectados; por tanto, su existencia es garantía de que se poseen los instrumentos pertinentes para solucionar dificultades.

Propagandística, debe servir como seña de identidad de la propia profesión con la que trata de acreditar su servicio y obtener su reconocimiento. Es, en suma, la imagen de los profesionales de enfermería que se da a la sociedad en general.

Racionalidad, es un instrumento para analizar e interpretar las propias prácticas y su historia desde una perspectiva de científicidad.

Política, en la medida en que crea un marco organizativo para la toma de decisiones sobre cuestiones que afectan a muchos ciudadanos. (Manual de enfermería, 2002)

2) Funciones del proceso de enfermería para el profesional de enfermería

Satisfacer ciertas necesidades personales inmediatas, como las de reducir la incertidumbre y la ansiedad.

Lograr un sentimiento de control, seguridad y confianza en las decisiones y acciones a realizar.

Ayudar a la formación continuada del profesional, dada la necesidad de reordenar y aprender nuevos conocimientos que pueden ser requeridos ante nuevos casos.

Ordenar los medios y recursos tanto, cognoscitivos como materiales, de los que se disponen para la actuación enfermera.

Organizar el tiempo de que se dispone para conseguir los fines propuestos.

Preparar las actividades que se pondrán en marcha.

Facilitar el recuerdo de los objetivos y actividades propuestos para el desarrollo de la intervención enfermera.

Organizar la relación y preparación del paciente para la intervención enfermera.

Modificar el plan de actuación a fin de adecuarlo a las circunstancias particulares que encontramos en cada situación de cuidados.

Cumplir los requisitos administrativos.

Facilitar la tarea del equipo de enfermería, como en el caso de los turnos de 24 horas, así como la continuidad de la intervención iniciada por un profesional de enfermería, en caso de baja del mismo, o por traslado del paciente a otra unidad o centro, siendo un medio de comunicación entre los profesionales de enfermería, lo que permite mejorar las actuaciones de distintos profesionales sobre los mismos pacientes. (Manual de Enfermería, 2005)

Características

Es un *método* porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera (o), que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas del método científico.

Es *sistemático* por estar conformado de 5 etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación). Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.

Es *humanista* por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.

Es *intencionado* porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo. Al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y de la propia enfermera (o).

Es *dinámico* por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre. Responde a un cambio continuo. (Potter P. P., 2002)

Es *flexible* por que puede aplicarse con los diversos contextos con la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería. 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.

Es *interactivo* por requerir de la interrelación humano-humano con el usuario para acordar y lograr objetivos comunes. Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.

Y *con una base teórica*, la enfermera tiene una base científica, una fundamentación en que basarse para proporcionarle la cantidad y calidad de cuidados necesarios a su condición pertinente. El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico o de enfermería.

Se *orienta a unos objetivos* claros y precisos. Tiene una *finalidad* se dirige a un objetivo. Es un *elemento esencial* para la historia de salud de los sujetos de cuidados. (Witter Dugas, 1996)

Requisitos para aplicar el Proceso Enfermero

La enfermera (o) debe reunir una serie de competencias profesionales en las áreas *del saber, saber hacer y saber ser* y convivir para aplicar el proceso con facilidad y lograr cambios que favorezcan la salud del usuario, familia y comunidad.

Las competencias del área del saber: se refieren al dominio de conocimientos propios de la enfermería y de disciplinas afines y complementarias a la profesión, que son sustento teórico de los cuidados enfermeros y permiten a abordar la problemática del usuario desde diferentes puntos de vista (biológico, psicológico, sociológico, antropológico, filosófico, etc.)

Son competencias del área del saber hacer: las actividades de carácter intelectual que constituyen el pensamiento crítico; es decir los razonamientos lógicos, analíticos y reflexivos. En relación con lo que hacemos u opinamos, a fin de ser "competentes, flexibles y creativos". En la aplicación del proceso enfermero se requieren de este tipo de competencias, por tal razón se convierte en el sistema dentro del cual puede aplicar su capacidad de razonamiento crítico. Así mismo son competencias de esta área las habilidades prácticas que apoyadas en el conocimiento, reflexión y experiencia permiten valorar al usuario, planear y ejecutar funciones independientes e interdependientes de enfermería.

El pensamiento crítico: Es un proceso mental que implica el examen y el análisis racional de toda la información e ideas disponibles, así como la formulación de conclusiones y decisiones. El pensamiento crítico se relaciona con el proceso porque es una parte esencial en el método de solución de problemas y de la toma de decisiones y por consiguiente, es una habilidad indispensable para aplicar cada una de las etapas del proceso enfermero.

Las características de un pensador crítico deben ser: Actitud inquisitiva en la que formula preguntas y solicita aclaraciones, aplica conocimientos y experiencias previas, valora una situación desde varias perspectivas, sopesa riesgos y beneficios antes de tomar decisiones, prioriza, Reconoce sus capacidades y solicita ayuda cuando es necesario, tiene mentalidad abierta para escuchar otros puntos de vista, es creativo y flexible, emplea la lógica al: validar, distinguir hechos de falacias, hacer inferencias y cuando apoya sus opiniones en evidencias. (Manual de enfermería, 2002)

Etapas del Proceso Enfermero

Consta de cinco etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a lo siguiente.

1.- La **valoración** nos permite reunir la información necesaria referente al usuario, familia y comunidad con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatologías así como los recursos (capacidades) con los que se cuentan. Es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores

2.- El **diagnóstico** consiste en el análisis de la información obtenida para emitir un juicio crítico sobre el estado de salud del usuario, familia y comunidad. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.

3.- La **planeación** es el desarrollo de un proyecto donde se establecen objetivos y acciones encaminadas a predecir, prevenir y tratar problemas relacionados con la salud. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

4.- La ***ejecución*** consiste en llevar a la práctica el plan mediante acciones que conduzcan el logro de los objetivos establecidos. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

5.- La ***evaluación*** permite determinar el progreso del usuario, familia y comunidad hacia el logro de objetivos y valorar las competencias de la enfermera (o) en el desarrollo de las cuatro etapas anteriores, lo que posibilita hacer las modificaciones necesarias. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos. (Rodriguez Sanchez, 2002)

1.- Valoración

Conceptualización

Es la primera etapa del proceso enfermero que nos permite estimar el estado de salud del usuario, familia y comunidad. Con la valoración se reúnen “todas las piezas necesarias del rompecabezas” correspondientes a respuestas humanas y fisiopatologías con lo que se logra el conocimiento integral de la persona o grupo. (Kozier, 1999)

Como el acto de revisar una situación con el propósito de emitir un diagnóstico acerca de los problemas del paciente. Es un proceso organizado, sistemático y deliberado de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de un paciente y poder establecer conclusiones posteriormente.

Es valorar la situación del sujeto en el proceso de cuidar en enfermería pone de manifiesto el carácter autónomo de nuestra actuación, que exige dotarnos de información suficiente para dar una respuesta profesional a la demanda de cuidados de los sujetos, permitiendo adaptar la respuesta a cada uno de ellos y modificarla si fuera necesario en respuesta a posibles cambios. (Lippincott.J., 1998)

Como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos de distintos tipos de fuentes, para analizar el estado de salud de un cliente. La importancia de esta fase

del proceso de enfermería ha sido señalada de forma específica en las normas sobre practica enfermera de la American Nurses Association. (Potter P. P., 2002)

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia. (W.Iyer, 1993)

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

- **Las convicciones del profesional:** conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.
- **Los conocimientos profesionales:** deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- **Habilidades:** en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- **Comunicarse de forma eficaz.** Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- **Observar sistemáticamente.** Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- **Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones.** Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una

inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados. (Gauntlett Beare P. , 2004)

La valoración que realiza la enfermera del usuario (s) tiene que ser total e integradora por lo que debe seguir un enfoque holístico; es decir un modelo enfermero para la identificación de respuestas humanas y la integración de elementos de un modelo medico para la identificación de respuestas fisiopatologías. (Lippincott, 1995)

La valoración por un modelo enfermero, puede derivarse de la aplicación de cualquier teoría de enfermería, de tal forma que se puede valorar al usuario (s) siguiendo las catorce necesidades de Henderson, los cuatro principios de conservación de Levine, los subsistemas de Johnson, los requisitos de autocuidado de Orem, etc. o bien optar por valorar siguiendo la perspectiva de las necesidades humanas, de los patrones funcionales de salud y de los patrones de la respuesta humana, así mismo la valoración por un modelo medico, puede utilizar la metodología de la exploración de cabeza a pies o por sistemas corporales. (Gauntlett Beare P. , 2000)

Los patrones funcionales de salud permiten recolectar información sobre respuestas humanas y fisiopatologías ya que son considerados como modelo enfermero para valorar y organizar información y como método para abordar el examen físico del usuario en áreas funcionales concretas.

Cabe hacer mención que la elección del modelo enfermero a utilizar depende de la preferencia hacia determinado enfoque o marco teórico:(respuestas humanas, necesidades humanas, patrones funcionales de salud o alguna teoría de enfermería en específico); así como de las características particulares de los usuarios (niños, adultos, embarazadas, personas sanas o enfermas etc.) y de las normas de la institución donde se labore. (Beare, 1993)

Pasos para realizar la Valoración

La valoración como proceso continuo proporciona información valiosa del usuario, permitiéndonos emitir juicios sobre el estado de salud a partir de la identificación de problemas reales y de riesgo, y de los recursos (capacidades) existentes para conservar y recuperar la salud.

Son cuatro los pasos que se deben realizar en la etapa de valoración:

- I. Recolección de la información.
- II. Validación de la información.
- III. Organización de los datos.
- IV. Documentación y Registro de la información.

I. Recolección de la información

Da inicio desde el primer encuentro en el usuario, y continua en cada encuentro subsiguiente hasta que la persona sea dada de alta por lo que es indispensable aprovechar cada momento en que se esté con el usuario y su familia para recolectar datos que nos permitan conocerlos.

Para obtener la información se recurre tanto a fuentes directas como indirectas. Son fuentes directas primarias el usuario y su familia (ellos constituyen la principal fuente de información), los amigos y otros profesionales del área de la salud son fuentes directas secundarias porque aportan datos valiosos sobre el usuario y su familia. Las fuentes indirectas de información a las que también se debe recurrir son el expediente clínico y la bibliografía relevante.

Es indispensable contar con una guía durante la recolección de la información, para seguir una metodología específica durante la valoración evitar omisiones y facilitar a la vez la agrupación de datos.

Esta guía debe de considerar: datos bibliográficos del usuario o familia (ejemplo: nombre, sexo, edad, estado civil, ocupación, religión etc.); métodos personales y familiares de enfermedad (ejemplo: enfermedades anteriores, enfermedades de la familia, enfermedad actual, tratamiento medicamentos, etc.); aspectos a valorar según el modelo enfermero que se vaya a utilizar (ejemplo: patrones de respuesta humana, patrones funcionales de salud, necesidades humanas etc.) y los datos para el examen físico. (Rodriguez Sanchez, 2002)

La recolección de los datos del usuario puede ser general o específica (focalizada); así primero tendrá un conocimiento de todos los aspectos relacionados con el estado de salud y una vez detectado el problema real o de riesgo centrar la valoración en un área específica. Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud. (W.Iyer, 1993)

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

Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente, factores contribuyentes en los problemas de salud. En las valoraciones posteriores, tenemos

que tener en cuenta: Confirmar los problemas de salud que hemos detectado, análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente, determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido y obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

Fuente de Datos

Los datos se recogen de distintas fuentes: Se clasifican en:

- **Primarias**
- **Secundarias**

Primarias: El cliente es la fuente primaria, y deberá utilizarse para obtener datos subjetivos pertinentes. El cliente puede con toda exactitud: 1) compartir percepciones y sentimientos personales sobre la salud y la enfermedad 2) identificar objetivos o problemas individuales y 3) convalidar respuestas al diagnóstico o modalidades del tratamiento.

Secundarias: son aquellas distintas del cliente. Se utilizan en los casos en los que el cliente no puede participar o cuando se precisa información adicional para aclarar o convalidar datos aportados por él. Pueden ser los familiares del cliente o personas allegadas, individuos del entorno inmediato del paciente y otros miembros del equipo de salud y los historiales médicos. La familia, los amigos y los compañeros del trabajo también pueden aportar datos históricos.

Otro paciente puede aportar datos actuales sobre hechos acaecidos cuando la enfermera no está presente. El historial médico contiene abundantes datos demográficos: estado civil, trabajo, religión, seguro. Esto proporciona intuiciones del estado socioeconómico del paciente. La enfermera tiene que tener en cuenta el derecho que tiene el paciente a la intimidad y confidencialidad. (Kozier, 1999)

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, interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades. Durante la valoración el profesional de enfermería recoge cuatro tipos de datos: *subjetivos, objetivos, históricos y actuales*.

Subjetivos: son aquellos que el usuario nos refiere y que manifiestan una percepción de carácter individual (ejemplo: el dolor, el temor, la debilidad, la impotencia, etc.). Podría describirse como la visión que el individuo tiene de una situación o serie de acontecimientos. Se obtienen durante la anamnesis de enfermería e incluyen las percepciones los sentimientos e ideas del cliente sobre sí mismo y sobre el estado de salud personal. 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).

Objetivos: la información que se puede observar y medir a través de los órganos de los sentidos (ejemplo: la frecuencia cardíaca, el color de piel, el peso y la talla, la tensión arterial, la presencia de edema, etc.). Son observables y mensurables. Esta información habitualmente se obtiene a través de los sentidos vista, olfato, oído y tacto- durante la exploración física del cliente. (Rodriguez Sanchez, 2002)

Históricos: se refieren a hechos del pasado y que se relacionan con la salud del usuario (ejemplo: antecedentes familiares y personales de enfermedad, conductas que se han tenido para el cuidado de la salud, hospitalizaciones, tratamientos médicos recibidos, etc.).

Son aquellos referentes a hechos acaecidos con anterioridad al momento presente, que podrían incluir hospitalizaciones previas, patrones normales de eliminación o enfermedades crónicas.

Actúales son hechos que suceden en el momento y que son el motivo de consulta u hospitalización. Ejemplo: la hipertermia, la deshidratación, el sangrado, el insomnio, el alcoholismo, la ansiedad etc.). Son aquellos que se refieren a hechos que están pasando en el momento presente (tensión arterial, vómitos, dolor posoperatorio). (Manual de enfermería, 2002)

Toda información se recolecta por medio de la *entrevista, observación y examen físico* ambas se complementan y clarifican mutuamente, en consecuencia se pueden realizar en forma simultánea.

A) La entrevista, es una labor completa que requiere ante todo de habilidad en la comunicación y de la interrelación estrecha con el usuario. Tienen como finalidad: la obtención de la información necesaria para el diagnóstico y planeación de actividades, la iniciación de un ambiente terapéutico caracterizado por el diálogo, respeto y confianza y el establecimiento de objetivos comunes entre la enfermera y el usuario.

Toda entrevista por más sencilla que sea debe tener una introducción, para saludar al usuario (a), proceder a presentarse y explicar la razón de la entrevista; también debe poseer un núcleo, caracterizado por el dialogo y por seguir la estructura de la guía de valoración (es recomendable seguir un orden para evitar omisiones). Por último la entrevista debe presentar un cierre para informar al usuario sobre su término, agradecer la colaboración y establecer objetivos comunes. (Manual de Enfermería, 2005)

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. (Lippincott, 1995)

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

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos Y también.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración. (Potter P. P., 2002)

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

- **Iniciación:** Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- **Cuerpo:** La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.
- **Cierre:** Es la fase final de la entrevista No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación. (Potter P. P., 1999)

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

- Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican;
- Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiéndose por esto no solamente los ruidos audibles sino también, la imagen global que ofrece el centro sanitario. Éstas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos. (Gauntlett Beare P. , 2004)

Las técnicas verbales son:

- El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.
- Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son: Expresiones faciales, la forma de estar y la posición corporal, los gestos, el contacto físico y la forma de hablar.

Para finalizar la entrevista y siguiendo a Briggs, J. (1985) y Gazda G.M. (1975) las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción, y respeto.

- **Empatía:** capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, Cibanal (1991). Pero Borrell (1989), nos

aporta que no basta con comprender al cliente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía pues consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente, Y otro en el que le da a entender que la comprende.

- **Calidez:** Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal
- **Respeto:** Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos Borrell (1989). En palabras de Cibanal (1991), implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.
- **Concreción:** Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos Y compartidos de la entrevista, Borrell (1989). Cibanal (1991) nos aporta una quinta característica del entrevistador: La autenticidad, ésta supone que «uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos». (Kozier, 1999)

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

1. Seguir la guía de valoración para llevar un orden y saber exactamente lo que se va a preguntar al usuario (evitar improvisar).
2. Asegurar un entorno con las características de privacidad y tranquilidad.
3. Valorar el momento para realizar la entrevista, el usuario debe encontrarse en condiciones físicas y emocionales idóneas para poder contestar a las preguntas.
4. Mantener durante la entrevista una distancia de uno o dos metros con relación al usuario, porque lo puede intimidar (demasiado cerca) o demostrar falta de interés (demasiado lejos). También hay que procurar que tanto la

cabeza de la enfermera como la del usuario estén en la misma altura, para facilitar la atención de ambos y evitar sentimientos de inferioridad por parte del usuario al percibirla (lo) por arriba de él.

5. Dedicar el tiempo necesario para la entrevista, si no es posible valorar en un solo momento al usuario, fraccionar la entrevista y centrar la atención en aquellas áreas que son de mayor problema; sin olvidar completar la valoración general en la primera oportunidad que se tenga.
6. Ser amable, cordial y respetuoso (evitar sobrenombres y diminutivos).
 - a. Ejemplo: se siente cansadito, "abuelito", "madrecita", "gordito".
7. Formular preguntas claras y sencillas, considerando el nivel educativo del usuario, (evite términos desconocidos. Seleccionar de acuerdo a la información que se desee obtener y características del usuario, preguntas abiertas o cerradas.
8. Escuchar con atención todo lo que dice el usuario (evitar escribir cuando él esté hablando).
9. Conseguir la información sin presionar al usuario (verbal o no verbal); porque puede obtener información errónea o perderse de la misma.
10. Poner atención en el lenguaje no verbal del usuario, éste nos dice más que las palabras.
11. Dejar que el usuario exprese sus ideas para poder conocer su verdad (evitar completar o adivinar).
12. Desarrollar la capacidad de empatía, tratar de ver el mundo como lo ve el otro con el fin de comprender mejor la actitud y conducta del usuario. (Rodríguez Sanchez, 2002)

B) La observación: En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que 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. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados. (Lippincott.J., 1998)

C) El examen físico. 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. Permite obtener una serie de datos para valorar el estado de salud de un individuo y determinar la eficiencia de las intervenciones de enfermería y medicas. Se centra en: determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. (Rodriguez Sanchez, 2002)

La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas para efectuar el examen físico: *inspección, palpación, percusión y auscultación*, además de la medicación de las constantes vitales y de la somatometría.

La inspección consiste en la valoración utilizando los sentidos de la vista, olfato y oído. Es un proceso activo en donde la enfermera debe saber que va a inspeccionar y el orden a seguir; con la inspección se puede valorar: la forma del cuerpo, expresiones faciales, características de la piel, movimientos realizados, olor y ruidos que emite el usuario.

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).

La palpación es el examen del cuerpo utilizando el sentido del tacto, es decir las yemas de los dedos, ya que por su inervación las hace sensibles para determinar: textura, temperatura, posición y tamaño de órganos, pulsos periféricos, La palpación puede ser superficial (extensión de los dedos de la mano dominante en forma paralela a la superficie de la piel con presión suave

en sentido circular) y profunda (intervienen las dos manos ,la mano dominante para presionar y la otra para sujetar un órgano desde abajo. Para tener éxito en la palpación es necesario que el usuario se encuentre relajado, que las manos del explorador estén tibias e iniciar con la palpación superficial y en las zonas que no sean dolorosas.

Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración. (Hernandez Conesa, 1999)

La percusión es un método de valoración en el que la superficie del cuerpo es golpeada para producir sonidos o vibraciones y se emplea para estimar el tamaño y la forma de los órganos, la presencia de líquido, aire o algún sólido, la percusión puede ser directa al golpear el área que ha de percutir con las yemas de los dedos o indirecta cuando coloca contra la piel el dedo medio de la mano dominante y procede a golpear con la punta del dedo de la otra mano.

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.

La auscultación es el proceso de escuchar los sonidos producidos por el cuerpo y sirve para valorar el funcionamiento de diversos órganos. Al igual que la percusión esta puede ser directa cuando únicamente se emplea el sentido de la audición e indirecta empleando un estetoscopio.

Son aspectos imprescindibles del examen físico la medición de las constantes vitales (temperatura corporal, pulso, frecuencia cardiaca, respiración y tensión

arterial), estas deben ser valoradas en conjunto ya que reflejan el funcionamiento general, del organismo, permitiéndonos detectar problemas de salud, reales y de riesgo.

Por último, el examen físico incluye la somatometría (estatura, peso, perímetro y segmentos corporales), permiten valorar en forma general el estado de salud del usuario, al identificar el crecimiento normal y anormal de las estructuras corporales. (Lippincott, 1995)

II. Validación de la información

Una vez reunida la información del usuario tiene que ser válida para estar seguros de que los datos obtenidos sean los correctos y estén completos. La validación evita interpretaciones erróneas, omisiones, centrar la atención en la dirección equivocada y cometer errores al identificar los problemas.

Para la validación de datos es necesario: revalorar al usuario, solicitar a otra enfermera (o) que recolecte aquellos datos en los que no se esté seguro, comparar datos objetivos y subjetivos, consultar al usuario-familia y a otros integrantes del equipo sanitario. (Witter Dugas, 1996)

III. 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. Estas categorías ya las hemos visto en el apartado de examen físico y como habíamos apuntado, para el establecimiento de la agrupación, se debe elegir la que más se

adapte al modelo desarrollado en cada centro asistencial, etc. (Rodríguez Sánchez, 2002)

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 diagnósticas y los tratamientos prescritos.
- Valoración física
- Patrones funcionales de salud.

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). (Lippincott.J., 1998)

IV. Documentación y Registro de la información

Es el último paso de la etapa de valoración y consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y examen físico. Los objetivos que persigue el registro de la información son: favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria, facilitar la prestación de una asistencia de calidad, proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia, formar un registro legal permanente y ser base para la investigación en enfermería.

Con respecto al registro de los datos, esta varía de un centro laboral a otro, pero el saber cómo y qué anotar, es importante en extremo para el paciente y para

protegerse así misma de posibles demandas por mala práctica profesional. (Potter P. P., 2002)

Entre las recomendaciones a tener en cuenta en el momento de efectuar anotaciones se encuentra las siguientes:

1. Cumplir con la normas del centro laboral en cuanto a registros.

2. Evitar juicios de valor.

Ejemplo: El usuario padece de insomnio, cuando únicamente refirió no haber dormido bien anoche.

3. Escribir textualmente lo que el usuario expresa (entrecomillado).

Ejemplo: "siento miedo de morir en la intervención quirúrgica"

4. Acompañar las inferencias con las evidencias respectivas.

Ejemplo:

El usuario tiene ansiedad por que expresa sentimientos de incertidumbre, insomnio y alteración en las constantes vitales.

5. Señalar y escribir error y anotar a continuación la apreciación correcta (evitar tachaduras o aplicación de corrector).

Ejemplo:

La piel del usuario se encuentra integra. (Error).

La piel del usuario presenta cambio de color y elevación de la temperatura en la región sacra (correcto).

6. Procurar que la información sea importante y relevante.

7. Realizar anotaciones claras, concisas y completas.

8. Escribir con letra clara y con tinta indeleble.

9. Evitar dejar espacios en blanco porque pueden escribir en ellos algo que la incrimine.

10. Cuidar la ortografía y evitar abreviaturas.

11. Anotar siempre la fecha y hora en que realiza el registro.

12. Escribir toda la información que proporcione al equipo sanitario.

13. Registrar cuando un usuario o su familia rechazan determinado cuidado o medida terapéutica. (Beare, 1993)

2.- Diagnóstico

Evolución histórica del Diagnóstico de enfermería

El término diagnóstico de enfermería se utilizó por vez primera en la década de los años cincuenta. Con posterioridad, en 1960, Faye Abdellah introdujo un sistema clasificatorio para la identificación de 21 problemas clínicos del paciente. Este sistema se utilizó en el plan de estudios de las escuelas de enfermería norteamericanas de los años 60 para ayudar a los estudiantes a diagnosticar las respuestas del paciente ante la salud y la enfermedad, y de este modo identificar las actuaciones de enfermería pertinentes para dicha situación.

En la década de los setenta se reconocía la necesidad de desarrollar una terminología para describir los problemas de salud diagnosticados y tratados por el profesional de enfermería, por lo que en 1973 tuvo lugar la primera conferencia nacional sobre la clasificación de los diagnósticos de enfermería en la escuela de enfermería de la universidad de St. Louis. El grupo comenzó a formular diagnósticos de enfermería y publicó una lista provisional. Desde entonces han continuado trabajando para desarrollar y clarificar los diagnósticos enfermeros.

Del mismo modo, la American Nurses Association (ANA) aprobó y legitimó el uso del término diagnóstico de enfermería y el de proceso diagnóstico, exponiendo que: "Los diagnósticos de enfermería se obtienen de los datos del estado de salud del cliente". Esto proporcionó al profesional de enfermería un apoyo legal y una obligación profesional de utilizar el proceso diagnóstico para determinar los diagnósticos de enfermería adecuados. Llegado a este momento, el diagnóstico de enfermería se veía como un resultado o rótulo que provenía del proceso de diagnóstico. El desarrollo del diagnóstico de enfermería se convirtió en la segunda de las cinco fases del proceso enfermería. (Hernandez Conesa, 1999)

Conceptualización

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una función intelectual compleja, al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad, así como de los recursos existentes (capacidades). (Rodríguez Sanchez, 2002)

Diagnóstico es un juicio acerca del problema de un paciente, al que se llega mediante procesos deductivos a partir de los datos recogidos. La índole del problema es tal que puede mitigarse mediante la intervención de enfermería, constituye la base para establecer objetivos y para planear intervenciones. (W.Iyer, 1993)

Cualquier profesional que deba atender y dar respuesta a una situación que competa a su ámbito profesional necesita poder nombrar la situación, es decir, etiquetarla, utilizando un lenguaje que permita la comunicación clara entre todos los miembros del colectivo profesional. Los diagnósticos son solo etiquetas que nos permiten identificar y nombrar las situaciones de cuidados que tratamos. Es una declaración que identifica la existencia de un estado no deseado. (Witter Dugas, 1996)

Como un juicio acerca del problema de un paciente, al que llega mediante procesos deductivos a partir de los datos recogidos. La índole del problema es tal que puede mitigarse mediante la intervención enfermera. Diagnóstico de enfermería hecho por la NANDA: es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, de la familia o de la comunidad ante problemas de salud reales o potenciales, o procesos vitales. (Gauntlett Beare P. , 2004)

Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente. (Manual de Enfermería, 2005)

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico. Si 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.
- **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.). (Orizaga Samperio, 2000)

Fases del proceso de diagnóstico

1. Preparación de los datos
2. Convalidación
1. Preparación de datos

La información que la enfermera recoge sobre un determinado cliente resulta vital para el desarrollo del diagnóstico de enfermería y la posterior planificación de los

cuidados de enfermería. Antes de poder planificar, habrá que preparar, clasificar, interpretar y convalidar los datos reunidos.

- Clasificación: implica distribuir la información en categorías específicas. Algunos ejemplos son los sistemas corporales, los patrones de salud funcional, los datos históricos o la sintomatología significativa.
- Interpretación: implica la identificación, comparación con las normas o patrones y el reconocimiento de hábitos o tendencias. Las señales e interferencias desarrolladas a partir de la base de conocimientos científicos de enfermería ayudan a la enfermera a interpretar los datos. Una señal es un fragmento de información sobre un determinado cliente obtenido durante el proceso de valoración. Se trata de la percepción que tiene la enfermera de lo que existe basándose en datos subjetivos y objetivos obtenidos del cliente y otras secundarias.

La enfermera usa la teoría, los conocimientos, la experiencia y los datos reunidos sobre el cliente para hacer inferencias correctas. En este caso, la enfermera puede: 1) hacer una interpretación preliminar y convalidarla con el cliente, o 2) seguir recogiendo señales adicionales que puedan ayudar a aclarar inferencias basadas en las señales identificadas. (Potter P. P., 1999)

Pasos de la etapa de Diagnóstico

Para realizar esta etapa se requieren de cuatro pasos fundamentales:

- I. Razonamiento diagnóstico.
- II. Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.
- III. Validación.
- IV. Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

I. Razonamiento Diagnóstico

Es la aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas. La enfermera durante el razonamiento diagnóstico realiza diversas funciones intelectuales integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir en un juicio clínico. (Rodriguez Sanchez, 2002)

Pasos a seguir durante el razonamiento diagnóstico son los siguientes:

- Realizar un listado de todos los datos significativos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales, que aporte la valoración incluyendo los recursos (capacidades).
- Analizar y agrupar los datos significativos (indicios) que cree que se relacionan y realizar las deducciones correspondientes.
- Comparar los datos significativos (subjetivos, objetivos, históricos y actuales) con los factores relacionados/riesgo y con las características definitorias de las categorías diagnósticas de la N.A.N.DA.

En caso de respuestas fisiopatologías realizar investigación bibliográfica o pedir asesoría a un experto.

- Efectuar revaloración si existen dudas y lagunas de información.
- Determinar si la enfermera (o) tiene la autoridad para hacer el diagnóstico definitivo y ser el principal responsable de la predicción, prevención y tratamiento del problema (cuando la respuesta es SI es un diagnóstico enfermero, si la respuesta es NO es un problema interdependiente).
- Proceder a dar el nombre correspondiente a las respuestas humanas (diagnósticos enfermeros), y a las respuestas fisiopatologías (problemas interdependientes).
- Determinar los factores relacionados o de riesgo (etiología del problema). (Lippincott, 1995)

Requerimientos para formular diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes

Se requiere haber realizado la valoración y el razonamiento diagnóstico antes de iniciar con la formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes. También es preciso conocer las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A y la estructura que deben tener los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes de acuerdo a sus características.

II. Formulación de Diagnóstico Enfermero y Problema Interdependiente o de Colaboración

Es un juicio clínico sobre la respuesta humana de una persona, familia y comunidad a procesos vitales y a problemas de salud reales y de riesgo, en donde la enfermera (o) es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en forma independiente.

El problema interdependiente o de colaboración es un juicio clínico sobre la respuesta fisiopatología del organismo a problemas de salud reales o de riesgo en donde la enfermera (o) es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en colaboración con el equipo de salud.

Los problemas interdependientes se relacionan con la patología, con la aplicación del tratamiento prescrito por el médico y con el control tanto de la respuesta a éste como de la evolución de la situación patológica, lo que los sitúa en el ámbito de la interdependencia con otro profesional, aunque nuestra atención siga centrada en el usuario.

En la redacción de los problemas interdependientes se utiliza terminología médica, por consiguiente no deben emplearse las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A. (Manual de enfermería, 2002)

Diferencias entre un diagnóstico enfermero y un problema interdependiente

Ambos son juicios clínicos, el diagnóstico enfermero se centra en las respuestas humanas, que es el campo de acción específico de la enfermería, en donde la enfermera (o) tienen la autoridad para la predicción, prevención y tratamiento en forma independiente; en cambio el problema interdependiente se centra en las respuestas fisiopatológicas, en donde el médico es el principal responsable, la enfermera y el resto de los integrantes del equipo sanitario colaboran en la predicción, prevención y tratamiento. (W.Iyer, 1993)

Clasificación de los Diagnósticos Enfermeros

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.*

- **En el diagnóstico real:** describe la respuesta actual de una persona, familia o comunidad y se apoya en la existencia de características definitorias, (datos objetivos y subjetivos, además de tener factores relacionados. Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el diagnóstico.
- **El diagnóstico enfermero de riesgo (potencial):** describe respuestas humanas que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerables, no existen características definitorias (datos objetivos y subjetivos), solo se apoya en los factores de riesgo (etiología). Para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1. a

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).

- **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). (Kozier, 1999)
- **El diagnóstico enfermero de salud o de bienestar:** es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor. Juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.
- **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. (Manual de Enfermería, 2005)

Clasificación de los Problemas Interdependientes

Se clasifican en reales y de riesgo. Cuando el problema se hace evidente a través de sus signos y síntomas, se trata de un problema interdependiente real, y si existen factores de riesgo pero aun no hay manifestaciones clínicas, entonces se trata de un problema interdependiente de riesgo. Hay que tener presente que los problemas interdependientes se refieren a respuestas fisiopatologías y que deben redactarse con terminología médica.

Como se estructuran los problemas interdependientes

Los problemas interdependientes precisan del empleo de terminología médica y de la participación conjunta de los integrantes del equipo sanitario, razón por la cual no debe emplearse la taxonomía diagnóstica enfermera para renombrar situaciones fisiopatológicas, que ya tienen un nombre.

En la redacción de los problemas interdependientes *reales* se necesita el problema, etiología del problema y sintomatología; los problemas interdependientes de *riesgo* únicamente requieren del problema y etiología; así como de las palabras *riesgo de:* al inicio de su formulación.

Para unir el problema a la etiología se recomienda utilizar las palabras *secundario a:* y para integrar la sintomatología a la formulación se emplean las palabras *manifestado por:*

Nota: procurar que el problema corresponda a un signo, síntoma o síndrome detectado durante la valoración o que puede presentarse. (Gauntlett Beare P. , 2000)

Como se estructuran los Diagnósticos Enfermeros

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

- 1.- Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
- 2.- Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
- 3.- Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.
- 4.- Las características que definen el diagnóstico real son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.
- 5.- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo. El diagnóstico propuesto debe ser compatible con la definición de la NANDA de un diagnóstico de enfermería, esto es, debe cumplir los siguientes requisitos:

La *designación* proporciona un nombre al diagnóstico.

La *definición* ofrece una descripción clara y exacta del diagnóstico.

Los *factores relacionados* son las situaciones o circunstancias que pueden causar o contribuir al desarrollo del diagnóstico.

Los *factores de riesgo* son factores ambientales y elementos fisiológicos, genéticos o químicos que aumentan la vulnerabilidad a un acontecimiento nocivo. Para redactar un diagnóstico enfermero, el primer paso es utilizar el nombre correspondiente a la respuesta humana según las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A. previamente identificado por el profesional de enfermería durante el razonamiento diagnóstico. (Potter P. P., 1999)

En el caso del diagnóstico enfermero real se aconseja un formato en tres partes: *problema/factores relacionados y datos objetivos y subjetivos*.

El problema es la respuesta humana, los factores relacionados son la causa del problema (etiología), cuyo origen puede obedecer a trastornos fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales y los datos objetivos y subjetivos (características definitorias/sintomatología), son las evidencias de que el problema existe.

El problema se une a los factores relacionados con las palabras RELACIONADO CON, y estos se unen con las características definitorias mediante las palabras MANIFESTADO POR.

Para estructurar un diagnóstico enfermero de riesgo se emplean únicamente dos partes: problema/factores de riesgo, ya que no existen datos objetivos y subjetivos (características definitorias). Los factores de riesgo son aquellos que predisponen a un individuo familia o comunidad a un acontecimiento nocivo. (Orizaga Samperio, 2000)

Lo que se debe evitar al estructurar un diagnóstico.

Formular diagnósticos enfermeros empleando terminología médica, identificar dos problemas al mismo tiempo o sea dos diagnósticos de enfermería no son validos si están juntos, redactar el diagnóstico de manera que incrimine legalmente (por ejemplo: riesgo de traumatismo relacionado con falta de barandales en la cama y alteración mental); Usar debido a: en lugar en lugar de relacionado con: ya que la segunda fase identifica solo una relación entre la respuesta humana y los factores relacionados y no necesariamente una causa- efecto; redactar diagnósticos enfermeros con juicios de valor que surgen de los valores personales, y normas del profesional de enfermería, y no de datos objetivos y subjetivos; cambiar el orden de los elementos del diagnóstico enfermero; registrar dos enunciados en el diagnostico enfermero que tengan igual significado (por ejemplo: déficit de actividades recreativas relacionado con falta de actividades recreativas, manifestado por

aburrimento); escribir formulaciones diagnósticas sin considerar factores relacionados que la enfermera pueda solucionar o modificar en forma independiente (por ejemplo: limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con enfermedad pulmonar crónica, manifestada por disnea, estertores); emplear el diagnóstico médico en la formulación de un diagnóstico enfermero (por ejemplo: riesgo de infección relacionado con síndrome de inmunodeficiencia adquirida). (Witter Dugas, 1996)

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.
- La primera parte del diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal
- Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del diagnóstico.
- No indique el diagnóstico de Enfermería como si fuera un diagnóstico médico.
- No escriba un diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.
- No rebautice un problema médico para convertirlo en un diagnóstico de enfermería.
- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos. (Hernandez Conesa, 1999)

III. Validación

La validación consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, para lo cual se recomienda plantearse lo siguiente: la información recolectada del usuario/familia fue suficiente, el análisis y la agrupación de datos se hicieron en forma correcta, las deducciones realizadas fueron acertadas, la identificación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes fue correcta, para asignar el nombre a la respuesta humana se compararon los datos obtenidos con las características definitorias y factores relacionados de las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A., para asignar el nombre a la respuesta fisiopatología se consultaron fuentes bibliográficas y a otros profesionales del área de la salud, los factores relacionados o de riesgo corresponden al problema que se identificó y la estructura de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes se apegó a lo establecido. Durante la validación, la enfermera debe consultar al usuario para corroborar que esté en lo cierto, también es recomendable solicitar asesoría cuando no se reúnan los conocimientos o experiencias suficientes. (Orizaga Samperio, 2000)

IV.Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes

Una vez validados los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, pueden escribirse en la hoja de notas de enfermería y en los planes de cuidados para iniciar con la etapa de planeación. Las políticas y normas de cada institución para el cuidado de la salud generan una diversidad en los registros de enfermería; sin embargo todos deben considerar un apartado para que la enfermera documente sus juicios clínicos (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes). (Gauntlett Beare P. , 2000)

3.-Planeación o Planificación

Una vez que 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 cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

Conceptualización

Es la tercera etapa de del proceso enfermero que inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes. Consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo. Implica la redacción de intervenciones de enfermería que describan de qué modo la enfermera ayudara al cliente a conseguir los resultados propuestos. (Rodriguez Sanchez, 2002)

Estas intervenciones se basan:1) la información obtenida durante la entrevista de la valoración, y 2) las posteriores interacciones que tienen la enfermera con el cliente y su familia. Las características deseables de las intervenciones de enfermería son que sean coherentes, que se basen en principios científicos y que estén individualizadas para un cliente. Deberán ejecutarse para garantizar un entorno seguro, aprovechar las oportunidades de enseñanza-aprendizaje y utilizar los recursos apropiados y disponibles. (Kozier, 1999)

Consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermero identificadas en el diagnóstico de enfermería. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados. (Manual de enfermería, 2002)

Pasos para elaboración de la planeación

- I. Establecer prioridades
- II. Elaborar objetivos
- III. Determinar acciones de enfermería
- IV. Documentar el plan de cuidados

I. Establecimiento 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. (Potter P. P., 1999)

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Creemos que es de interés indicar aquí, que bajo una concepción holístico-humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, esta carencia coloca a la persona en un estado de supervivencia, a pesar de ello y en determinadas ocasiones de libre elección, la persona prefiere satisfacer unas necesidades, privándose de otras. Es obvio añadir que son problemas prioritarios las situaciones de emergencia, como problemas de carácter fisiológico, con excepción de la urgencia en los procesos de morir.

La priorización, siguiendo la jerarquía de las necesidades humanas de Maslow y Kalish, resulta fácil cuando la enfermera sigue el orden señalado por Alfaro.

- Prioridad 1: problema que amenaza la vida e interfiere con las necesidades fisiológicas
- Prioridad 2: problemas que interfieren con la seguridad y la protección
- Prioridad 3: problemas que interfieren con el amor y las pertenencias
- Prioridad 4: problemas que interfieren con la autoestima

- Prioridad 5: problemas que interfieren con la capacidad para lograr objetivos personales.

Durante la priorización se emplea el pensamiento crítico, para analizar los problemas y reconocer a que prioridad pertenece, lo que permite brindar una atención de enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas. Es importante señalar que en la mayoría de las ocasiones los problemas interdependientes son prioritarios sobre todo si el usuario se encuentra hospitalizado y grave.

Por lo tanto se dará preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad consensuada mente con la enfermera/o. En realidad las actividades que la enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas, Maslow (1972), favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad. (Rodriguez Sanchez, 2002)

II. Elaboración de objetivos

Los objetivos son una parte indispensable dentro de las etapas de planeación ya que con ellos se mide el éxito de un plan determinado al valorar el logro de los resultados. También permite dirigir las acciones de enfermería para dar soluciones a los problemas de salud encontrados, y son factores de motivación al generar numerosas acciones en las enfermeras(os). Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:

- Dirigir los cuidados.
- Identificar los resultados esperados.
- Medir la eficacia de las actuaciones.

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto. (Witter Dugas, 1996)

Existen dos tipos de objetivos:

- Objetivos de enfermería o criterios de proceso.
- Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultado.

Objetivos de enfermería:

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

- A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.
- A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
- A conocer su estilo de vida y ayudarlo a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

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

Es interesante la consideración de Brunner y Suddarth, en la que nos dice que «la identificación de las actuaciones apropiadas y los objetivos afines dependen de que la enfermera reconozca los puntos fuertes del paciente y sus familiares; de su comprensión de los cambios fisiopatológicos que sufre el enfermo y de su sensibilidad a la respuesta emocional, psicológica e intelectual del sujeto a la enfermedad.». Esta consideración nos aporta la idea de comprensión de lo que la persona hace, piensa y siente con respecto a él mismo, a la enfermedad, al medio que le rodea, etc., esto es, reconocer y comprender sus sistemas de vida y sus recursos. (Manual de enfermería, 2002)

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

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

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

Objetivos a largo plazo: Son los resultados que requieren de un tiempo largo. Existen dos tipos:

- Uno, abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro.
- Otro, se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Este segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería, dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo. (Lippincott.J., 1998)

Objetivos del cliente/paciente:

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

Las principales características de los objetivos del cliente son tres:

- Deben ser alcanzables, esto es, accesibles para conseguirlos.

- Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.
- Deben ser específicas en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, dónde, etc.). Así, al verbo se le añaden las preferencias e individualidades, Ejemplo: el paciente caminará (verbo) por el jardín (dónde) después de comer (cuándo) durante 15 minutos (cuánto). (Hernandez Conesa, 1999)

Los contenidos se describen como verbos y como ya hemos dicho que sean mensurables. En cuanto a los objetivos cuyo contenido es el área de aprendizaje quisiéramos aportar los ámbitos que B. Bloom hace del aprendizaje, referidos como objetivos de la educación.

- **Cognoscitivos:** estos objetivos se fundamentan en la memoria o reproducción de algo adquirido mediante el aprendizaje, así como objetivos que precisan actividad de carácter intelectual (determinación de problemas, reestructuración), Los objetivos abarcan desde un mero repaso a la alta originalidad.
- **Afectivos:** son objetivos que hacen hincapié en la tensión sentimental, una emoción o cierto grado de simpatía o repulsa. Oscilan entre una simple atención a la toma de conciencia de gran complejidad. Son objetivos que describen intereses, actitudes, concepciones, valores y tendencias emotivas.
- **Psicomotores:** estos objetivos se proponen el desarrollo muscular o motor, ciertas manipulaciones de materias u objetos, o actos que precisan coordinación neuromuscular, son habilidades. (Beare, 1993)

Los objetivos para un plan de cuidados deben reunir las siguientes características:

1.-Resultar del diagnóstico enfermero o problema interdependiente es decir centrarse en dar solución al problema (objetivo final), y en la modificación o

desaparición de los factores causales del problema o de sus efectos (objetivo específico).

2.- Estar dirigidos al usuario, familia o comunidad, porque en ellos se esperan los resultados; también pueden referirse a una parte del organismo o a una función, como es el caso de algunos diagnósticos enfermeros y cuando se trata de problemas interdependientes.

3.-Incluir verbos que puedan observar y evaluar para tener la certeza de que se ha logrado el objetivo. Son verbos no observables y evaluables saber, pensar, comprender, apreciar, aceptar sentir, en consecuencia se recomienda no utilizarlos. Entre los verbos observables están identificar, describir, hacer, relatar, explicar, hacer un listado, comentar, discutir, demostrar, compartir, expresar, perder, aumentar, mostrar, ejercitar, comunicar, toser, andar.

4.-Ser claro y preciso, con los siguientes elementos en su redacción: sujeto (persona), verbo (conducta), condición (circunstancias en las que se debe realizarse la conducta) y criterios de realización (tiempo y grado de tolerancia o dificultad para realizar las acciones).

5.-Haber involucrado al usuario y su familia para perseguir el mismo fin y tener mayores posibilidades de éxito. En el caso de los objetivos para problemas interdependientes es conveniente coparticipación de todos los integrantes del equipo sanitario, además del usuario y la familia.

6.-Utilizar solo un verbo (conducta) por cada objetivo.

7.-Ser realistas, es decir que consideren las capacidades físicas psicológicas y personales del usuario(s) para que se puedan alcanzar.

8.- Considerar en los objetivos conductas de los dominios: cognitivos, afectivos, psicomotriz de acuerdo a las características del problema de salud. (Orizaga Samperio, 2000)

III. Determinación de Acciones de Enfermería

Son estrategias específicas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los resultados. Se basa en los factores relacionados identificados en la declaración del diagnóstico de enfermería. Por lo tanto, las intervenciones de enfermería definen las actividades necesarias para eliminar los factores que contribuyen a las respuestas humanas.

Comparación entre las intervenciones médicas y la enfermería

Las prescripciones médicas se centran en las actividades implicadas en el diagnóstico y tratamiento del estado médico del cliente, las prescripciones médicas incluyen administración de medicamentos, pruebas diagnósticas, requerimientos dietéticos y tratamientos.

Las intervenciones de enfermería se centran en las actividades necesarias para el fomento, conservación o restablecimiento de la salud del cliente. Pueden clasificarse como dependientes, interdependientes o independientes.

Dependientes: se refieren a la ejecución de las órdenes médicas. Indican cómo debe ejecutarse la prescripción médica.

Interdependientes: describen las actividades llevadas a cabo por la enfermera en cooperación con otros miembros del equipo de salud, implican la colaboración con asistentes sociales, especialistas en dietética, terapeutas, ayudantes de laboratorio y médicos.

Independientes: son aquellas que pueden realizar las enfermeras sin necesidad de una orden médica. (Manual de enfermería, 2002)

En la determinación de dichas estrategias se emplea el pensamiento crítico, para analizar la situación “problema” mediante cuestionamientos que conducen a la selección de acciones de enfermería específicas. Los planes de cuidados de enfermería son documentos que contienen: el problema de salud encontrado (diagnóstico enfermero o problema interdependiente), objetivo(s), acciones de

enfermería y evaluación. Existen dos tipos de planes de acuerdo a sus componentes: para diagnósticos enfermeros y para problemas interdependientes; la diferencia entre ambos es que uno se refiere a una respuesta humana (diagnóstico enfermero), y el otro a una respuesta fisiopatología (problema interdependiente); y que las funciones interdependientes de enfermería únicamente se incluyen en los planes de cuidados para problemas interdependientes. (Potter P. P., 1999)

Son características del Plan de Cuidados:

Las intervenciones de enfermería deberán tener determinadas características deseables. Deberán:

- Ser consecuentes con el plan de cuidados.
- Basarse en principios científicos.
- Individualizarse a la situación en concreto.
- Utilizarse para proporcionar un ambiente seguro y terapéutico.
- Incluir la utilización de los recursos apropiados.

Consecuencias

Las intervenciones de enfermería no deberán entrar en conflicto con los enfoques terapéuticos del resto de los miembros del equipo de salud. Cuando las enfermeras y otros profesionales están trabajando con mal entendidos, se produce confusión y frustración. Es importante que los miembros de las distintas disciplinas comenten sus objetivos y definan los métodos para alcanzar dichos objetivos.

Base científica

Es la utilización de un fundamento científico que apoya las decisiones de la enfermera y constituya la base de acción de la enfermería. Este se desarrolla a partir de la base de conocimientos de las enfermeras con el fin de aclarar o explicar.

Individualización

- Centrarse en el/los factores relacionados del diagnóstico de enfermería.

- Incluir la opinión del cliente y de la familia a la hora de escoger alternativas.
- Tener en cuenta las fuerzas y debilidades del cliente y de la familia.
- Tener en cuenta la urgencia y la gravedad de la situación.

Centrarse en el factor relacionado. La declaración del diagnóstico de enfermería proporciona una base para el establecimiento de unas intervenciones de enfermería individualizadas. Los factores relacionados especifican el origen de la respuesta humana proporcionando una directriz para determinadas intervenciones de enfermería.

Opinión del cliente .Aumenta la posibilidad de una individualización de las intervenciones enfermeras.

Fuerzas y debilidades. Habrá que identificar los valores del cliente y utilizarlos en la planificación de los cuidados. Las fuerzas pueden ser la motivación, la inteligencia, una familia unida, la educación y los recursos económicos. También hay que identificar las debilidades o déficit del cliente. La ausencia de motivación, inteligencia, apoyo familiar, recursos económicos o educación que puedan actuar como impedimentos para la salud. Otro déficit pueden ser enfermedad crónica, debilitamiento, depresión, aislamiento social o barrera del lenguaje.

Gravedad y urgencia del estado. Esto sucede cuando la respuesta humana alterada puede producir una lesión al cliente o a otra persona. (Orizaga Samperio, 2000)

Provisión de un ambiente seguro y terapéutico.

Un ambiente seguro es aquel en donde se cubren las necesidades fisiológicas del cliente y se protege de posibles lesiones. Aquellos clientes que corren un riesgo especial de lesionarse son los bebés, los niños y los ancianos, y las personas debilitadas o bajo los efectos de la anestesia.

Un ambiente terapéutico utiliza relaciones interpersonales eficaces para ayudar al cliente a resolver la respuesta humana alterada. La enfermera demuestra su interés

mediante los componentes no verbales del comportamiento: Tono de voz, tacto y contacto visual.

Oportunidades de enseñar aprender.

Valorar las necesidades de aprendizaje del cliente, determinar la disponibilidad que tiene el cliente a aprender, identificar los factores que influyen en la capacidad que tiene el cliente de aprender, desarrollar unos resultados individualizados que sean realistas y alcanzables, determinar estrategias para ayudar al cliente y su familia a alcanzar los resultados deseados, presentar el contenido de forma comprensible utilizando los recursos apropiados, evaluar el progreso del cliente hacia el logro de los resultados, modificar el plan como sea necesario. (W.Iyer, 1993)

Directrices para la redacción de intervenciones de enfermería

Para ser eficaz deben estar redactados lo más claro y conciso posible. Para evitar la confusión y repetición de las actividades, deberán describir quien las llevara a cabo. Todas las intervenciones deberán contener:

- Firma y fecha.
- Verbos de acción concretos y modificadores.
- Especificación de quién, qué, dónde, cuándo, cómo y con qué frecuencia.
- Enfoque individualizado para el cliente.

La individualidad, es decir cada plan debe responder a problemas y factores relacionados / riesgos específicos, la participación del usuario, familia y comunidad en su elaboración; la actualización con respecto a los cambios del usuario y a los avances de la enfermería como disciplina científica; la fundamentación científica de las acciones con fines didácticos y ser fuente de comunicación entre los profesionales de enfermería. (Manual de enfermería, 2002)

Plan de cuidados para un diagnóstico enfermero.

- Diagnóstico enfermero.
- Objetivo(s).
- Acciones de enfermería independiente.
- Evaluación.

Plan de cuidados para un diagnóstico interdependiente.

- Problema interdependiente.
- Objetivo.
- Acciones de enfermería independiente e interdependiente.
- Evaluación. (Kozier, 1999)

IV. Documentación del plan de cuidados

Implica comunicar el plan de cuidados escrito a otros miembros del personal de enfermería. El plan de cuidados de enfermería está diseñado para compartir información referente a las principales necesidades de atención sanitaria del cliente, los resultados identificados por la enfermera y las intervenciones planificadas. Es el registro que la enfermera(o) realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, que permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados. (Gauntlett Beare P. , 2000)

Es un método para comunicar importante información relativa al cliente, ayuda a la enfermera a preparar la información recogida durante las fases de valoración y diagnóstico. El plan de cuidados actúa como centro receptor, cuando la enfermera lo utiliza para anotar los resultados de la fase de planificación, facilita la comunicación al enviar información pertinente y proporciona así mismo un mecanismo para evaluar los cuidados proporcionados.

De acuerdo con su registro los planes de cuidados pueden ser: individualizados, cuando se utiliza un formato dividido en columnas en donde la enfermera(o) procede

a escribir el diagnóstico enfermero/ problema interdependiente, objetivos, acciones de enfermería y evaluación ; estandarizados, en caso que estén impresos y respondan a problemas específicos, permitiendo hasta cierto punto su individualización al dejar espacios en blanco para que la enfermera(o) realice anotaciones particulares del usuario; y los computarizados que surgen de “planes creados por ordenador” que después de introducir información del usuario, familia y comunidad ofrecen los planes de cuidados respectivos. (Lippincott.J., 1998)

Propósitos

- Unos cuidados individualizados
- Continuidad asistencial
- Comunicación
- Evaluación

El plan de cuidados se utiliza como instrumento de comunicación entre las enfermeras y demás miembro del equipo de salud. Sirve como borrador para dirigir las actividades de enfermería hacia el cumplimiento de las necesidades de salud del cliente.

Características

Los planes de atención de enfermería poseen unas determinadas características convenientes. Estas son: están escritos por profesionales de enfermería; se empiezan después del primer contacto con el cliente; están fácilmente disponibles y están actualizados. (Manual de Enfermería, 2005)

4.- Ejecución

Conceptualización

Es la cuarta etapa del proceso enfermero que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados y están enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados. (W.Iyer, 1993)Supone la puesta en marcha del plan de cuidados de enfermería para conseguir los objetivos concretos que se han propuesto. Se ejecutan intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al problema del cliente. (Lippincott.J., 1998)Es la iniciación del plan de atención de enfermería para lograr unos resultados específicos, empieza después de que se haya desarrollado el plan de cuidados. (Rodriguez Sanchez, 2002)

Los pasos de la ejecución son:

- I. Preparación.
- II. Intervención.
- III. Documentación.

I. Preparación

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

1.- Revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del usuario y que sean “compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la atención sanitaria”, haciéndose necesaria la revaloración. Repaso de las intervenciones de enfermería: La enfermera deberá repasarlo para garantizar que sigue actualizado y que incluye determinadas características deseables.

2.- Analizar y estar seguros de que se tienen los conocimientos y habilidades necesarios para realizar las actividades planeadas, en caso de no ser así, es indispensable solicitar asesoría. Análisis de los conocimientos y técnicas de enfermería necesarias: Esto permite a la enfermera determinar quién es la persona más calificada para llevar a cabo las actividades necesarias.

3.- Tener en mente las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar cada actividad de enfermería. Reconocer las posibles complicaciones: La enfermera tiene que ser consciente de cuáles son las complicaciones más habituales asociadas a las actividades especificadas en las intervenciones de enfermería, permita a la enfermera iniciar enfoques preventivos que disminuyan el riesgo para el cliente.

4.- Reunir el material y equipo necesario para llevar a cabo cada intervención. Proporciona los recursos necesarios: Estas son el personal, el tiempo y el equipo.

Tiempo: la enfermera debe tener cuidado al escoger el momento apropiado para el comienzo de determinadas intervenciones.

Personal: la enfermera deberá evaluar la disponibilidad de un número suficiente de personal necesario para llevar a cabo las intervenciones.

5.- Crear un ambiente confortable y seguro para el usuario durante la realización de cada actividad. Preparar un ambiente favorecedor: un ambiente donde el cliente se sienta cómodo y seguro.

Confort: implica tener en cuenta componentes tanto físicos como psicosociales. Las cuestiones físicas se refieren al entorno inmediato (cuarto y espacio), intimidad, ruido, olor, iluminación y temperatura.

Seguridad: tener en cuenta una serie de factores, estos incluyen la edad, el grado de movilidad, el déficit sensorial y el nivel de conciencia u orientación del cliente.

6.-Delegar cuidados enfermeros que se apeguen a los cuatro puntos clave de la delegación. (Potter P. P., 1999)

II. Intervención

Se centra en la iniciación de las intervenciones de enfermería diseñadas para cubrir las necesidades físicas y emocionales del cliente. Implica el comienzo de acciones independientes, dependientes e interdependientes. Es fundamental considerar las capacidades físicas, psicológicas y personales del usuario durante la ejecución de las acciones de enfermería para lograr su participación e independencia.

En cada intervención de enfermería, usted es tan responsable de los resultados emocionales como de los resultados físicos, por lo que es necesario actuar siempre con pleno conocimiento de los principios y razones, observando atentamente la respuesta del usuario y familia.

Durante la fase de ejecución, la enfermera inicia estas intervenciones, las intervenciones que se utilizan se basan en la Taxonomía de la Asociación Norteamericana del Diagnóstico de enfermería. Las intervenciones van dirigidas a identificar los patrones habituales, detectar los factores relacionados específicos, desarrollar métodos preventivos o correctores para mitigar el factor relacionado y proporcionar educación al cliente. (Lippincott, 1995)

III. Documentación

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

Son propósitos de los registros de enfermería: mantener informados a otros profesionales de la área de la salud sobre datos de valoración del usuario, cuidados proporcionados y las respuestas del usuario/ familia; ser base para evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados; respaldar legalmente las actuaciones de la enfermera y servir para estimar el pago de los servicios prestados. (Potter P. P., 2002)

5.- Evaluación

Conceptualización

Es la última etapa del proceso enfermero y a la vez una exigencia en toda práctica de enfermería; la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que está presente en la valoración, diagnóstico, planificación y ejecución.

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. (Rodríguez Sanchez, 2002)

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones. (Manual de enfermería, 2002)

El proceso de evaluación consta de dos partes:

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

- 1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo: Observación directa, examen físico y examen de la historia clínica.
- 2.- Señales y Síntomas específicos: Observación directa, entrevista con el paciente, examen de la historia.
- 3.- Conocimientos: Entrevista con el paciente y cuestionarios (test).

- 4.- Capacidad psicomotora (habilidades): Observación directa durante la realización de la actividad.
- 5.- Estado emocional: Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones y información dada por el resto del personal
- 6.- Situación espiritual (modelo holístico de la salud): Entrevista con el paciente o información dada por el resto del personal. (Manual de Enfermería, 2005)

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo. (Kozier, 1999)

De forma resumida y siguiendo a M, Caballero (1989) la evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final. A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica. Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva. (Manual de Enfermería, 2005)

5.2. Teoría del Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem

Biografía

Dorothea Elizabeth Orem, una de las enfermeras americanas destacadas, nació en Baltimore, Maryland. Su padre era un constructor a quien le gustaba pescar y su madre era ama de casa a quien le gustaba leer. La menor de dos hermanas, Orem empezó su carrera enfermera en la escuela de enfermería del Providence hospital en Washington D.C., donde recibió un diploma en enfermería a principio de la década de los treinta. Orem nació en Baltimore, y se educó con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl. Se graduó en 1930.

Sus experiencias enfermeras más tempranas incluyen actividades de enfermería quirúrgica, enfermera de servicio privado (tanto de servicio domiciliario como hospitalario), miembro del personal hospitalario en unidades medicas, pediátricas y de adultos, supervisora de noche en urgencias y profesora de ciencias biológicas. Orem ostentó el cargo de directora de la escuela de enfermería y del departamento de enfermería en el Providence Hospital, Detroit, en 1940 a 1949. Tras marcharse de Detroit, Orem paso siete años (1949 a 1957) en Indiana, trabajando en la División of Hospital and Institutional Services del Indiana State Board of Health. Su meta era mejorar la calidad de la enfermería en los hospitales generales de todo el estado. Durante este tiempo, Orem desarrollo su definición de la práctica de enfermería.

En 1957, Orem se trasladó a Washington, D.C., donde trabajo en el Office of Education, en el U.S Department of Health, Education and Welfare (DHEW) como asesora de programas de estudio de 1958 a 1960. En el dhew, trabajo en un proyecto para mejorar la formación práctica de las enfermeras, lo que despertó en ella la necesidad de responder a la pregunta: ¿Cuál es el tema principal de la enfermería? Como respuesta a esta pregunta, en 1959 se publico Guidelines for Developing Curricula for the Education of Practical Nurses. En 1959, Orem inicio su labor como

profesora colaboradora de educación enfermera en la CUA. Continúo desarrollando su concepto de enfermería y autocuidado en la CUA. (Dorothea Orem, 2002)

En 1970, Orem abandono la CUA y empezó a dedicarse a su propia empresa consultora. El primer libro publicado por Orem, en 1971, fue Nursing: Concepts of Practice. Recibió el premio Alum ni Association Award for Nursing Theory de la CUA en 1980. Se han publicado ediciones posteriores de Nursing: Concepts of Practice en 1980, 1985, 1991, 1995 y 2001. Orem se jubiló en 1984 y reside actualmente en Savannah, Georgia. Sigue trabajando sola o con colaboradores, en el desarrollo de la Teoría Enfermera del Déficit de autocuidado (TEDA).

Orem identificó su visión fisiológica como una visión de realismo moderado, como la describe Wallace Banfield presentó un análisis de las fundaciones metafísicas y epistemológicas de la labor de Orem. Banfield concluyó que la visión de los seres humanos como seres dinámicos, unitarios, que viven en sus entornos, que están en proceso de conversión y que poseen libre voluntad, así como otras cualidades humanas esenciales, es el fundamento de la TEDA. Orem explicó con detalle sus interpretaciones sobre la persona en un estudio reciente. La teoría de la acción, en la perspectiva de la persona, como actor o agente deliberado, forma la base para la teoría. (Potter P. P., 1999)

Como define Orem enfermería

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

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

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. 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 colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar. (Marriner Tomey, 2003)

Concepto de persona:

Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. 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 autocuidado. 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 autocuidado y el cuidado dependiente.

Concepto de Salud:

La 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.

Concepto de Enfermería:

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

Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta. (Dorothea Orem, 2002)

Conceptos principales y definiciones

Orem etiqueta su teoría de déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: **la teoría de autocuidado**, se describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; **la teoría de déficit de autocuidado**, que describe y explica como la enfermería puede ayudar a la gente, y **la teoría de sistemas enfermeros**, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca la enfermería. (Orizaga Samperio, 2000)

1. Teoría del Autocuidado

Conceptualización

- El Autocuidado etimológicamente se presenta conformado de dos palabras: **Auto** Del griego αὐτο que significa "propio" o "por uno mismo", y **cuidado** del latín cogitātus que significa "pensamiento". Tenemos entonces el cuidado propio, cuidado por uno mismo literalmente. (Witter Dugas, 1996)
- En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado 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". (Marriner Tomey, 2003)
- El concepto básico desarrollado por Orem es que el autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma.
- El Autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben, deliberadamente, llevar a cabo por si solas o haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrecen la base para entender los requisitos de la acción y las limitaciones de acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería.
- El autocuidado como función reguladora del hombre, se distingue de otros tipos de regulación de funciones y desarrollo humano, como la regulación neuroendocrina. El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua y conforme con los requisitos reguladores de

cada persona. Estos requisitos están asociados con sus periodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales.

- Consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras o que estén madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano y continuar con el desarrollo personal y bienestar. (Dorothea Orem, 2002)

Requisitos de Autocuidado

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

- Requisitos de autocuidado universal
- Requisitos de autocuidado del desarrollo
- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud

Un requisito de autocuidado es un consejo formulado y expreso sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se consideran necesarios para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas. Un requisito de autocuidado formulado comprende:(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, y (2) la naturaleza de la acción requerida. Los requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los objetivos formalizados del autocuidado. Son las razones por las que se emplea el autocuidado; expresan los resultados deseados (los objetivos del autocuidado). (Manual de enfermería, 2002)

Requisitos de Autocuidado Universal

Son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

Los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado 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 círculo vital. Se proponen ocho requisitos comunes, para los hombres, las mujeres y los niños: Estos ocho requisitos representan los tipos de acciones humanas que proporcionan las condiciones internas y externas para mantener la estructura y la actividad, que a su vez apoyan el desarrollo y la maduración humana. Cuando se proporciona de forma eficaz, el autocuidado o la asistencia dependiente organizada en torno a los requisitos universales, fomenta positivamente la salud y el bienestar.

Requisitos:

- Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire.
- Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.
- Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos
- Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal
- Equilibrio entre actividades y descanso.
- Equilibrio entre soledad y la comunicación social,
- Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano
- Promoción del funcionamiento humano, y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano

Cada uno de estos requisitos están íntimamente relacionados entre sí, pero cada uno de ellos son logrados en diferentes grados de acuerdo a los "factores condicionantes

básicos" que son determinantes e influyentes en el estado de salud de toda persona. (Marriner Tomey, 2003)

Factores Condicionantes Básicos

- Edad
- Sexo
- Estado de desarrollo
- Estado de salud
- Orientación socio-cultural
- Factores del sistema de cuidados de salud
- Factores del sistema familiar
- Factores ambientales
- Disponibilidad y adecuación de recursos
- Patrón de vida. (Gauntlett Beare P. , 2000)

Requisitos de Autocuidado de Desarrollo

Los requisitos de autocuidado de desarrollo estaban separados de los requisitos de autocuidado universales en la segunda edición de Nursing: Concepts of Practice. Promueven los procesos de la vida y la madures, y previenen las condiciones que eliminan la madures o las que mitigan esos efectos.

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.

Promueven procedimientos para la vida y para la maduración y previenen las circunstancias perjudiciales para esa maduración o mitigan sus efectos. Son Etapas específicas del Desarrollo que representan soporte y promoción de procesos vitales, son las condiciones que afectan el desarrollo humano, en otras palabras, son los

requisitos determinados por el ciclo vital. El otro grupo de requisitos de autocuidado son aquellos derivados del desarrollo, porque varían en períodos específicos del ciclo vital y pueden afectar positiva o negativamente. Por ejemplo, una alimentación adecuada, afectará el crecimiento del niño positivamente, teniendo repercusiones a edades avanzadas, en la etapa del adulto mayor. Una muestra de ellos es el estado de densidad ósea de nuestra población. Se puede predecir perfectamente que buenos hábitos en alimentación, específicamente en el consumo de alimentos derivados de la leche u otros altos en calcio, lograrán que el adulto mayor conserve un buen estado de su densidad ósea. Lo mismo puede decirse del ejercicio y la actividad física mantenida durante toda la vida. (Dorothea Orem, 2002)

Etapas del desarrollo donde se presentan cambios en los requisitos:

- Lactante
- Pre-escolar
- Escolar
- Adolescencia
- Adulto Joven
- Adulto Medio
- Adulto Mayor. (Marriner Tomey, 2003)

Requisitos de Autocuidado en caso de Desviación de Salud

Orem definió los requisitos del autocuidado de las alteraciones de la salud como sigue:

La enfermedad o lesión no sólo afecta a las estructuras y/o mecanismos fisiológicos o psicológicos sino al funcionamiento humano integrado. Cuando éste está seriamente afectado la capacidad de acción desarrollada o en desarrollo dañada de forma permanente o temporal también el malestar y la frustración que resultan de la asistencia médica originan los requisitos del autocuidado para proporcionar alivio. (Luckmann, 2000)

Estos requisitos de autocuidado 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 de la desviación de 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 estados patológicos y viven mientras duran.

La enfermedad o lesión no solo afecta a una estructura específica y a los mecanismos psicológicos o fisiológicos, sino también al funcionamiento humano integrado. Cuando el funcionamiento integrado se ve profundamente afectado (retraso mental grave, estado de coma o autismo), los poderes desarrollados o en desarrollo de aquella persona se ven gravemente deteriorados de manera temporal o permanente. En estados anormales de salud, los requisitos de autocuidado surgen del estado de la enfermedad y de las medidas usadas en su diagnóstico o tratamiento. (Lippincott, 1995)

Necesidades de Autocuidado Terapéutico

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 autocuidado de una persona. Según las existentes y las circunstancias se utilizarán métodos adecuados para: (1) Controlar o dirigir factores identificados en las necesidades, cuyos valores son reguladores del funcionamiento humano (suficiente aire, agua y comida), y (2) cubrir el elemento de actividad de la necesidad (mantenimiento, promoción, prevención y provisión).

La necesidad terapéutica de autocuidado en cualquier momento: (1) Describe los factores del paciente o el entorno que hay que mantener estables dentro de una gama de valores o hacer que lleguen a esa gama para el bien de la vida, salud o bienestar del paciente, y (2) tiene un alto grado de eficacia instrumental derivada de

la opción de las tecnologías y las técnicas específicas para utilizar, cambiar o de alguna manera controlar al paciente o los factores de su entorno.

Actividad de Autocuidado

Se define como la compleja habilidad adquirida por las personas maduras, o que están madurando, que les permite conocer y cubrir sus necesidades continuas con acciones deliberadas intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano.

Agente

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

Agente de Cuidado Dependiente

Es el adolescente o el adulto que acepta asumir la responsabilidad de conocer y cubrir las demandas terapéuticas de autocuidado de otras personas importantes para él, que dependen socialmente de él, o que regule el desarrollo o el ejercicio de la actividad de autocuidado de estas personas. (Marriner Tomey, 2003)

2. Teoría del Déficit de Autocuidado

La teoría del déficit de autocuidado desarrolla las razones por las cuales una persona puede beneficiarse de la agencia de enfermería, mientras sus acciones están limitadas por problemas de salud o de cuidados sanitarios, lo que les hace total o parcialmente incapaces de descubrir sus requisitos actuales y emergentes que han de satisfacer en el cuidado de sí mismos o de quienes están a su cargo. Déficit de autocuidado es por tanto la falta o una capacidad no adecuada del individuo para

realizar todas las actividades necesarias que garanticen un funcionamiento saludable. Con el fin de ayudar a definir la magnitud de la responsabilidad de enfermería, las funciones y acciones de pacientes y enfermeros, Orem diseñó la teoría de los sistemas de enfermería, la más general de sus teorías, que incluyen todos los términos esenciales, manejados en la teoría del autocuidado y del déficit del autocuidado.

El déficit de autocuidado es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado en la que las capacidades de autocuidado constituyentes desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente.

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 autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera. (Lippincott.J., 1998)

Actividad Enfermera

Es la capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras que les da poder para ser representadas como enfermeras y dentro del marco de una relación interpersonal legítima para actuar, saber y ayudar a las personas de esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de su autocuidado.

Diseño Enfermero

Se trata de una actividad profesional desarrollada tanto antes como después del diagnóstico y la prescripción enfermera, a partir de los juicios prácticos de reflexión sobre las condiciones existentes, para sintetizar los elementos de una situación concreta de relaciones ordenadas a unidades operativas de estructura. El objetivo del diseño enfermero es ofrecer guías para alcanzar los resultados necesarios y previstos en la producción de la enfermería hacia el logro de las metas enfermeras; Las unidades conjuntas constituyen la pauta que guían la producción de la enfermería.

Sistemas Enfermeros

Son las series y las secuencias de las acciones prácticas deliberadas de las enfermeras que actúan a veces de acuerdo con las acciones de las necesidades terapéuticas de autocuidado de los pacientes y para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes. (Hernandez Conesa, 1999)

Métodos de Ayuda

Un método de ayuda desde una perspectiva enfermera es una serie secuencial de acciones que, si se lleva a cabo, resolverá o compensará las limitaciones asociadas a la salud de las personas que se comprometen a realizar acciones para regular su propio funcionamiento y desarrollo, o el de sus dependientes. Las enfermeras utilizan todos los métodos, los seleccionan y los combinan en relación con las necesidades de acción de las personas que reciben tratamiento enfermero y en relación con las limitaciones de acción asociadas con su estado de salud:

1. Actuar o hacer por cuenta de otro.
2. Guiar y dirigir.

3. Ofrecer apoyo físico o psicológico.
4. Ofrecer y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal.
5. Enseñar. (Marriner Tomey, 2003)

Principales Supuestos

Los supuestos básicos en la teoría general se formalizaron a principios de los años setenta y fueron presentados por primera vez en la escuela de enfermería de la Marquette University en 1973. Orem identifica las cinco premisas subyacentes en la teoría general de la enfermería:

1. Los seres humanos requieren estímulos continuos, deliberados, de ellos y de su entorno para sobrevivir y funcionar de acuerdo con las leyes de la naturaleza.
2. La actividad humana, el poder de actuar de manera deliberada, se ejercita en forma de cuidado por uno mismo y por otros para identificar las necesidades y realizar los estímulos necesarios.
3. Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones de la acción en el cuidado de uno mismo y los demás, haciendo de la sostenibilidad debida los estímulos reguladores de las funciones.
4. La actividad humana se ejercita descubriendo, desarrollando y transmitiendo maneras y medios para identificar las necesidades y crear estímulos para uno mismo y para otros.
5. Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan las responsabilidades para ofrecer cuidado a los miembros del grupo que experimentan las privaciones con el fin de ofrecer estímulos requeridos, deliberados, a uno mismo y los demás. (Potter P. P., 1999)

Orem elaboro una lista de supuestos y propuestas para la teoría del autocuidado, la teoría del déficit de auto cuidado y la teoría de los sistemas enfermeros. Estos elementos constituyen la expresión de las teorías que se resumen a continuación:

Afirmaciones Teóricas

Presentada como teoría general de enfermería, la TEDA se expresa mediante tres teorías: Teoría de sistemas enfermeros, teoría de déficit de autocuidado y teoría de autocuidado. Las tres teorías constituyentes, tomadas conjuntamente y en relación, constituyen la TEDA. La teoría de los sistemas enfermeros es la teoría unificadora e incluye todos los elementos esenciales. Sub - comprende la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de autocuidado. La teoría del déficit de autocuidado desarrolla la razón por la cual una persona se puede beneficiar de la enfermería. La teoría del autocuidado sirve de fundamento para las demás y expresa el objetivo, los métodos y los resultados de cuidarse uno mismo. (Marriner Tomey, 2003)

3. Teoría de Sistemas Enfermeros

Señala que la enfermería es una acción humana; Los sistemas enfermeros son sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad enfermera, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente. 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 suplente al individuo.

Sistema Compensatorio

- Realiza el Cuidado Terapéutico del Paciente
- Compensa la incapacidad del Paciente para realizar su Autocuidado
- Apoya y protege al Paciente.

Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidado.

Sistema Parcialmente Compensatorio

- Realiza algunas de las medidas de Autocuidado por el Paciente
- Compensa las limitaciones del Paciente para realizar su Autocuidado
- Ayuda al Paciente en lo que necesite.
- Regula la acción de Autocuidado. Realiza algunas de las medidas de Autocuidado.
- Regula la acción del Autocuidado.
- Acepta los cuidados y la asistencia de la enfermera. (Dorothea Orem, 2002)

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

- Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
- Mantenimiento del Crecimiento, Maduración y Desarrollo normales.
- Prevención o control de los procesos de Enfermedad o lesiones.
- Prevención de la incapacidad o su compensación.
- Promoción del bienestar.
- Apoyo de los procesos Físicos, Psicológicos y Sociales esenciales.
- Mantenimiento de la estructura y funcionamiento humano.
- Desarrollo pleno del potencial humano.
- Prevención de lesiones o enfermedades.
- Curar o regular la enfermedad (con ayuda apropiada).
- Curar o regular los efectos de la enfermedad (con ayuda apropiada).

Las actividades de enfermería incluyen los conceptos de acción deliberada, que abarcan las intenciones y las actividades de diagnóstico, la prescripción y la regulación.

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 autocuidado con componentes similares o limitaciones similares que les impiden comprometerse a desempeñar un autocuidado o el cuidado dependiente, o para familias u otros grupos multipersonales. (Marriner Tomey, 2003)

5.3 Historia Natural de la Hipertensión Arterial

La presión arterial es la fuerza ejercida por la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos, y debe ser adecuada para mantener la perfusión tisular durante la actividad y el reposo. El mantenimiento de la presión arterial y la perfusión tisular normales, requiere la integración de los factores sistémicos y los efectos vasculares periféricos. La presión arterial (PA) depende primariamente del gasto cardiaco y la resistencia vascular periférica. La relación se resume en la ecuación siguiente: $\text{Presión arterial} = \text{gasto cardiaco} \times \text{resistencia vascular periférica}$. (Ramón de la Fuente, 2002). El gasto cardiaco (GC) es el flujo total de sangre por minuto a través de la circulación sistémica o pulmonar. El GC se puede describir como el volumen sistólico (cantidad de sangre bombeada en cada latido por el ventrículo izquierdo aproximadamente 70 ml), multiplicado por la frecuencia cardiaca (FC) por minuto. La resistencia vascular sistémica (RVS) es la fuerza que se opone al movimiento de la sangre de los vasos sanguíneos. El radio de las arterias pequeñas y las arteriolas constituye el factor principal que determina la resistencia vascular. Un cambio en el radio de las arteriolas crea una modificación mayor de la RVS. Si la RVS aumenta, y el gasto cardiaco permanece constante, aumentará la PA. (Portal Medico, 2010)

Hipertensión

La hipertensión es un aumento mantenido de la PA. En los adultos existe hipertensión cuando la presión arterial sistólica (PAS) es igual o superior a 140 mmHg, o la presión arterial diastólica (PAD) es igual o superior a 90 mmHg durante periodos de tiempos controlados. El diagnóstico de hipertensión requiere

confirmación de las cifras elevadas en por lo menos tres ocasiones a lo largo de varias semanas. (Kelly, 1991)

Clasificación de la Presión Arterial en los adultos a partir de los 18 años de edad.

PRESION ARTERIAL, mmHg			
CATEGORIA	SISTOLICA		DIASTOLICA
Optima	menor de 120 y		menor de 80
Normal	menor de 130 y		menor de 85
Normal alta	130-139	o	85- 89

Hipertensión			
Fase 1 (leve)	140- 159	o	90-99
Fase 2 (moderada)	160- 179	o	100- 109
Fase 3 (grave)	> 180	o	110

Una PA alta significa que el corazón tiene que trabajar más de lo normal, con sobrecarga consiguiente tanto del corazón como de los vasos sanguíneos. La hipertensión puede contribuir al infarto del miocardio, el ictus, la insuficiencia renal, y la aterosclerosis. (Servicios galerias pdf., 2009)

De acuerdo con su etiología, la hipertensión se puede clasificar como primaria y secundaria.

Hipertensión primaria: La hipertensión primaria (esencial) consiste en un aumento de la PA sin causa identificada, y representa entre el 90 y el 95% de todos los casos

de hipertensión. Aunque se desconoce la causa exacta de la hipertensión esencial, se han identificado varios factores contribuyentes, entre ellos, aumento de la actividad del SNS, producción excesiva de hormonas retenedoras de sodio y sustancias vasoconstrictoras, aumento de la ingesta de sodio, peso corporal por encima del ideal, Diabetes Mellitus e ingesta excesiva de alcohol.

Hipertensión secundaria. En la hipertensión secundaria, el aumento de la PA se debe a una causa específica, que muchas veces se puede identificar y corregir. Este tipo de hipertensión representa entre el 5 y el 10% de los casos de hipertensión en los adultos, y más del 80% de los casos pediátricos. Si una persona con menos de 20 años o más de 50 años de edad desarrolla bruscamente hipertensión, sobre todo si es intensa, se debe sospechar que es secundaria.

Entre las causas de hipertensión secundaria se incluyen: 1)coartación o estenosis congénita de la aorta; 2)trastornos renales como estenosis arterial renal y nefropatía parenquimatosa;3) procesos endocrinos como Feocromocitoma, Síndrome de Cushing e Hiperaldosteronismo;4) anomalías neurológicas como tumores cerebrales, cuadriplejia y lesión cefálica;5)apnea del sueño;6)fármacos como estimulantes simpáticos (entre ellos la cocaína),inhibidores de la Monoaminoxidasa tomado junto con alimentos que contienen Tiramina, tratamiento sustitutivo con estrógenos, anticonceptivos orales y fármacos antiinflamatorios no Esteroides, y 7)hipertensión inducida por el embarazo. El tratamiento de la hipertensión secundaria se dirige a la eliminación de la causa subyacente. La hipertensión secundaria es un factor contribuyente a las crisis Hipertensivas. (Luckmann, 2000)

Fisiopatología de la hipertensión primaria

Para que aumente la presión arterial deben subir el gasto cardiaco y/o resistencia vascular sistémica. El aumento del GC se encuentra a veces en la hipertensión precoz y en la hipertensión límite. En fases más tardías de la hipertensión aumenta la

RVS y el GC retorna a lo normal. La característica hemodinámica de la hipertensión es el aumento persistente de la RSV se puede producir por varios mecanismos.

Se han identificado factores de riesgo que actúan como factores iniciales o aceleradores de la hipertensión. Los factores genéticos o no modificables se relacionan con los antecedentes familiares, el sexo, la edad, grupo étnico. Los factores ambientales o modificables se relacionan con la obesidad, estilo de vida, estrés, nivel socioeconómico, exceso de sodio en la dieta, tabaco, alcohol y las enfermedades que puedan controlarse hasta cierto punto (Diabetes Mellitus, lípidos séricos elevados). (Kelly, 1991)

Factores de riesgo para la hipertensión primaria

Edad: La PA aumenta progresivamente con la edad. La PA esta elevada en aproximadamente el 50% de las personas con más de 60 años de edad.

Alcohol: La frecuencia con que se consume puede contribuir más a una elevación de la presión arterial que la cantidad de alcohol consumida. Las pautas específicas recomiendan una ingesta moderada de alcohol y establecen que más de 60 ml/día pueden elevar la presión arterial.

Tabaco: Las personas que fuman tienen un aumento de la presión arterial por la vasoconstricción que provoca la nicotina. Este efecto persiste aproximadamente de 15-30 minutos después de fumar.

Lípidos séricos elevados: Los valores elevados de colesterol y triglicéridos son los primeros factores de riesgo en la aterosclerosis. La Hiperlipidemia es más común en las personas con hipertensión.

Exceso de sodio en la dieta: La ingesta de sodio puede contribuir a la hipertensión en algunos pacientes, y puede disminuir la eficacia de ciertos medicamentos hipotensores. La ingesta alta de sodio puede activar un número de mecanismos presores y causar retención de agua. (Monografias, 2009)

Sexo: La hipertensión es más frecuente en los hombres hasta la edad media de la vida. Después de los 55 años, la hipertensión es más común en las mujeres. Los factores de riesgo importantes para la presión arterial elevada en las mujeres son la administración de anticonceptivos orales, la hipertensión en el embarazo y el tratamiento Estrogenico Posmenopáusico. Los factores en relación con la administración de anticonceptivos orales y el tratamiento Estrogenico tras la menopausia respecto a la hipertensión son la dosis y duración de los estrógenos, la administración de progesterona, los hábitos de vida, como el tabaquismo, y los antecedentes familiares.

Historia Familiar: La cifra de PA es un parámetro con fuerte influencia familiar. El riesgo de hipertensión es mayor en los individuos que tienen un familiar próximo hipertenso. La descendencia de uno o dos progenitores con hipertensión tienen una probabilidad de un 30 a 40% de sufrir hipertensión.

Etnia: La incidencia de hipertensión es dos veces más alta en los norteamericanos negros que en los blancos (32% en los sujetos de raza negra, del 23% en raza blanca y el 22% en los hispanos). (Gauntlett Beare P. , 2004)

Obesidad: El aumento de peso se asocia con mayor frecuencia de hipertensión. La relación con la hipertensión es mayor en la obesidad abdominal central. La ingesta aumentada de calorías provoca obesidad; una ingesta superior a la recomendada de colesterol y sodio y una ingesta menor de potasio, calcio, magnesio y ácidos grasos omega-3 se relacionan con la hipertensión.

Vida sedentaria: La actividad física, contribuye a la realización de ejercicio obteniendo beneficios como son un aumento de las endorfinas, lo que contribuye a proporcionar sensación de bienestar, y un aumento de las lipoproteínas de alta densidad, que protegen contra la enfermedad cardiovascular. El ejercicio se ha mostrado beneficioso para evitar y controlar la hipertensión mediante la reducción de peso, la disminución de la resistencia periférica y de la grasa corporal.

Nivel socioeconómico: Tienen una alta incidencia de hipertensión. Factores como malos hábitos nutricionales, trabajos de bajo nivel, la frustración, el descontento y la supresión de la actividad contribuyen a la hipertensión relacionada con el estrés. El impacto económico de un régimen terapéutico es una consideración importante. El tratamiento farmacológico puede ser caro, ya que los nuevos fármacos cuestan 30 veces más que los fármacos genéricos antiguos. (Ramòn de la Fuente, 2002)

Alteración del mecanismo Renina- Angiotensina: La actividad renina plasmática (ARP) alta aumenta la conversión del Angiotensinogeno en Angiotensina I. La Angiotensina II causa constricción arteriolar directa, favorece la hipertrofia vascular e induce secreción de aldosterona. Así la alteración de los mecanismos renina-Angiotensina puede contribuir al desarrollo y el mantenimiento de la hipertensión.

Estrés y actividad aumentada del sistema nervioso simpático: Se sabe desde hace tiempo que la presión arterial está influenciada por factores como ira, miedo y dolor. Las respuestas fisiológicas al estrés, que normalmente son protectoras, pueden persistir hasta un grado patológico, con aumento prolongado consiguiente de la actividad del SNS. La estimulación simpática aumentada produce vasoconstricción, elevación de la frecuencia cardiaca y aumento de la liberación de renina. La renina aumentada activa el mecanismo de Angiotensina y secreción de aldosterona y ambos factores tienden a elevar la PA.

Resistencia a la insulina e Hiperinsulinemia: Las anomalías del metabolismo de la glucosa, la insulina y las lipoproteínas son comunes en la hipertensión primaria. La resistencia a la insulina es un factor de riesgo para el desarrollo de hipertensión y enfermedad cardiovascular. La concentración alta de insulina en la sangre estimula la actividad del SNS y altera la vasodilatación mediada por el oxido nítrico. Los efectos presores adicionales comprenden hipertrofia vascular y aumento de la reabsorción renal de sodio.

Disfunción de células endoteliales: Se sabe que las células endoteliales vasculares constituyen la fuente de múltiples sustancias vaso activas. Algunas personas hipertensas muestran una respuesta de vasodilatación reducida al oxido

nítrico. La endotelina produce vasoconstricción pronunciada y prolongada. (Bennet, 1997)

Manifestaciones clínicas

La hipertensión es llamada con frecuencia “el asesino silencioso”, debido a que muchas veces tiene carácter asintomático, hasta que se convierte en grave y provoca enfermedad de órganos diana. El paciente con hipertensión grave puede experimentar una variedad de síntomas secundarios a los efectos sobre los vasos sanguíneos de varios órganos y tejidos, o a la carga de trabajo aumentada del corazón. Estos síntomas secundarios comprenden cansancio, disminución de la intolerancia a la actividad, desvanecimientos, palpitaciones, angina, epistaxis, cefalea y disnea. (Kelly, 1991)

Complicaciones

Las complicaciones más comunes de la hipertensión son las enfermedades de órganos diana, que ocurren en el corazón (Cardiopatía Hipertensiva), el cerebro (enfermedad cerebro vascular), la vascularización periférica (enfermedad vascular periférica), el riñón (Nefrosclerosis) y los ojos (lesión retiniana). (Bennet, 1997)

Diagnóstico

El diagnóstico de hipertensión no se basa en una sola lectura elevada (salvo cuando es superior a 180/110 mmHg) si no que requiere mediciones repetidas a lo largo de varias semanas.

Se realizan estudios de laboratorio básicos para evaluar la afectación de los órganos diana, determinar el riesgo cardiovascular global o establecer valores de línea basal antes de iniciar el tratamiento. A continuación se enumeran los estudios de

laboratorio básicos, que se deben solicitar en una persona con Hipertensión mantenida:

Análisis de orina, el BUN y creatinina sérica: se usan para evaluar la afectación renal y proporcionar información de línea basal sobre la función de los riñones. El aclaramiento de creatinina, o rapidez con que la creatinina es eliminada de la circulación, refleja la tasa de filtración glomerular. La disminución del aclaramiento de creatinina indica insuficiencia renal.

Electrolitos séricos: especialmente del potasio, tiene importancia para detectar el Hiperaldosteronismo, una causa de hipertensión secundaria.

Glucemia: (en ayunas), para contribuir al diagnóstico de Diabetes Mellitus.

Colesterol y Triglicéridos: proporciona información sobre factores de riesgo adicionales que predisponen a la aterosclerosis.

Electrocardiograma (ECG): Proporciona información basal sobre la situación cardíaca. Tienen utilidad para identificar la presencia de HVI e isquemia cardíaca. (Kelly, 1991)

Tratamiento de colaboración

Monitorización ambulatoria de la PA: Algunos pacientes tienen elevada la PA en la clínica, mientras que la lectura es normal cuando se hace en otro lugar. El fenómeno se conoce como la hipertensión de “la bata blanca”. Si se sospecha este tipo de hipertensión, pueden ser útiles las mediciones de la PA en el hogar o en la comunidad. Como la mayoría de los fenómenos fisiológicos, la PA muestra variabilidad diurna, expresada como diferencia entre el sueño y la vigilia. En las personas activas durante el día. La PA es más alta a primera hora de la mañana, disminuye durante el día y es más baja por la noche. Algunas personas con hipertensión no muestran el descenso nocturno normal de la PA.

Cuidados de colaboración: Se han publicado guías clínicas para el tratamiento de la hipertensión. Existe acuerdo entre las diversas guías en lo que respecta a las áreas siguientes: 1) el aumento de la PA se debe evaluar con cuidado a lo largo de varios meses, antes de iniciar el tratamiento; 2) la decisión de tratar la hipertensión se debe tomar en el contexto del riesgo cardiovascular global; 3) las modificaciones del estilo de vida deben constituir el fundamento del tratamiento; 4) la hipertensión esencial y la sistólica se deben tratar en los adultos mayores hasta los 85 años, y 5) existen 5 categorías de fármacos de primera línea.

Estratificación del riesgo: El riesgo de enfermedad cardiovascular en las personas con hipertensión se determina por el valor de PA, la presencia de enfermedad de los órganos diana y la coexistencia de otros factores de riesgo. Las guías para el tratamiento de la hipertensión, distribuyen los pacientes en grupos de riesgo basados en esos factores. El grupo A incluye a pacientes con PA normal alta, hipertensión fase 1, 2 y 3, que no tienen enfermedad cardiovascular clínica, enfermedad de órganos diana, ni otros factores de riesgo. Normal alta: (modificaciones del estilo de vida); Fase 1 (modificaciones del estilo de vida, más de 12 meses): Fase 2 y 3 (tratamiento farmacológico y modificaciones del estilo de vida).

El grupo B incluye pacientes con hipertensión que no tienen enfermedad cardiovascular clínica ni enfermedad de órganos diana, presenta uno o más factores de riesgo cardiovascular, pero no tienen Diabetes. Normal alta: (modificaciones del estilo de vida); Fase 1 (modificaciones del estilo de vida, más de 6 meses): Fase 2 y 3 (tratamiento farmacológico y modificaciones del estilo de vida).

El grupo C incluye pacientes hipertensos con enfermedad cardiovascular clínica, enfermedad de órganos diana o Diabetes. Normal alta: (modificaciones del estilo de vida y tratamiento farmacológico); Fase 1 (modificaciones del estilo de vida y tratamiento farmacológico): Fase 2 y 3 (tratamiento farmacológico y modificaciones del estilo de vida). Una vez que la PA se ha estabilizado, se deben programar visitas de seguimiento cada 3 a 6 meses, para asegurar el control continuado de la PA, proporcionar soporte a los cambios del estilo de vida, evaluar el posible daño de los

órganos diana y detectar efectos secundarios o adversos de los fármacos. (Ramòn de la Fuente, 2002)

Modificaciones del estilo de vida

Esas modificaciones se dirigen a reducir la PA y el riesgo cardiovascular global.

Tratamiento nutricional: El control dietético de la hipertensión consisten en restricción de sodio, mantenimiento de la ingesta dietética de potasio, calcio y magnesio; y restricción de las calorías si el paciente pesa demasiado (pérdida de peso, si el paciente tiene un peso un 10% superior a su peso ideal). Esa dieta conlleva ingestión de varias raciones de pescado a la semana, abundancia de frutas y verduras, aumento de la ingesta de fibra y beber mucha agua. La AméricaHeart Association recomienda restringir la ingesta de sal a menos de 6 gr, o menos de 2,3 gr de sodio para adultos sanos. Eso requiere no añadir sal durante la preparación de los alimentos y evitar los alimentos, particularmente ricos en sodio. El paciente y la familia, especialmente la persona que prepara las comidas, deben recibir instrucción sobre dietas con restricción de sodio. La instrucción debe incluir leer las etiquetas de los medicamentos de venta libre, los alimentos envasados y los productos sanitarios. (Portal Medico, 2010)

Modificación del consumo de alcohol: El consumo de tres o más copas al día es un factor de riesgo para la enfermedad cardíaca y el ictus. Los pacientes hipertensos que beben alcohol deben reducir su ingesta a 25 gr al día, las mujeres y los individuos delgados deben restringir la ingesta de alcohol a 15 gramos diarios. (Revistas med.unne.edu., 2008)

Actividad física: Para favorecer la salud cardiovascular, se recomienda que todos los adultos realicen 30 minutos o mas de actividad física con intensidad moderada, la mayoría de los días de la semana, o preferiblemente todos los días. La actividad moderada intensa, como la marcha rápida, el paso ligero y la natación, pueden disminuir la PA, favorecer la relajación y disminuir o controlar el peso corporal.

Superación del estrés: aunque el estrés pueda elevar la PA a corto plazo y ha sido implicado en el desarrollo de la hipertensión. La terapia de relajación, la imaginación guiada y la biorretroalimentación pueden ser útiles para ayudar la superación del estrés, con disminución consiguiente de la PA. (Gauntlett Beare P. , 2004)

Tratamiento Farmacológico

El objetivo general del tratamiento farmacológico es conseguir una PA inferior a 131/85 mmHg. En los adultos mayores con elevación de la PA tanto sistólica como diastólica, es deseable el descenso de la PA hasta menos de 140/90 mmHg. El tratamiento farmacológico de la hipertensión se dirige a reducir o controlar la presión arterial con la menor cantidad posible de fármacos. Cuando se consigue una respuesta adecuada, se continúa el régimen terapéutico hasta que pueda reducirse la dosis de los fármacos a la menor posible para controlar la presión arterial, lo que se conoce como tratamiento escalonado o finalmente suspenderse. Incluso después de suspenderlos, se debe seguir haciendo un seguimiento regular, porque los niveles de presión arterial pueden aumentar en las personas que han tenido Hipertensión. (Bennet, 1997)

Los fármacos disponibles en la actualidad para tratar la hipertensión tienen dos acciones principales: 1) reducen la RVS, y 2) Disminuyen el volumen de sangre circulante. Los agentes Antihipertensivos se clasifican en cinco grupos: diuréticos, inhibidores adrenérgicos, vasodilatadores, inhibidores de la enzima convertidora de Angiotensina y antagonistas del calcio.

Diuréticos: Los diuréticos son inhibidores del transporte de iones esenciales que evitan la reabsorción de bicarbonato de sodio y cloro, reducen el volumen plasmático, disminuyen el sodio en las paredes arteriolas y reducen la respuesta vascular a las Catecolaminas. Los cuatro tipos de diuréticos son Tiazidas, inhibidores de la Anhidrasa carbónica, Diuréticos del asa y Diuréticos ahorradores de potasio. El

primer fármaco de elección para la hipertensión pertenece al grupo de las Tiazidas por que actúan sobre los túbulos distales, en donde se absorbe el sodio.

Diuréticos Tiazidicos: se asocian con efectos adversos significativos, como Hipopotasemia, Hiperuricemia, Hipercolesteronemia, intolerancia a la glucosa e Hiperinsulinemia, Hipercalcemia, Hiponatremia, Hipomagnesemia, Hipotensión ortostática e impotencia sexual. Los diuréticos reducen la presión arterial y el gasto cardiaco al inducir la Natriuresis y reducir la resistencia vascular. Los diuréticos Tiazidicos son Hidroclorotiacida y la Clorotiacida.

Diuréticos de asa: con los diuréticos de asa puede obtenerse un efecto diurético más potente, 3 o 4 veces superior al de los diuréticos Tiazidicos. Los efectos adversos son los mismos que los diuréticos Tiazidicos. Sin embargo, no se afectan las concentraciones séricas de calcio. Un diurético de asa muy utilizado es la Furosemida.

Diuréticos ahorradores de potasio: puede utilizarse en sujetos que necesitan de esta producción. Pueden combinarse con los diuréticos Tiazidicos para reducir la pérdida de potasio inducida por el diurético. Un efecto adverso de los diuréticos ahorradores de potasio es la Hiperpotasemia, especialmente en presencia de problemas renales. La Espirinolactona es uno de los diuréticos ahorradores de potasio. (Ramón de la Fuente, 2002)

Inhibidores adrenérgicos: Actúan en diferentes receptores para interferir con la transferencia de Catecolaminas y de este modo reducir los efectos de la Noradrenalina y la adrenalina sobre la presión arterial. Este tipo de fármacos Antihipertensivos comprende a los inhibidores adrenérgicos periféricos (por ejemplo Reserpina y Guanadrel), los agonistas alfa centrales (por ejemplo Metildopa, Clonidina y Guanfanina), los bloqueantes alfa-adrenérgicos (Prazocin), los bloqueantes beta- adrenérgicos (por ejemplo: Etanol, Metoprolol y Nadolol) y los bloqueantes alfa- adrenérgicos y beta- adrenérgicos combinados (Labetalol).

Agonistas centrales: El agonista central más recetado es la Clonidina. Reduce la presión arterial al inhibir el flujo central del sistema nervioso simpático que tiene lugar tras la activación de los receptores alfa- adrenérgicos. Se produce una leve reducción de la frecuencia cardiaca, del gasto cardiaco y de la resistencia vascular que da lugar a una disminución de la presión arterial. La Clonidina debe evitarse en personas con depresión, insuficiencia renal, enfermedad vascular periférica, o que consumen en forma simultánea alcohol, barbitúricos otros sedante.

Alfa bloqueantes. Los alfa bloqueantes inhiben la captación de Catecolaminas en la hendidura sináptica, lo que reduce la vasoconstricción. Los fármacos de esta clase que recetan con frecuencia son el Doxazocin y el Prazocin. Puede producirse un efecto hipotensor iniciativamente, especialmente si la persona está tomando a la vez diurético.

Betabloqueantes: Los betabloqueantes han sido el segundo fármaco más recetado, después de los diuréticos, hasta la llegada de los antagonistas del calcio. Los betabloqueantes se clasifican a su vez en cardiosselectivos o no cardiosselectivos, liposolubles y con actividad simpaticomimético intrínseco o sin ella, los efectos adversos dependen de las categorías, los más frecuentes son el empeoramiento del bloqueo cardiaco, el bronco pasmo en personas con problemas pulmonares, la hipoglucemia en individuos con diabetes y las alteraciones de los lípidos (Gauntlett Beare P. , 2000).

Vasodilatadores: actúan sobre el musculo liso vascular provocando vasodilatación arteriolar y disminuyendo la resistencia periférica, lo que reduce la hipertrofia ventricular izquierda (Impacto positivo) y estimula el sistema nervioso simpático (impacto negativo).

Vasodilatadores directos: Son fármacos potentes, especialmente el Minoxidil, que pueden precipitar la angina y la hipotensión ortostática si no se vigilan con cuidado. Se utilizan en situaciones de urgencia que implica una hipertensión grave, pero solo con precaución extrema, porque puede producir hipotensión ortostática, especialmente en los ancianos. (Bennet, 1997)

Inhibidores de la Enzima Convertidora de la Angiotensina (ECA): Reducen la hipertrofia ventricular y aumentan el flujo renal, usados de forma independiente o combinados con diuréticos que no tienen los efectos adversos que se ven en otros Antihipertensivos, sin embargo es frecuente la hipotensión ortostática con la primera dosis. Se cree que la administración de inhibidores de la ECA en el tratamiento de la hipertensión leve a moderada mejora la calidad de vida. (Uno de ellos es el Captopril, Enalapril). (Kelly, 1991)

Antagonistas del calcio: son vasodilatadores arteriales potentes, especialmente útiles en ancianos y personas con concentraciones bajas de renina. Estos fármacos reducen la entrada aumentada de calcio, lo que puede ser producido por una alteración del músculo liso en el manejo de los cationes y por un aumento de las concentraciones intracelulares de calcio libre. Los bloqueantes de los canales de calcio reducen la resistencia vascular periférica, aumentan el flujo sanguíneo a los órganos principales y reducen la presión arterial. (Por ejemplo: Amlodipino, Felodipino, Nifedipino). (Ramón de la Fuente, 2002)

Aprendizaje del paciente relacionado con el tratamiento farmacológico: El conocimiento previo del paciente y la familia relacionado con el tratamiento farmacológico, es necesario para identificar y minimizar los efectos secundarios, y hacer frente a los efectos terapéuticos. En este caso, se debe aconsejar al paciente que comunique los efectos secundarios al profesional de atención sanitaria que recetó la medicación.

Un efecto secundario común de varios de estos fármacos es la hipotensión ortostática. Esta causada por una alteración de los mecanismos del sistema nervioso autónomo encargados de regular la presión. En consecuencia, el paciente puede notar desvanecimiento, debilidad y mareo cuando asume la postura erecta, después de estar sentado o tendido.

La disfunción sexual puede aparecer con muchos fármacos hipotensores y puede constituir una razón importante para que el paciente no cumpla el plan de tratamiento. Muchas veces la enfermera debe ser quien mencione este tema

sensible, y animar al paciente. Los problemas sexuales probablemente sean más fáciles de explicar y controlar después de explicar que el fármaco puede ser la causa del problema, y que los efectos secundarios se pueden disminuir o eliminar mediante el cambio a otro hipotensor.

Algunos efectos desagradables de los fármacos guardan relación con el efecto terapéutico, pero el impacto puede ser minimizado. Por ejemplo la sequedad de la boca y la micción frecuente son efectos desagradables de los diuréticos. El chicle o los caramelos sin azúcar pueden aliviar la sequedad de la boca. Cuando la micción frecuente interrumpe el sueño, puede ser beneficioso tomar el diurético a una hora del día más temprana. Los efectos secundarios de los vasodilatadores y los inhibidores adrenérgicos disminuyen si los fármacos se toman a última hora del día. Conviene recordar que la PA es menor durante la noche y más alta poco después de despertarse. Por tanto, los fármacos con 24 horas de duración se deben tomar lo más temprano (por ejemplo a las 4 o 5 de la mañana, si el paciente se despierta para orinar). (Luckmann, 2000)

Cuidados de Enfermería

El paciente con hipertensión

Valoración

La detección, la valoración selectiva y el seguimiento de las personas con hipertensión recaen habitualmente en el personal de enfermería. La valoración inicial debe incluir un perfil de los factores de riesgo, los síntomas asociados, las enfermedades concomitantes que indiquen afectación orgánica o hipertensión secundaria, los antecedentes familiares y la historia de hipertensión arterial del sujeto. También es importante la administración de medicamentos que puedan

afectar a la presión arterial, incluidos los fármacos a demanda y las infusiones de hierbas. También debe investigarse el estilo de vida que afecta a la presión arterial, incluido el nivel de actividad física, los patrones de ejercicio, los hábitos dietéticos, el consumo de alcohol y cualquier uso de la nicotina. Es importante determinar el conocimiento actual, las creencias, los sentimientos del individuo acerca de la hipertensión y de cualquier diagnóstico previo de hipertensión con las intervenciones que intentaron realizar. También es adecuado realizar una exploración y un análisis de laboratorios adicionales para determinar la afectación orgánica o las causas secundarias de hipertensión. (Gauntlett Beare P. , 2000)

Datos objetivos

Antecedentes sanitarios: duración conocida e investigación previa de PA alta; enfermedad cardiovascular, cerebrovascular, renal o tiroidea; Diabetes Mellitus; trastornos hipofisarios; obesidad; Dislipidemias; menopausia o sustitución hormonal. Medicamentos: uso de cualquier fármaco recetado o de venta libre, ilícita o naturista; uso previo de tratamiento farmacológico hipotensor. (Manual de Enfermería, 2005)

Patrones funcionales de salud

Percepción de salud y su cuidado: historia familiar de hipertensión o enfermedad cardiovascular; consumo de tabaco en sus distintas formas; uso de alcohol; estilo de vida sedentaria. Nutricional- metabólico: ingesta habitual de sal y grasas; aumento o pérdida de peso. Eliminación: Nicturia. Actividad- movilidad: cansancio; disnea de ejercicio, palpitaciones con el ejercicio, dolor torácico anginoso; claudicación intermitente, calambres musculares. Conocimiento y percepción: sensación de inestabilidad; visión borrosa, parestesias. Sexualidad y reproducción: impotencia. Superación y tolerancia al estrés: acontecimientos vitales causantes de estrés. (Beare, 1993)

Datos objetivos

Cardiovascular: PA consistente en mayor de 140 mmHg sistólica o 90 mmHg diastólica, cambio ortostático de la PA y el pulso; alteraciones de los vasos retinianos, sonidos cardiacos anormales; impulso apical desplazado en sentido lateral, sostenido y fuerte; pulsos periféricos disminuidos o ausentes; soplos carotídeos, renales, isquémicos o femorales; edema. Musculo esquelético: Obesidad truncal; relación cintura- caderas anormal. Neurológico: Cambios del estado mental; edema localizado. Posibles hallazgos: Electrolitos séricos anormales (especialmente potasio); mayor BUM, creatinina, glucosa, colesterol y triglicéridos; proteinuria, micro albuminuria; signos de cardiopatía isquémica e hipertrofia ventricular izquierda en el ECG; datos de enfermedad cardiaca estructural e hipertrofia ventricular izquierda en la ecocardiografía. (Gauntlett Beare P. , 2000)

La medida de la presión arterial es el único determinante de la hipertensión y debe medirse inicialmente de dos a tres veces consecutivas antes de hacer el diagnóstico de hipertensión. El Joint National Committee on Detection, Evaluation, and treatment of Hipertensión ha establecido criterios para asegurar una medida de la presión arterial precisa estas técnicas son las siguientes:

- 1) El individuo debe estar sentado y con la parte superior del brazo descubierta, apoyada y colocada al nivel del corazón. El manguito se debe inflar hasta que no se note el pulso en la arteria braquial, localizada en la fosa ante cubital, del brazo utilizado para la medición. El manguito se infla después de 10 a 20 mmHg adicionales, para asegurar la oclusión vascular. La presión se disminuye a 2 mm por segundo. La disminución más lenta o más rápida puede originar lecturas inexactas. No debe haber fumado o tomado cafeína en los 30 minutos previos a la medida.
- 2) La PA se debe medir inicialmente en ambos brazos, para detectar posibles diferencias entre ambos lados.
- 3) La medida debe comenzar tras 5 minutos de reposo.
- 4) Debe utilizarse un manguito de tamaño apropiado para asegurarse de la medida precisa. La vejiga de goma debe rodear totalmente o casi (al menos el 80%) el brazo.
- 5) La medida debe hacerse con un esfigmomanómetro de mercurio, un

manómetro aneroides recientemente calibrado o un dispositivo electrónico calibrado. 6) Debe registrarse la presión sistólica y diastólica. Para la primera lectura debe notarse la desaparición del sonido fase (v). 7) Debe hacerse la medida de dos o más lecturas, separadas dos minutos. El esperar al menos 2 minutos entre las lecturas permite que la sangre venosa drene desde el brazo y evite lecturas inexactas. Si las dos primeras lecturas difieren en más de 5mmHg, deben realizarse lecturas adicionales. 8) El sujeto, o alguien adecuado, debe ser informado del significado de las lecturas de la presión arterial obtenidas y se le debe aconsejar que se someta a medidas periódicas, según se indique. (Bennet, 1997)

En 1905 Korotkoff definió las cinco fases de la presión arterial que se refieren hoy en día. Estas son las siguientes: la fase I es el sonido inicial que se oye ante al menos dos latidos consecutivos y que se denomina presión sistólica. La fase II es el espacio auscultatorio en que el sonido es agitado creando un periodo de sonidos turbulentos durante 40 mmHg, especialmente en sujetos hipertensos. La fase III es la continuación de los sonidos. La fase IV es aquella en que los sonidos se vuelven sordos y la fase V es el cese completo de los sonidos o la presión diastólica en los adultos. (Potter P. P., 1999)

Una función importante del personal de enfermería es aconsejar sobre la adquisición de monitores de presión arterial domiciliarios accesibles y fiables, y si es posible a un miembro de la familia o un amigo, se le debe enseñar la utilización apropiada del equipo y la lectura correcta de la presión arterial, así como otras variables que puedan influir en las lecturas (por ejemplo: el momento del día, la fecha, los fármacos que toma y cuando los toma y cualquier actividad previa a las lecturas, incluido el consumo de tabaco. (Orizaga Samperio, 2000)

La valoración de los factores de riesgo ayuda al personal de enfermería a identificar los riesgos del individuo para desarrollar hipertensión. El personal de enfermería puede usar esta información para ayudar a la persona a tomar decisiones acerca de las intervenciones y reducir los riesgos. Por ejemplo una historia dietética identifica los hábitos alimentarios como una ingesta rica en calorías o sodio, que se relaciona

con la hipertensión. El peso y el pliegue cutáneo, o las medidas antropométricas, ayudan a determinar el índice de masa corporal o el porcentaje de grasa en el cuerpo. (Gauntlett Beare P. , 2004)

Los antecedentes farmacológicos del individuo se valoran mediante la exploración inicial. Debe anotarse cualquier efecto adverso y el tiempo que los pacientes han estado tomando cualquier fármaco (fármacos a demanda, fármacos prestados por otros y vitaminas, minerales e infusiones. La exploración de seguimiento puede llegar a evaluar la eficacia o a medir el resultado de las intervenciones farmacológicas y de las modificaciones del estilo de vida. Estas medidas del resultado también consideran el costo, la calidad de vida, los problemas sexuales y otros inconvenientes físicos, el seguimiento del régimen prescrito y el grado de satisfacción con el tratamiento.

Es importante escuchar los sentimientos de la persona acerca de su hipertensión, los cambios que ha realizado y cualquier impacto que estos puedan tener en el hogar, y sobre las posibles necesidades para el seguimiento. (Witter Dugas, 1996)

Diagnósticos de enfermería

Dependiendo de la valoración inicial o del seguimiento del paciente con hipertensión, los diagnósticos más frecuentes son: Mantenimiento inefectivo de la salud relacionada con la falta de conocimiento y habilidad para controlar la hipertensión, como la ausencia de actividad física o la falta de relaciones; Falta de cumplimiento relacionada con los efectos adversos y el costo de los fármacos; Conocimientos deficientes relacionados con la ausencia de experiencia previa con enfermedades y protocolos de tratamiento; Alteración de la nutrición: por encima de las necesidades corporales, relacionada con una ingesta elevada de sodio, calorías y grasas; Alteración de la nutrición: por debajo de las necesidades corporales, relacionada con una baja ingesta de potasio, calcio, magnesio o fibra; Perfusión tisular inefectiva relacionada con complicación de la hipertensión (Cerebral, Cardiovascular, renal.

Manejo inefectivo del régimen terapéutico a causa de: falta de conocimiento, efectos secundarios desagradables de la medicación, costo elevado de algunos medicamentos; Trastorno de la imagen corporal en relación con el diagnóstico de hipertensión; Ansiedad relacionada con la dificultad de seguir el régimen terapéutico, las posibles complicaciones y los cambios del estilo de vida relacionadas con la hipertensión. (Lippincott, 1995)

Planificación

Los objetivos globales en el paciente con hipertensión: 1) conseguir y conservar la PA determinada individualmente; 2) comprender, aceptar y aplicar el plan terapéutico; 3) conseguir que los efectos secundarios del tratamiento sean mínimos o nulos y 4) lograr que el paciente confíe en su capacidad para controlar y hacer frente a su enfermedad.

Las intervenciones de enfermería se dirigen a ayudar a las personas a controlar su presión arterial, cambiar sus patrones del estilo de vida y aumentar su independencia y control mediante medidas de autocuidado y apoyo comunitario asociados al régimen farmacológico prescrito. El objetivo final de la independencia en la prevención o el logro del control de la hipertensión está siempre al frente del plan de la intervención y ejecución. El alta final para que el paciente se controle a sí mismo la presión arterial, mantenga un estilo de vida dirigido a controlar PA y prevenga las lesiones orgánicas evitables y la muerte precoz es parte del plan de asistencia desde la identificación inicial de la hipertensión o el riesgo de padecerla.

Los resultados específicos para las personas que tienen hipertensión o pueden padecerla podrían ser los siguientes: Modificación del estilo de vida para reducir el riesgo de lesión orgánica y conseguir controlar la PA; Acatamiento de los regímenes farmacológicos sin efectos adversos negativos o limitaciones económicas; Cumplimiento de la dieta con los niveles recomendados de sodio, potasio, calcio, magnesio, fibra, calorías, grasas y colesterol; Reconocimiento de los efectos

adversos y capacidad de seguir los pasos adecuados para enfrentarse a ellos; Practica de estrategias eficaces de tratamiento del estrés y de relajación; logro y mantenimiento de un nivel adecuado de ejercicio. (Kozier, 1999)

Ejecución

Dentro de nuestra actuación, relación e interacción con el paciente en la reducción o eliminación de sus necesidades alteradas están nuestras siguientes actividades:

A. La educación del paciente incluye:

1. Informar de los factores de riesgo asociados con la enfermedad, incluidos el tabaco, la obesidad, la ingesta elevada de sodio, grasas y colesterol, el estrés y el estilo de vida sedentario, e incluir a los miembros de la familia en la educación, porque la herencia desempeña un papel en la predisposición al aumento de la PA.
2. Aconsejar acerca de los cambios en el estilo de vida, los métodos del tratamiento del estrés y los cambios dietéticos, y someterse a valoraciones selectivas regulares de las alteraciones de la presión arterial, circulatoria y visual.
3. Enseñar a tomar la PA tres veces a la semana; subrayar el hecho de sentarse tranquilos durante 5 minutos antes de tomar la presión, utilizar el lado correcto del manguito, aplicar el manguito con suavidad y con comodidad y cerrarlo de forma segura, y colocar el brazo al nivel del corazón; enseñar a que informen de las elevaciones repetidas e inexplicadas al médico.
4. Enseñar la administración de los diuréticos, los Antihipertensivos, los Antilipidemicos, los suplementos de potasio, los vasodilatadores y los antagonistas, incluyendo las dosis, la vía, la frecuencia, los efectos adversos y las interacciones con medicamentos, fármacos o alcohol; se debe tener cuidado de no alterar la dosis o de suspenderlas de forma brusca y hay que evitar los fármacos a demanda a no ser de que el médico los recomiende.

5. Animar a participar en un amplio abanico de actividades previas mientras la PA este controlada; incluir un programa de ejercicio moderado durante 30 minutos al día.
6. Aconsejar acerca de la reducción de peso si es necesario; enseñar a mantener un diario de alimentos durante una semana, y ofrecer una lista de alimentos a evitar (los que son ricos en colesterol y grasas saturadas); animar a una ingesta más libre de frutas y verduras, cereales integrales, pescado y aves.
7. Enseñar a limitar la ingesta de sodio; aconsejar que no se añada sal a los alimentos y que se eviten los alimentos curados, procesados o preparados y sugerir la utilización de hierbas y especias para mejorar el sabor.
8. Informar acerca de los alimentos ricos en potasio cuando se sigue un tratamiento diurético, incluida una lista de aquellos y evitar, especialmente si no se administran suplementos de potasio.
9. Informar de que los cambios de conductas llevan su tiempo y sugerir métodos para reforzar estos cambios y los cambios ambientales para acomodarse a la rutina diaria.
10. Enseñar a vigilar las conductas de forma regular, recogiendo los daos para el análisis, y la necesidad de adquirir conductas alternativas o de fortalecer las ya existentes.
11. Instruir acerca de la alteración del riesgo sanguíneo tisular: los signos, los síntomas (como arritmias, alteración de los signos vitales, piel fría y sudorosa, disnea y reducción de los pulsos periféricos), el tratamiento y cuando contactar con el médico.
12. Enseñar los signos y síntomas que deben contarse al médico (como cefalea, palpitaciones, dolor torácico, disnea, ganancia de peso, edema, alteraciones de la visión y epistaxis). (Potter P. P., 2002)
13. Enseñar las medidas para conservar la energía, reduciendo así la sobrecarga cardiaca (como aumentar el ejercicio de forma gradual con periodos de descanso programados, eliminar o reducir los movimientos corporales extra

cuando se realizan actividades, establecer prioridades y utilizar una mecánica corporal adecuada.

B. Las instrucciones a la familia o a los cuidadores incluyen las siguientes: 1) Vigilar la presión arterial como se les enseñó y recomendó y registrarla para que la revise el médico. 2) Administrar los fármacos de forma correcta y registrar cualquier efecto adverso. 3) Animar a los miembros de la familia a expresar sus sentimientos, preocupaciones y miedos asociados con los cambios de papel. 4) Leer la información acerca de la enfermedad y las consecuencias de un mal control de la hipertensión. 5) Establecer un sistema para administrar los fármacos de forma precisa y manejar el régimen farmacológico de forma que se obtengan efectos óptimos de acuerdo con el estilo de vida. 6) Informar a la familia acerca de la disponibilidad de sistemas de apoyo, cuidadores y recursos comunitarios. (Luckmann, 2000)

C. Al presentar información al paciente y familia, la enfermera debe hacer lo siguiente: informar la cifra numérica de la PA, y explicar lo que significa; informar de que la hipertensión suele ser asintomática, y de que los síntomas no indican de modo fiable el valor de la PA; Explicar la necesidad de seguimiento y terapia a largo plazo para controlar la hipertensión; Explicar que el tratamiento no curara la hipertensión, pero que si puede mantenerla controlada; Informar que la hipertensión controlada suele tener un pronóstico excelente y ser compatible con una vida normal; Planear con el paciente los momentos regulares y convenientes para tomar la medicación; informar al paciente de que no debe suspender los fármacos bruscamente, puesto que podría sufrir una reacción Hipertensiva grave; informar al paciente de que si se salta un toma de medicación, no debe aumentar al doble la toma siguiente; informar al paciente de que si sube la PA, no debe aumentar la dosis de medicación hasta que consulte con el médico responsable de atención sanitaria; Informar al paciente de que no debe tomar la medicación de otro paciente; informar al paciente de que los efectos secundarios de la medicación suelen ceder con el paso del tiempo; informar al paciente de que debe consultar con el médico responsable de atención sanitaria antes de cambiar los fármacos o dosis, si presenta impotencia u otro problema sexual; Explicar que para disminuir la hipotensión ortostática, el paciente se debe

levantar lentamente de la cama, sentarse en el lado de la cama durante unos minutos, ponerse de pie lentamente, no permanecer de pie inmóvil durante periodos prolongados de tiempo, hacer ejercicios con las piernas para aumentar el retorno venoso, dormir con la cabecera de la cama elevada, o incorporado sobre un cojín, y tenderse o sentarse si nota un mareo; Advertir sobre los riesgos potenciales de los medicamentos de venta libre, como alcalinos ricos en sodio, antigripales y descongestionantes nasales. El paciente debe leer las etiquetas de advertencia y consultar con el farmacéutico. (Witter Dugas, 1996)

Evaluación

El personal de enfermería evalúa el resultado de las intervenciones educativas basándose no en el cambio en los conocimientos, si no en el cambio en el número de conductas saludables protectoras y conductas de reducción del riesgo practicadas y en el control de la presión arterial dentro de los límites aceptables.

La documentación de la asistencia del paciente con hipertensión recae en un registro preciso de la PA. Son obligadas las medidas de ejecución para evitar errores. La documentación del cumplimiento, como se ve por las lecturas de la PA, el control de peso, el registro de la actividad, la historia dietética de las 24 horas, el nivel de colesterol, el recuento de pastillas y el registro de autovigilancia, puede servir como prueba objetiva del cumplimiento. Una nueva valoración de los objetivos realizada por el individuo y los miembros de la familia ayuda a progresar hacia un resultado satisfactorio.

Otra área de documentación se relaciona con las necesidades de aprendizaje del paciente y con los conocimientos obtenidos por el mismo y, lo que es más importante, con el cambio de conducta del paciente. (Hernandez Conesa, 1999)

TEMA VI. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

6.1 Valoración con el referente teórico de D. Elizabeth Orem

FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS:

Sexo: Masculino

Edad: 85 años

Edo. Civil: Viudo hace 20 años.

Religión: Católica

Escolaridad: No fue a la escuela, aprendió a leer y a escribir por amigos y vecinos.

Ocupación: sin ocupación

Familia Nuclear:

Persona que constituye el principal apoyo para el paciente: De su hija.

Dependencia Económica:

Depende económicamente de una de sus hijas y de la pensión que recibe cada dos meses del programa oportunidades de la tercera edad, con este dinero se le compra ropa y zapatos, pocas veces recibe aportaciones de sus otros 6 hijos, eso le sirve para su visita médica al doctor.

Condiciones del hogar: cuenta con todos los servicios, sin promiscuidad, ni hacinamiento. El patio se encuentra con poco espacio y en la mayoría de la casa se encuentran escaleras.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES:

a. Mantenimiento del aporte de aire suficiente.

FC: 84 **T/A:** 150/86 mmHg, **FR:** 20 x' **SPO2** %

Presenta un patrón respiratorio eficaz, con vías aéreas permeables sin compromiso, a la auscultación de los pulmones se encuentran bien ventilados, sin ruidos respiratorios. Su tipo de respiración es normal, encontrándose dentro de parámetros considerados normales. Nunca fumo pero cocino con leña toda su vida y actualmente lo siguen haciendo, al realizar algún esfuerzo físico no presenta dificultad respiratoria. Durante su vida no ha presentado alergias a algún alimento o medicamento.

b. Mantenimiento de un aporte de agua suficiente.

No presenta datos de deshidratación, se encuentra con mucosa oral hidratada, buena coloración de tegumentos, buen llenado capilar, la cantidad de agua que ingiere al día es de 1500 ml, el agua que consume es agua potable, solo en ocasiones la hierve, entre los líquidos que consume son agua y jugo diario. Hace 3 años que dejó de consumir refresco. Refiere que por la noche ya no toma agua ya que le da flojera pararse al baño.

c. Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente.

Peso: 82 kg **Talla:** 1.45 cm **IMC:** 39.0 **Niveles de Glucosa**

En los últimos 6 meses ha ganado peso con aumento de una aproximación de 4 kg, realiza dos comidas al día y una colación, refiere que ya no cena, ya que menciona “se me inflama el estomago me levanto dos o tres veces al baño y no puedo dormir”, actualmente le cuesta trabajo para comer, ya que la mayoría de su dentadura ya no la tiene, le hacen falta la mayoría de sus dientes, principalmente los de adelante y los que tiene se le mueven, tarda para poder moler e ingerir los alimentos, sin problemas en la mucosa oral. Refiere que en ocasiones después de comer eructa mucho, en cada comida que consume ingiere más de 6 grs de sal, esto ha sido toda su vida, aun no necesita ayuda para alimentarse lo hace por sí solo, sus dieta habitual es sin restricciones.

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

Características de la diuresis

No presenta alteraciones para la micción, las características de la orina son color ámbar, orina de 3 a 4 veces al día y cuando toma agua por la noche se levanta 2 veces, esto no lo hace a diario, refiere que por no levantarse no toma agua.

Características de las evacuaciones

Las evacuaciones son semilíquidas, estas son entre verdosas y amarillas, evacua dos veces al día.

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

Consiente

Orientado en tiempo, espacio y persona, cooperador

Características del movimiento (postura, posición, de ambulación).

Se encuentra consciente, orientado en tiempo y espacio, actualmente duerme menos de 6 horas, refiere que al despertar se encuentra cansado, le cuesta trabajo conciliar el sueño, durante el día se la pasa bostezando, actualmente para poder dormir toma pastillas que le receto el médico del seguro para poder conciliar el sueño, no se las toma seguido, ya que refiere que no le hace efecto. Presenta inflamación en los pies, algunas veces le produce dolor. No realiza ningún tipo de ejercicio, refiere que ha intentado hacerlo pero se siente cansado y sin fuerza, solo camina en el patio de su casa por periodos cortos de 10 a 15 minutos, refiere que le gustaría salir a caminar fuera de casa.

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

Presenta problemas de audición, se le tiene que hablar fuerte y claro para que escuche lo que se le está informando, ya perdió la vista del ojo derecho, el médico le dijo que tiene cataratas, utiliza lentes de armazón, convive a diario con su hija y nietos, la relación es buena, aunque ya es una persona de edad avanzada no pierde el sentido del humor. Las

razones que le impide socializar con amigos y sociedad es por su enfermedad, la mayor parte del tiempo se la pasa en su casa, en el patio, por tiempos cortos se levanta a caminar, del sol se pasa a la sombra y lo contrario, dependiendo de cómo se sienta físicamente. Aunque durante el día para distraerse escribe y pasa sus rezos y oraciones a una libreta, esto le sirve porque así los repasa y se los aprende.

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

T/A: 150/86 mmHg **FC:** 84x

Se encuentra consciente, con lenguaje coherente y fluido, comienza a tener problemas de concentración, se le olvidan las cosas, no se acuerda a donde las deja, pero esto todavía no se da muy frecuente, para la de ambulación utiliza bastón.

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.*

(Aceptación de aspecto físico, familiar y social; auto percepción, autoestima, auto realización)

Acepta su aspecto físico y cambios corporales de su enfermedad, refiere que es un proceso por el que tiene que pasar y que se pone en las manos de dios. Para satisfacer las necesidades básicas, requiere de ayuda, su hija lo baña, aunque muchas veces no puede hacerlo y solo lo hace de una a dos veces por semana. Ante una situación estresante la reacción que presenta el usuario es de calma, refiere que siempre ha sido así.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO:

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

Etapas de desarrollo: Adulto Mayor

Historia Gineco- obstétrica: Refiere que hace seis meses se le realizó un examen de la próstata para ello el médico le dio tratamiento

REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD: Cursa con hipertensión arterial hace 3 años se desconoce las cifras tensionales con las que se hizo el diagnóstico, es tratado con Nifedipino indicado por médico particular es suspendido hace dos meses, ya que se le terminó el medicamento, no ha recibido orientación sobre los beneficios del medicamento, anteriormente acudía a consulta cada mes para chequearle la presión, en estos momentos no lo ha hecho, ya que no cuenta con recursos disponibles para la atención de la enfermedad, refiere que no ha podido ir por cuestiones de tiempo y económicas, no ha recibido orientación precisa sobre su enfermedad, ha sufrido caídas cuando se le sube la presión arterial, no cuenta con ningún aparato mecánico para estarle midiendo la presión, mas sin embargo ha aceptado los cambios corporales a partir de su enfermedad, pide que se le ayude para prevenir complicaciones de su enfermedad.

6.2. Diagnósticos de Enfermería

Diagnóstico I

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 2: Actividad ejercicio

Requisito de autocuidado: Universal

Diagnóstico de enfermería : Deterioro de la ambulación relacionado con deterioro de la visión y restricciones ambientales (escaleras y superficies irregulares) **manifestado por** verbalizaciones del usuario de que le cuesta trabajo subir y bajar escaleras, pérdida de la vista del ojo derecho y se le inflaman los pies algunas veces le produce dolor.

Plan de Intervención

Objetivo: El usuario aumentara la distancia del paseo, demostrando una movilidad segura, utilizando correctamente los dispositivos de ayuda para la movilidad.

Demanda de autocuidado: ambulación

Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio

Intervención de enfermería: Terapia de ejercicios: ambulación

Actividades	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none">- El familiar vestirá al paciente con prendas cómodas.- aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la de ambulación y evite lesiones.- Instruir al paciente y a la familia acerca de las técnicas de traslado y de ambulación seguras.- Enseñar al paciente a colocarse en la posición correcta durante el proceso de traslado.- Ayudar al paciente en el traslado.- Proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón).- Ayudar al paciente a establecer aumentos de distancias realistas con la de ambulación.- Fomentar una de ambulación independiente dentro de los límites de seguridad.	<p>El vestir prendas cómodas ayuda evitar lesiones en la piel y favorece la relajación mental y corporal.</p> <p>El usar un calzado flexible y cómodo evita la aparición de padecimientos propios de la piel como laceraciones del talón, infecciones por hongos etc.</p> <p>La enseñanza y la demostración favorecen el aprendizaje, reducen la ansiedad y fomentan la cooperación del paciente.</p> <p>La postura permite que las articulaciones accedan a ejercicios de movilidad articular completo.</p> <p>Ayuda al paciente a afianzar el equilibrio antes de intentar deambular y asegura que no desmayara mientras camina.</p> <p>Determina objetivos mutuos.</p> <p>Una deambulacion progresiva aumenta la resistencia e independencia del paciente</p>

Agente de autocuidado:

Demanda de autocuidado: Ambulación

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio

Intervención de enfermería: Fomentos de ejercicio: extensión

Actividades	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar información sobre los cambios en la estructura musculoesquelética relacionados con el envejecimiento en la estructura neuromusculoesquelética y los efectos de la falta de uso. - Proporcionar información sobre las opciones de secuencia, actividades de extensión específicas, tiempo y lugar. - Desarrollar un programa de ejercicios coherente con la edad, estado físico y estilo de vida. - Ayudar a desarrollar un plan de ejercicios que incorpore una secuencia ordenada de movimientos de extensión, aumentos en la fase de mantenimiento del movimiento y aumentos en el número de repeticiones de cada movimiento de extensión-mantenimiento lento, coherente con el nivel de estado físico musculoesquelético. - Enseñar que hay que comenzar la rutina de ejercicios por los grupos de 	<p>Suprime la ansiedad del paciente y estimula su cooperación y participación.</p> <p>Determina cuales son los ejercicios que ejercen el efecto deseado de aumentar o mantener la movilidad articular, evalúa la tolerancia del paciente al ejercicio y establece las directrices para maximizar la capacidad de autocuidado.</p> <p>Lo más sencillo es seguir un orden de ejercicios, empezando por la cabeza y en dirección hacia los dedos de los pies. Movimientos rápidos y entrecortados, pueden originar un espasmo muscular y, con ello, molestias.</p> <p>Los pacientes inmovilizados presentan una disminución de la fuerza, el tono y la masa muscular. Ello afecta a su capacidad para sostener peso o levantar el cuerpo.</p> <p>Movimientos rápidos y entrecortados pueden originar un espasmo muscular y, con ello, molestias. La incorporación de la enseñanza en la</p>

<p>articulaciones que estén menos rígidos y cambiar gradualmente a los grupos de articulaciones más limitados.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enseñar a extender lentamente el musculo hasta el punto de extensión máximo (o un punto de razonable molestia) manteniendo la extensión durante el tiempo especificado y posteriormente relajar lentamente los músculos extendidos. - Enseñar a evitar movimientos rápidos, de fuerza o de rebote. - Realizar demostraciones de los ejercicios. - Controlar la tolerancia de los ejercicios (presencia de síntomas tales como falta de aire, nauseas, vomito, mareo, visión de manchas pulso rápido, palidez, dolor o inflamación muscular) durante el mismo. 	<p>atención habitual subraya la importancia de la actividad para las necesidades del paciente.</p> <p>Documenta la tolerancia del paciente al aumento del grado de actividad, si los signos relacionados no aparecen quiere decir que la tolerancia al ejercicio es segura y que pueden intentarse y si estos existen indican una hipotensión ortostática. Posponer la maniobra hasta que el usuario pueda tolerar la actividad.</p>
---	--

Agente de autocuidado:

Demanda de autocuidado: Ambulación

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio

Intervención de enfermería: Manejo ambiental

Actividades	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> - Identificar los riesgos respecto de la 	<p>Los objetivos de la prevención y el tratamiento de</p>

<p>seguridad en el ambiente.</p> <p>Enseñar a los familiares a:</p> <p>Eliminar los suelos alfombrados, en desorden o muy encerados.</p> <p>Colocar superficies antideslizantes en la bañera o ducha, aplicando adhesivos disponibles comercialmente.</p> <p>Colocar asideros en el cuarto de baño.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos. <ul style="list-style-type: none"> . Colocar barandillas en los lugares de paso y en las escaleras. .Eliminar los objetos salientes (por ej. Percheros, estantes, apliques de luz) de las paredes de la escalera. .Mantener la cama en la posición más baja. <p>Comprobar que el usuario lleva calzado con suelas antideslizantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crear un ambiente seguro para el paciente. - Retirar del ambiente los objetos que sean peligrosos. - Eliminar los factores de peligro del ambiente. - Acompañar al paciente en las actividades 	<p>las caídas se centran en reducir la probabilidad de las mismas, disminuyendo los peligros ambientales, reforzar la competencia de la persona para resistir las caídas y las lesiones secundarias y proporcionar asistencia para las lesiones causadas por caídas.</p> <p>El colocar barandillas en las escaleras, baños y rampas ayuda al usuario a sostenerse mientras los utiliza les da seguridad para desplazarse y evita caídas.</p> <p>La compañía de una persona capaz de realizar</p>
---	--

<p>realizadas fuera de casa.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colocar los objetos de uso frecuente al alcance del paciente. 	<p>actividades que un adulto mayor no puede ejercer sirve para asistirlo cuando el usuario lo requiera.</p> <p>El colocar los objetos a su alcance permite al adulto ser más independiente y le da seguridad.</p>
--	---

Ejecución

Se realizan las actividades planeadas, realizando asesoría al familiar sobre los cuidados que se le debe dar al usuario poniendo énfasis en la importancia que tiene realizar cambios ambientales en las áreas de la casa que más habita, también se instruyo sobre la forma en que debe vestir, ropa holgada, de algodón, que tengan pocas texturas para evitar lesiones en la piel, los zapatos deben calzarle bien, que no sea de material sintético y que sean cómodos, se le explican las consecuencias que trae no usar un calzado que no cuente con estas características. Se hablo con el usuario dándole una sesión sobre cómo realizar ejercicios de flexión y extensión llevándolos acabo él y con ayuda del familiar, realiza los ejercicios iniciando por tiempos incrementándolos según su tolerancia, los lleva a cabo por la mañana evita movimientos bruscos que se causen agitación y estrés.

Evaluación

Los familiares hicieron lo posible por modificar el ambiente de su casa, hasta el momento no ha sufrido daño por caídas, no colocaron barandillas en baño ya que no tienen el recurso para ello, pero lo asisten para ir al baño o alguna otra actividad que corra el riesgo de caída, le compraron ropa y calzado con las características recomendadas y el usuario refirió sentirse cómodo

Diagnóstico II

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 2: Lesión Física

Requisito de autocuidado: Universal

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de caídas relacionado con edad superior a 65 años (85 años) utiliza dispositivos de ayuda (bastón), dificultades auditivas se le tiene que hablar fuerte y claro para que escuche) y enfermedad vascular (hipertensión).

Plan de Intervención

Objetivo: El usuario identificara y reducirá los peligros ambientales evidenciado por la eliminación de los mismos, cuando esto sea posible.

Demanda de autocuidado: Caídas

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio

Intervención de enfermería: Prevención de caídas

Actividades	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none">- Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la de ambulación.- Realizando diariamente ejercicios de fortalecimiento de los tobillos. De pie, detrás de una silla recta, con los pies ligeramente separados. Levantar lentamente ambos talones hasta que el peso del cuerpo recaiga sobre los ante pies; mantener durante 3 segundos.	Un programa de fortalecimiento del tobillo y paseo puede favorecer el equilibrio, aumentar la fuerza de los tobillos, mejorar la velocidad de la marcha, disminuir las caídas y el miedo a caerse y aumentar la confianza para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.

<p>Realizar 5-10 repeticiones; añadir repeticiones a medida que aumente la fuerza.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compartir con el paciente observaciones sobre el paso y movimiento realizando Paseos con la ayuda del familiar al menos 2 o 3 veces por semana: realizar antes los ejercicios de los tobillos como precalentamiento, si es necesario, empezar con paseos de 10 minutos con compañía, aumentar el tiempo y la velocidad según la capacidad. - Ayudar al paciente a adaptarse a las modificaciones sugeridas de la manera de caminar. - Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso, en este caso al usuario se le proporcione un bastón este debe tener una longitud adecuada para que el usuario pueda extender el codo y cargar sobre la mano. El bastón debe estar rematado con una contera de goma. - Enseñar al paciente como caer para minimizar el riesgo de lesiones. - Disponer sillas de altura adecuada, con respaldo y apoya brazos para un traslado más sencillo. - Disminución de agudeza auditiva Comprobar si la persona se ha sometido a 	<p>Al informarle al usuario de las actividades específicas que tiene que realizar facilita el que él las lleve a cabo, ya que se le estableció un programa al que tiene que a pegarse.</p> <p>Favorece para mejorar su postura corporal y evita lesiones en articulaciones.</p> <p>Un ambiente desconocido, junto con los trastornos de la visión y la movilidad, pueden aumentar el riesgo de lesión del cliente.</p> <p>Un cliente con problemas de movilidad, necesita que se instalen dispositivos de seguridad y se eliminen los peligros, para facilitar así las actividades de la vida diaria.</p>
---	---

<p>una audiometría.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trastornos de la visión: proporcionar una iluminación segura y enseñar a los familiares y al usuario a: Conseguir una iluminación suficiente en todas las habitaciones, con una luz nocturna suave; poner los interruptores de la luz en lugares accesibles, cerca de la cama. - Enseñar a reducir el deslumbramiento: evitar las superficies brillantes (por ej. cristal, suelos muy encerados); Emplear una luz difusa en lugar de directa, utilizar pantallas que oscurezcan la habitación; utilizar gafas de sol, sombreros con visera o sombrillas para reducir el resplandor del exterior; evitar mirar directamente a la luz brillante. 	<p>Falta de conocimientos favorece que en presencia de riesgos de lesión ayude a que existan lesiones graves.</p> <p>El deslumbramiento a menudo es responsable de las caídas en las personas mayores, que son más sensibles a la luz intensa. La iluminación incandescente (no fluorescente) deslumbra menos y es más adecuada para los ancianos.</p>
---	--

Demanda de autocuidado: Caídas

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio

Intervención de enfermería: Ayuda al auto cuidado

Actividades	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> - El familiar proporcionara ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados. - La enfermera ayudara al paciente a 	<p>Esto ayuda al usuario a no sentirse deprimido o inseguro ya que se le está dando un cierto grado de independencia de autocuidado, haciéndolo sentir autosuficiente.</p>

<p>aceptar las necesidades de dependencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Repetir de forma coherente las rutinas sanitarias como medio de establecerlas. - Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria, ajustadas al nivel de capacidad. - Alertar la independencia pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada. - Considerar la edad del paciente al promover las actividades de auto cuidado 	
--	--

Ejecución

Se asesoro al usuario y familiar sobre la importancia que tiene de atenderse la disminución auditiva y se le sugirió que use su seguro para ir con un especialista. Procuran tener su casa más iluminada con luces no fluorescentes. Se le habla en voz alta al usuario con palabras precisas y usando mímica, viéndolo a la cara. Se asiste al usuario al baño cuando se va a bañar, ya que el puede bañarse y vestirse solo, solo requiere ayuda para ingresar y salir del mismo. El usuario es capaz de conseguir sus alimentos dentro de su casa y de ingerirlos por si solo, se le permiten realizar actividades propias del hogar como tender su cama, regar las plantas, retirar polvo de algunos objetos que estén a su alcance. El usuario refiere que se siente cómodo realizando las actividades mencionadas.

Evaluación

El usuario fue atendido por un otorrinolaringólogo, el cual le dio tratamiento y compro un aparato óptico, el usuario refiere sentirse mejor, ya que escucha con más facilidad y eso lo hace sentirse seguro de sí mismo. Se siente con mayor seguridad al

deambular en su casa ya que no hay obstáculos que pueda provocarle caídas. Su casa cuenta con una iluminación que no le afecta la vista, esto le ayuda a realizar mejor sus actividades. Refiere que se siente más autosuficiente no dándole tantas molestias a sus hijos y nietos. Le gusta que le permitan realizar actividades que estén de acuerdo a su condición física.

Diagnóstico III

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 2: Lesión Física

Requisito de autocuidado: de salud

Diagnóstico de enfermería: Gestión ineficaz de la propia salud relacionado con déficit de conocimientos y dificultades económicas **manifestado por** elecciones ineficaces en la vida diaria para alcanzar objetivos de salud (Hace 2 meses que no acude al médico, no cuenta con algún aparato mecánico para la medición de la TA, consume más de 6gr de sal en cada comida) y a sufrido caídas cuando se le sube la presión arterial.

Plan de Intervención

Objetivo: El usuario y familiar manifestara la intención de cumplir las conductas saludables necesarias o deseables, para la curación de una enfermedad y la prevención de recaídas o complicación evidenciada por descripción del proceso patológico, sus causas y factores que contribuyen a los síntomas y las medidas para controlar la enfermedad.

Demanda de autocuidado: Salud

Sistema de enfermería: Apoyo-educación

Intervención de enfermería: Enseñanza: Proceso Enfermedad.

Actividades	Fundamentación
<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar cualquier factor que pueda predecir el incumplimiento del paciente, como: <ol style="list-style-type: none"> a. Falta de conocimientos b. Incumplimiento en el hospital c. Incapacidad de percibir la gravedad o cronicidad de la hipertensión. d. Pensar que la enfermedad desaparecerá e. Pensar que la enfermedad carece de esperanza. 2. Recalcar al paciente las posibles complicaciones graves para la salud derivadas del cumplimiento. 3. Señalar que la elevación de la TA carece típicamente de síntomas. 4. Comentar los posibles efectos de un futuro ictus, insuficiencia renal o enfermedad coronaria en las personas allegadas (hijos, nietos). 5. Incluir a los allegados del paciente en las sesiones informáticas, siempre que sea posible. 6. Recalcar al paciente que al final depende de él seguir o no el tratamiento. 7. Decir al paciente que compruebe o pida a 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar cualquier obstáculo en el seguimiento del tratamiento permite a la enfermera planificar intervenciones para eliminar dichos obstáculos y mejorar el cumplimiento. 2. Este análisis resalta la gravedad de la hipertensión y puede animar al paciente a seguir el tratamiento. 3. La ausencia de síntomas a menudo fomenta el incumplimiento. 4. Este comentario resalta el posible impacto de la hipertensión del paciente en sus allegados, pudiendo fomentar el seguimiento del tratamiento. 5. Los allegados tienen que comprender también las posibles consecuencias del incumplimiento para que les estimule a ayudar al paciente a seguir el tratamiento. 6. Ayudar al paciente a comprender que es el responsable del cumplimiento y puede aumentar

<p>alguien que compruebe su TA por lo menos una vez a la semana, y conservar un registro exacto de los valores.</p> <p>8. Explicar los posibles efectos secundarios de la medicación Hipertensiva (por ejemplo: impotencia, descenso de la libido, vértigo); decir al paciente que consulte con el médico para medicación alternativa, en caso de aparecer estos efectos secundarios.</p> <p>9. Si el coste de la medicación Antihipertensiva supone un problema para el paciente, consultar con los servicios sociales.</p>	<p>la sensación de control y autodeterminación de si mismo, pudiendo ayudar a mejorar el seguimiento.</p> <p>7. La toma semanal de la TA es necesaria para valorar la respuesta del paciente a los tratamientos y cambios en el estilo de vida.</p> <p>8. El paciente que note estos efectos secundarios puede interrumpir el tratamiento por su cuenta.</p> <p>9. Es posible que el paciente necesite ayuda económica para evitar el cumplimiento debido a motivos económicos.</p>
--	---

Demanda de autocuidado: Salud

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio

Intervención de enfermería: Modificación de la conducta

Actividades	Fundamentación
<p>1. Comentar el concepto de tensión arterial usando términos comprensibles para el paciente y sus allegados.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Cifras normales b. Efectos de una continúa hipertensión sobre el cerebro, corazón, riñones y ojos. c. Control frente a curación. 	<p>1. Esta información recalca la necesidad de seguir el tratamiento y los cambios en el estilo de vida.</p> <p>2. El control personal es más conveniente y puede</p>

<p>2. Enseñar al paciente a tomarse la TA, o enseñar a un familiar a tomar la TA al paciente.</p> <p>3. Explicar la relación entre los factores nutricionales y el control de la TA, sobre todo las propiedades de conservación de agua que tiene el sodio. Enseñar al paciente o a los familiares a leer las etiquetas o prospectos de los alimentos y de la medicación que se vende sin receta.</p> <p>4. Proporcionar al paciente y a la familia directrices sobre la medicación y tarjetas con información farmacológica para todas las medicinas prescritas. Explicarle lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Dosis b. Acción c. Efectos secundarios d. Precauciones <p>5. Advertir al paciente y a los familiares de la medicación que se vende sin receta, que está contraindicada, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Medicación con altas concentraciones de sodio. b. Descongestivos c. Laxantes <p>6. Explicar los factores de riesgo que pueden eliminarse o modificarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Dieta rica en sal o grasas b. Estrés c. obesidad 	<p>mejorar el cumplimiento.</p> <p>3. El sodio controla la distribución de agua en todo el cuerpo. Un aumento en la ingesta de sodio provoca un incremento en el agua, aumentando así el volumen circulante y elevando la TA.</p> <p>4. Esta información da a entender al paciente los efectos secundarios que deben notificarse y las precauciones que deben tomarse, además de que llevara un control estricto en beneficio de su persona.</p> <p>5. La medicación que se vende sin receta a menudo se considera inocua, cuando en realidad puede provocar complicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. La medicación con elevado contenido en sodio favorece la retención de agua. b. Los descongestionantes actúan como vasoconstrictores, elevando la TA. c. algunos laxantes contienen altos niveles de sodio. <p>6. Comprender los factores de riesgo que pueden controlarse, puede ayudar a mejorar la sensación de control del paciente sobre la enfermedad y</p>
---	--

<p>7. Recalcar la importancia de unos cuidados de seguimiento.</p> <p>8. Enseñar al paciente y a los familiares a notificar estos síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Cefalea sobre todo al despertar b. Dolor torácico c. Falta de aire d. Aumento de peso o edema. e. Cambios visuales f. Sangrado nasal frecuente g. Efectos secundarios de la medicación 	<p>aumentar su cumplimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. El tabaco actúa como vasoconstrictor, elevando la TA. b. Una dieta rica en grasa contribuye a la formación de placas y estenosis vascular; una dieta rica en sodio favorece la retención de agua. c. El estrés provoca una respuesta simpática que eleva la TA. d. La obesidad aumenta la resistencia periférica y el esfuerzo cardiaco, elevando la TA. <p>7. Los cuidados de seguimiento pueden ayudar a detectar complicaciones.</p> <p>8. Estos signos y síntomas pueden indicar un aumento de la TA u otra complicación cardiovascular</p>
---	--

Ejecución

Se asesora al familiar y al usuario sobre los cuidados y manejos que debe tener informándole sobre signos y síntomas de la enfermedad, se le instruye al familiar en cómo debe leer la toma de TA en su paciente, se le toma la TA diario al usuario al levantarse para llevar un control de las cifras previniendo alteraciones secundarias a este padecimiento. Se orienta al familiar sobre la alimentación que debe llevar el familiar por ejemplo evitar la sal en la mesa, comer 5 frutas y verduras evitar carnes rojas, no consumir cosas enlatadas en abundancia, evitar comer cosas secas como: cecina, los quesos secos, camarones secos, charales, preparar más comidas asadas que cocidas o fritas.

Evaluación

El usuario y familiar tienen ya más conocimientos sobre su padecimiento como signos y síntomas y forma de prevenir complicaciones, volvió a retomar su tratamiento y lleva un control con su médico tratante, el familiar le toma la TA al levantarse diariamente y las cifras más altas que ha presentado son: 150/ 85mmhg, y se mantiene con una TA 130/80. Sobre la dieta se apego sobre las pautas que se le manejaron.

Diagnóstico IV

Dominio 4: Actividad/ Reposo

Clase 2: Actividad/ Ejercicio

Requisito de autocuidado: Universal

Diagnóstico de enfermería: Déficit de actividades recreativas relacionado con entorno desprovisto de actividades recreativas **manifestado por** afirmaciones del paciente que se aburre (desea tener algo que hacer, que leer), refiere que le gustaría realizar otras actividades en las que pueda distraerse, se aburre de hacer lo mismo todos los días. Se la pasa en el patio sentado de un lado a otro.

Plan de Intervención

Objetivo: Eliminar la vida rutinaria del paciente utilizando su propio entorno, sustituyendo sus actividades ayudando a elegir actividades coherentes que estén dentro de sus posibilidades físicas.

Demanda de autocuidado: Actividad

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio

Intervención de enfermería: Terapia de actividad

Actividades	Fundamentación
-------------	----------------

<p>1. Variar la rutina diaria cuando sea posible (por ej., bañar al cliente por la tarde para que pueda ver un programa especial o hablar con alguien que viene a verle).</p> <p>2. Implicar a la persona en la planificación del programa diario:</p> <p>Permitir que tome tantas decisiones como sea posible.</p> <p>Hacer que la rutina diaria sea lo más normal posible (por ej., Hacer que el usuario lleve ropa de calle durante el día).</p> <p>Dedicar a la persona un tiempo "de calidad" (es decir no el tiempo destinado a una tarea, sino sentarse hablar).</p> <p>3. Ser creativo: variar el entorno físico y la rutina diaria cuando sea posible:</p> <p>Cambiar los cuadros de las paredes, mover el mobiliario de la habitación.</p> <p>Mantener un ambiente agradable y alegre (luminoso y con flores, tener pequeñas conversaciones).</p> <p>Proporcionar material de lectura diferente a la que él está acostumbrado a leer, radio, televisión, libros en cinta de audio (si la persona está afectada visualmente).</p> <p>Planificar una actividad diaria para que la persona</p>	<p>El permitir que el usuario que tome decisiones en la vida diaria y en su vida personal lo hace sentir que es importante para las decisiones que se tomen para con él.</p> <p>El dedicar tiempo al usuario es una forma de demostrarle cariño y lo hace sentir importante para la familia.</p> <p>El proporcionar un ambiente agradable favorece disminuir estrés y proporciona una relajación.</p> <p>El proporcionar material diferente ayuda a mantenerlo ocupado en cosas que le agraden y por lo tanto lo va a disfrutar y saldrá de la rutina.</p>
---	--

<p>tenga algo en perspectiva, y mantener siempre las promesas.</p> <p>Fomentar las sugerencias y las ideas nuevas (por ej., ¿se le ocurre algo que le gustaría hacer?).</p> <p>4. Proporcionar oportunidades para hablar de hechos pasados, individualmente o en grupo (por ej., viajes realizados, pasatiempos, intereses especiales).</p> <p>5. Proporcionar musicoterapia con reproductores de música con auriculares ligeros.</p> <p>6. Estimular la motivación demostrando interés y fomentando la expresión de sentimientos y experiencias:</p> <p>Explorar los temores y preocupaciones respecto a la participación en las actividades.</p> <p>Examinar las preferencias y las aversiones del usuario.</p> <p>Fomentar la expresión de sentimientos sobre experiencias pasadas o presentes.</p> <p>Decirles a los familiares que pasen tiempo con el usuario hablando intencionadamente de otros temas.</p> <p>Señalar la necesidad de seguir adelante por si mismo e intentar algo diferente.</p>	<p>Es importante fijar metas para mantenerse ocupado trabajando para lograrlas.</p> <p>El escuchar al usuario sus ideas y sugerencias es una manera de demostrarle que es importante lo que piensa.</p> <p>Es medio que favorece a la relajación. La musicoterapia puede resultar una intervención valiosa para aliviar el aburrimiento, despertar el interés y ayudar a las personas a afrontar los problemas sociales</p> <p>Invertir tiempo en evocar recuerdos importantes puede ser un pasatiempo satisfactorio y estimulante en las personas aburridas, enfermas, reclusas o ancianas.</p>
---	--

Demanda de autocuidado: Actividad

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio

Intervención de enfermería: Potenciación de la Autoestima.

Actividades	Fundamentación
<p>1. Fomentar las relaciones sociales con compañeros y grupos de la misma edad del usuario se benefician mutuamente con la interacción de unos con otros.</p> <p>2. Conseguir ayuda para aumentar la capacidad de desplazamiento de la persona:</p> <p>Proporcionar un transporte para las actividades.</p> <p>Conseguir dispositivos para su seguridad</p> <p>3. Incrementar los sentimientos de productividad y autoestima:</p> <p>Animar al usuario a que utilice sus capacidades para su propio beneficio y el de los demás (por ej., asignarle tareas que realizar en un proyecto general).</p> <p>Reconocer los esfuerzos hechos por la persona.</p> <p>Favorecer la comunicación abierta: valorar la opinión del usuario.</p> <p>Animar al usuario a plantearse retos, como aprender una nueva habilidad o perseguir un interés nuevo.</p>	<p>El interactuar con personas de su misma edad permite que compartan cosas ideas, pensamientos entre sí permitiendo la socialización.</p> <p>El proporcionar ayuda propicia a sentirse seguro y participar con facilidad en las actividades.</p> <p>Las tareas compatibles con la concentración y los intereses de la persona pueden aumentar el contacto con la realidad, favorecen las relaciones con los demás y aumentan la autoestima.</p>

Ejecución

El usuario implemento actividades recreativas en su vida diaria como son leer lecturas sobre su religión, expresa sentimientos e ideas a sus familiares, comparte conocimientos con sus nietos, se organiza en sus actividades asiste a la iglesia los lunes, miércoles y viernes al rosario, por las tardes se sienta en el patio de su casa y convive con personas de la misma edad, interactúa más con su familia. Se planteo convivir más con su familia, visitar seguido a sus hijos. Procura salir de la rutina, cambio la hora de bañarse, la hora de regar las plantas, de leer, ve televisión junto con sus nietos, ahora hace cosas que antes no realizaba.

Evaluación

El usuario mejoro su autoestima se siente más seguro para realizar actividades, convive más con su familia, se siente bien con la rutina que tiene ahorita, visita más a sus familiares y es visitado por los mismos, le gusta leer, refiere que le ponen más atención, toman en cuenta su opinión y eso lo hace sentir bien con su persona, ya que se siente útil y capaz de ayudarle a su familia.

Diagnóstico V

Dominio 11: Seguridad/Protección

Clase 2: Lesión física.

Requisito de autocuidado: Universal

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la dentición relacionado con falta de conocimientos sobre salud dental e higiene oral ineficaz **manifestado por** dientes flojos, falta de piezas dentarias, principalmente los de adelante y deterioro para triturar los alimentos ya que procura comer cosas que no estén muy duras, tarda para poder ingerir los alimentos.

Plan de Intervención

Objetivo: El adulto mayor recuperara la salud bucal dentro de lo posible.

Demanda de autocuidado: Dentición

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio

Intervención de enfermería: Mantenimiento de la salud bucal

Actividades	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none">- Establecer un una rutina de cuidados bucales.- Aplicar lubricantes para humedecer los labios y la mucosa oral.- Observar el color, el brillo y la presencia de restos alimenticios en los dientes.- Animar y ayudar al usuario a lavarse la boca.- Enseñar y ayudar al paciente a realizar la higiene bucal después de las comidas y lo más a menudo que sea necesario.- Enseñar a la persona a cepillarse los dientes, las encías y la lengua.- Fomentar el uso de hilo dental entre los dientes dos veces al día con hilo dental sin cera.- Fomentar enjuagues frecuentes de la boca con cualquiera de las siguientes sustancias: solución de bicarbonato de sodio, solución salina normal.- Vigilar labios, lengua, membranas	<p>Ayuda a tener la boca limpia evitando que haya laceraciones o aparición de caries.</p> <p>El aplicar lubricantes ayuda a mantener hidratada la mucosa oral y evita la laceración de los labios.</p> <p>El observar la coloración de estos ayuda a ver si necesita alguna reparación para la prevención de caries, mal aliento o úlceras.</p> <p>El tener una buena técnica de aseo bucal, ayuda a tener una boca limpia.</p> <p>Ayuda al retiro de restos de comida.</p> <p>El fomentar enjuagues cambia el ph de la mucosa y por lo tanto evita la aparición de infecciones.</p>

<p>mucosas, fosas tonsilares y encías disponiendo para ello de una buena iluminación y una hoja para la lengua.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recomendar el uso de un cepillo de dientes de cerdas suaves. - Recomendar una dieta saludable y la ingesta adecuada de agua, ayudando a seleccionar alimentos suaves y blandos. - Planificar comidas de poca cantidad, frecuentes y servir los alimentos en temperatura ambiente. - Establecer chequeos dentales. 	<p>Determina la humedad, color, textura, presencia de restos o infección.</p> <p>Evita lesiones en la mucosa.</p> <p>Eso facilita la ingesta de los alimentos, ya que no tiene que triturarlos y evita que se lesione las piezas dentarias que tiene.</p> <p>La temperatura ambiente ayuda a no dañar la sensibilidad de sus dientes.</p> <p>El establecer chequeos dentales ayuda a evitar pérdida de piezas dentarias, lesiones por caries y mejora su salud bucal.</p>
--	---

Ejecución

Se instruyo al usuario de la técnica correcta de lavados de dientes, de la importancia de que consuma alimentos blandos, acerca de los alimentos blandos se hizo énfasis a su hija, como es la que prepara los alimentos, que debe lavarse los dientes después de cada comida, debe de visitar al dentista dos veces al año, pero antes de eso realizar una previa revisión para que se le arregle su dentadura y usar enjuagues de bicarbonato ya que estos son de fácil accesibilidad.

Evaluación

El usuario se lava los dientes después de cada alimento, realiza enjuagues con bicarbonato, su familiar le prepara alimentos blandos, visitó una vez al odontólogo y le realizó limpieza de caries para protegerle las piezas dentarias que le quedan, se logra el objetivo gran parte por la participación de los familiares ya que apoyaron económicamente para que el usuario asistiera con el odontólogo.

Diagnóstico VI

Dominio 4: Actividad/ Reposo

Clase 1: Sueño/ Reposo

Requisito de autocuidado: Universal

Diagnóstico de enfermería: Trastorno del patrón del sueño relacionado con humedad, temperatura ambiental e iluminación **manifestado por** Refiere que se levanta cansado, duerme menos de 6 horas, tiene dificultad para conciliar el sueño, durante el día se la pasa bostezando.

Plan de Intervención

Objetivo: El usuario lograra dormir por lo menos 6 horas evidenciado por un equilibrio satisfactorio entre actividad y reposo expresado por el paciente.

Demanda de autocuidado: Sueño

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio

Intervención de enfermería: Mejorar el sueño

Actividad	Fundamentación
<p>1. Explicar el ciclo del sueño y su significado:</p> <p>a) Fase I: fase de transición entre el estado de alerta y el sueño (5% del sueño total).</p> <p>b) Fase II: dormido pero se despierta fácilmente (50-55% del sueño total).</p> <p>c) Fase III: sueño más profundo; resulta más difícil despertar (10% de la totalidad del sueño).</p> <p>d) Fase IV: fase más profunda del sueño; del metabolismo y de la actividad cerebral (10% de la totalidad del sueño).</p> <p>2. Comentar las diferencias individuales en las necesidades de sueño, basándose en los siguientes factores:</p> <p>a. Edad.</p> <p>b. Grado de actividad.</p> <p>c. Estilo de vida.</p> <p>d. Grado de tensión.</p> <p>3. Favorecer la relajación:</p>	<p>1. Típicamente la persona atraviesa cuatro o cinco ciclos de sueño completos cada noche. Si la persona se despierta durante un ciclo de sueño es posible que por la mañana no se note descansado.</p> <p>2. La recomendación habitual de 8 horas de sueño cada noche en realidad carece de base científica. La persona que puede relajarse y descansar fácilmente necesita dormir menos tiempo para notarse descansado.</p> <p>Con la edad, generalmente disminuye el tiempo total de sueño, aumentando la fase I.</p> <p>3. Dormir resulta difícil hasta que se logra la</p>

<p>a. Proporcionar un ambiente oscuro y tranquilo</p> <p>b. Permitir que escoja la almohada, las sábanas y las mantas.</p> <p>c. Proporcionar los rituales reconfortantes a la hora de dormir.</p> <p>d. Garantizar una buena ventilación del cuarto</p> <p>e. Cerrar la puerta de la habitación si el paciente lo desea.</p> <p>4. Planificar intervenciones encaminadas a limitar la interrupción del sueño. Facilitar al paciente por lo menos dos horas de sueño ininterrumpido cada vez.</p> <p>5. Enseñar al paciente medidas encaminadas a favorecer el sueño:</p> <p>a. Tomar un aperitivo rico en proteínas antes de acostarse, p. ej, queso, leche.</p> <p>b. Evitar la cafeína</p> <p>c. Intentar dormir solo cuando note que tiene sueño.</p> <p>d. En caso de dificultad para dormir, salir del cuarto y llevar a cabo una actividad silenciosa, como leer en otro cuarto.</p> <p>e. Intentar conservar los mismos hábitos de sueño durante toda la semana.</p>	<p>relajación.</p> <p>4. Por lo general, una persona tiene que completar un ciclo de sueño entero (70- 100 minutos) cuatro o cinco veces por noche para sentirse descansado.</p> <p>a. La proteína digerida produce triptófano que posee un efecto sedante.</p> <p>b. La cafeína estimula el metabolismo y deteriora la relajación.</p> <p>c. La frustración aumenta si se intenta dormir cuando no se tiene sueño o no se está relajando.</p> <p>d. Debe reservarse la habitación específicamente para dormir.</p> <p>e. Un horario irregular de acostarse y levantarse puede alterar el reloj biológico, exacerbando la dificultad para dormir.</p>
--	---

Demanda de autocuidado: Sueño

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio

Intervención de enfermería: Modificación de la conducta

Actividades	Fundamentación
<p>Reducir o eliminar las distracciones ambientales y las interrupciones del sueño.</p> <ul style="list-style-type: none">- Correr las cortinas- Utilizar ruidos blancos (música, grabación de lluvia, olas).- Eliminar la iluminación permanente.- Disminuir la cantidad y la clase de estímulos recibidos (por ej. Conversaciones)- Cubrir con cinta las luces brillantes <p>Favorecer el sueño</p> <ul style="list-style-type: none">- Averiguar con el paciente y la familia la rutina habitual para acostarse: hora, practicas de higiene y cumplirla en lo posible. <p>Fomentar o proporcionar cuidados al atardecer:</p> <ul style="list-style-type: none">- Higiene personal (Cuidados de la boca, baño)- Sabanas y ropas limpias (cama recién hecha, mantas suficientes). <p>Utilizar ayudas para dormir:</p> <ul style="list-style-type: none">- Baño caliente- Refrigerio que desee al acostarse (Evitar los alientos sazonados o con mucha fibra, material de lectura, Masajes en la espalda ejercicios de relajación o de respiración.- Garantizar que la persona tenga cada 24 horas un mínimo de 4-5 periodos, de al menos 90 minutos cada uno, de sueño sin interrupciones.- Levantarse a la hora normal aunque no se haya dormido bien: evitar quedarse en la cama después de despertarse.	<ul style="list-style-type: none">- El ruido ambiental es imposible de eliminar o reducir, puede enmascarse con ruidos blancos (por ej. ventiladores, música suave, sonidos grabados).- Un ritual familiar para irse a la cama favorece la relajación y el sueño.- Los problemas de sueño están a menudo relacionados con la alimentación la resistencia a la separación y los temores normales.- Las siestas matutinas generan más sueño REM que las siestas por la tarde. Las siestas de más de 90 minutos disminuyen el estímulo para ciclos de sueño más largos en los que se alcanza la fase REM.- La cafeína y la nicotina son estimulantes del SNC que alargan la latencia del sueño y aumentan los despertares por la noche

<ul style="list-style-type: none"> - Evitar los alimentos y las bebidas con cafeína (por ej. Chocolate, té, café) al mediodía o al atardecer. - Enseñar la importancia que tiene el ejercicio frecuente (caminar, bailar) durante un mínimo de media hora, tres veces por semana, para reducir el estrés y favorecer el sueño. - Explicar que no se deben usar hipnóticos durante mucho tiempo debido al riesgo de desarrollar tolerancia y porque dificultan el funcionamiento durante el día. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los sedantes y los hipnóticos empiezan a perder su eficacia al cabo de una semana de su uso, necesitando un aumento de la dosis, con el consiguiente riesgo de dependencia.
--	---

Ejecución

Se le explica el ciclo del sueño al usuario con lenguaje común y específico, al igual que se le comenta que el adulto mayor tienen más dificultades para dormirse, se despierta con más facilidad y pasan más tiempo en un estado de somnolencia y menos tiempo dormidos, se orienta al usuario sobre los medios de relajación que existen para poder concebir el sueño y también de los alimentos que no puede consumir antes de dormir como el café, chocolate, ya que le inhiben el sueño.

El usuario consume hipnóticos para dormir se le informa que no los utiliza, estos empiezan a perder su eficacia al cabo de una semana de su uso, necesitando un aumento de la dosis, con el consiguiente riesgo de dependencia.

Evaluación

Una vez dada la información el usuario y familiares modifican la conducta, gran parte inicia en la modificación de su recámara, su hija le hizo una almohada más cómoda y le proporciono más sabanas, como su cuarto es de madera le entra mucho frio, sus hijos están planeando construirle un cuarto de block, como durante la noche prenden las luces de su casa y eso le molestaba al usuario para poder dormir, ahora ya las cubrieron con papel.

Anteriormente ya se había mencionado por las tardes sale a caminar, ya tiene más actividades que realizar, para poder dormir se baña o se pone a leer, refiere que ya duerme entre 5 y 6 horas.

Diagnóstico VII

Dominio 2: Nutrición

Clase 1: Ingestión

Requisito de autocuidado: Universal

Diagnóstico de enfermería: Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades relacionado con aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas **manifestado por** un peso de 82 kg. Talla 1.45. cm e índice de masa corporal 39.0.

Plan de Intervención

Objetivo: El usuario mantendrá una dieta equilibrada de alimentos, regulando su peso de acuerdo a la edad, talla e índice de masa corporal del usuario, evidenciado por consumo y preparación de dietas nutritivas.

Demanda de autocuidado: Nutrición

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio

Intervención de enfermería: Manejo de la Nutrición

Actividades	Fundamentación
1. Enseñar al paciente lo esencial sobre una ingesta nutritiva equilibrada, incluyendo medidas de apoyo: a. Ser consciente de que el modo de prepararlos	1. Se puede lograr una pérdida y mantenimiento del peso con una dieta baja en grasas y alta en hidratos de carbono.

afecta también al contenido total de calorías y grasa. Por ejemplo, un filete de pollo frito es una proteína con elevado contenido en grasas, debido al modo de preparación (frito).

b. Intentar obtener la mayor cantidad de calorías grasas procedentes de frutas y verduras, en vez de carne y productos lácteos.

c. Comer más pollo y pescado, que contiene menos grasa y calorías totales por onza que la carne roja.

d. Limitar las salsas para ensaladas con mucha grasa, sobre todo las que contengan mayonesa (216-308 calorías por 56.7 g).

e. Evitar las comidas rápidas, que tienen un elevado contenido en grasas y calorías totales.

f. Hacer que la familia participe en la planificación de las comidas para mejorar la nutrición.

g. Beber entre 8 y 10 vasos de agua al día, para ayudar a eliminar los productos de desecho de la pérdida de peso (desdoblamiento celular).

h. Cuando se compren alimentos enlatados, leer las etiquetas y observar la composición, los ingredientes, las calorías totales por pieza. Ser consciente que muchos alimentos preparados tienen ingredientes ocultos, como sal y ácidos grasos.

i. Comer despacio y masticar bien los alimentos

j. Utilizar especias, como sustitutos de sal.

2. Fomentar el aumento de hierro, calcio y vitamina C

3. Ofrecer los alimentos a temperatura ambiente.

4. Proporcionar alimentos adecuados al paciente:

Los nutrientes son una fuente de energía, constituyen los tejidos y regulan los procesos metabólicos.

<p>dieta general, masticación fácil, formulas mezcladas.</p> <p>5. Fomentar la ingesta habitual adecuadas al tipo corporal y estilo de vida.</p>	<p>El proporcionar alimentos a temperatura ambiente ayuda a que el paciente pueda consumir su dieta fácilmente evitando accidentes.</p>
--	---

Demanda de autocuidado: Nutrición

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio

Intervención de enfermería: Ayuda para disminuir peso

Actividades	Fundamentación
<p>1.Comentar las ventajas de hacer ejercicio:</p> <p>a. Reduce la absorción de calorías.</p> <p>b. Actúa como supresor del apetito</p> <p>c. Aumenta el metabolismo y el gasto calórico</p> <p>d. Conserva la masa muscular.</p> <p>e. Aumenta la absorción e incorporación del oxígeno</p> <p>f. Mejora la autoestima y disminuye la Depresión, la ansiedad y la tensión.</p> <p>g. Ayuda a dormir bien.</p> <p>h. Mejora la postura corporal.</p> <p>i. Proporciona diversión.</p> <p>j. Aumenta las resistencias a enfermedades degenerativas en edades medianas y avanzadas, por Ej. Enfermedades cardiovasculares.</p> <p>2. El familiar ayudara al usuario a desarrollar un programa de ejercicios con ayuda de la enfermera,</p>	<p>1.Puede perderse una importante cantidad de masa muscular, hasta un 30%,con una dieta Pobre en calorías. El ejercicio reduce esta perdida además de contribuir a una sensación global de bienestar, pudiendo influir positivamente Sobre la autoestima.</p> <p>2. Es más probable que el paciente siga un pro-</p>

<p>estos sean seguros y realistas teniendo en cuenta los siguientes factores:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Personalidad y estilo de vida b. Tiempo disponible c. Edad, tamaño físico y estado físico. <p>3. Aconsejar al paciente de este modo para la realización de los ejercicios:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Empezar despacio y sin esfuerzo. b. Escoger actividades que ejerciten muchas partes del cuerpo. c. Añadir actividades suplementarias: como ocuparse del jardín, dedicar los fines de semana a actividades recreativas que exijan caminar. d. Hacer de ½ a 1 hora de ejercicio al día, mínimo 4 días a la semana. e. Evitar que pasen más de dos días sin hacer ejercicio para mantener su estado óptimo. 	<p>grama de ejercicio regular conveniente y agradable</p> <p>3. Un programa de ejercicios de progresión gradual reduce el malestar y las lesiones, fomentando el seguimiento.</p>
---	---

Ejecución

Se instruyó al paciente y al familiar lo esencial sobre una ingesta nutritiva equilibrada, incluyendo medidas sobre cómo debe realizarlo de acuerdo al estilo de vida, edad y recursos económicos del usuario aquí fue más participación de su hija que es la que cocina los alimentos se le explicaron cuáles son los alimentos que tienen los mejores nutrientes, como debe combinarlos utilizando verduras de acuerdo a la temporada, ya que ellos mismas siembran algunas de ellas, que no deben ser fritos, utilizar especias por sustitutos de sal, que coman pollo o pescado en lugar de carnes rojas y

preparación de agua con frutas de temporada y que no son tan caras. También se le explicó la importancia que tiene el realizar ejercicio, cada cuanto, como debe de iniciar y que es importante que no lo deje de hacer.

Evaluación

Actualmente el usuario mismo verifica que sus comidas sean cada vez más con menos grasa, ya que se le explico que es por beneficio del mismo y por evitar complicaciones de su enfermedad. Anteriormente el consumía 8 tortillas por comida como el maíz es el que más se da en su tierra, poco a poco va disminuyéndole al igual que la sal, ahora solo se come cuatro tortillas por la mañana y cuatro por la tarde y solo cena algo ligero como un té, gelatina o una quesadilla, refiere que ya no se le inflama el estomago y puede dormir bien, referente al ejercicio sale a caminar por la tarde, sabe cómo hacerlo a pesar de su edad ya se le hizo rutina, refiere que le gusta y se siente mejor.

VII. CONCLUSIONES

Al dar por terminado el presente trabajo, llego a la conclusión de que es de mucha importancia y de gran utilidad saber manejar el proceso de enfermería, ya que gracias a esto se puede detectar y corregir a tiempo los problemas de salud en las personas que lo necesiten, y así poder darle una atención adecuada.

Al hacer este trabajo me di cuenta de lo grande que es el ser humano en su anatomía y fisiología, de cómo va cambiando de acuerdo a la edad y etapa de la vida, sin interrumpir su curso. Al igual de sus modificaciones que puede tener si no lo cuidamos, ya sea con una buena alimentación, un buen ejercicio físico, con un buen descanso, darnos tiempo para cada actividad, programando nuestra vida y así no recibir frustraciones ni estrés, esto nos ayudará a prevenir enfermedades; teniendo como resultado una larga prolongación de vida

También me di cuenta de lo mucho que podemos hacer como personal de enfermería para ayudar a prevenir enfermedades y complicaciones teniendo una mejor calidad de vida, quiero dar gracias al principal protagonistas de tal proceso, al igual que a sus familiares que estuvieron siempre a la disposición de participar, al principio fue un poco complicado había poco interés pero al profundizar explicando su estado de salud y las necesidades que tenía alteradas el usuario, y además del interés y conocimiento que vio el usuario en el personal de enfermería para la realización de sus cuidados decidieron participar y poner de su parte.

Con esto puedo decir que mis objetivos planeados han sido logrados, el usuario controla la presión arterial con ayuda de su familiar y medicamentos, ya que al familiar se le enseñó a tomar y leer la presión arterial y de la importancia que tiene llevar un adecuado control de su régimen terapéutico, mantiene un estilo de vida dirigido a controlar la PA previniendo lesiones orgánicas evitables, como se trata de un adulto mayor se le proporcionaron actividades que le ayuden a vivir plenamente sus últimos días con familiares, amigos y sociedad conviviendo de la mejor manera

posible de acuerdo a lo que pueda realizar y de la fuerza suficiente que este tenga, a todo esto tenemos que poner en práctica lo que conocemos y valorar lo que la vida nos ofrece porque vida nada más hay una.

VIII. REFERENCIAS

- (2002). En *Manual de enfermería* (págs. 15-18). España: S.A Oceano/Centrum.
- Beare, M. (1993). *Enfermería Principios y Practica (Tomo II)*. Madrid: McGraw-Hill Panamericana.
- Bennet, G. (1997). *Tratado de Medicina interna*. España: McGraw-Hill interamericana.
- Bibliotecas.Salud*. (26 de octubre de 2010). Recuperado el 4 de marzo de 2011, de Bibliotecas.Salud: <http://bibliotecas.salud.gob.mx/gsd/collect/publin1/index/assoc/HASH0155.dir/doc.pdf>
- Bibliotecas.Salud*. (15 de enero de 2011). Recuperado el 4 de marzo de 2011, de Bibliotecas.Salud: <http://bibliotecas.salud.gob.mx/gsd/collect/pubin1/index/assoc/HASH0155.dir/doc.pdf>.
- Dorothea Orem*. (21 de octubre de 2002). Recuperado el 28 de diciembre de 2010, de Dorothea Orem: <http://www.revistaciencias.com/publicaciones>
- dsfa. (2011). *dsdfs*. m: mac.
- Gauntlett Beare, P. (2004). *Enfermería Medico Quirurgica Valoracion y Cuidados de Problemas Clinicos (6ª ed.)*. España: Elsevier.
- Gauntlett Beare, P. (2000). *Enfermería Medico Quirurgica Volumen 1*. España: Elsevier.
- HeatherHermant, P. (2009-2011). *Diagnosticos Enfermeros:Definicion y Clasificacion*. España: Elsevier.
- Hernandez Conesa, J. y. (1999). *Fundamentos de la Enfermería Teoria y Metodo 1ª ed*. España: McGraw-Hill interamericana.
- Kelly, W. (1991). *Medicina Interna Tomo I*. España: Medicapanamericana.
- Kozier, B. K. (1999). *Tecnicas de enfermería Clinica 4ª ed*. España: McGraw-Hill.
- Lippincott, J. (1995). *Enfermería Práctica 5ª ed*. España: McGraw-Hill.
- Lippincott.J. (1998). *Enciclopedia de la enfermería Fundamentos y Tecnicas Ed. original*. España: McGraw-Hill.
- Luckmann, J. (2000). *Cuidados de enfermería Volumen II*. Madrid: McGraw-Hill.
- Lynda Juall, C. (2003). *Diagnosticos de enfermería aplicaciones a la practica clinica. 9ª ed*. Madrid.: McGraw-Hill.
- Lynda Juall, C. (1994). *Planes de cuidados y documentaciobn en enfermería 1ª ed*. Madrid: McGraw-Hill.
- Manual de Enfermería*. (2005). España: Oceano.
- Marriner Tomey, A. y. (2003). *Modelos y terorias de enfermería*. España: Elsevier.

Mccloskey Dchterman, J. (2005). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería: NIC 4ª ed.* España: Mosby.

Monografias. (17 de marzo de 2009). Recuperado el 15 de febrero de 2011, de Monografias: <http://www.monografias.com/trabajos19/hipertension-arterial/hipertension-arterial.shtml>.

Moorhed., S. (2005). *Clasificación de Resultados de Enfermería NOC 3ª ED.* España: Mosby.

Orizaga Samperio, J. (2000). *Tratado de enfermería Practica 4ª ed.* España: McGraw-Hill.

Portal Medico. (16 de diciembre de 2005). Recuperado el 16 de febrero de 2011, de Portal Medico: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/468/1/prevalencia-de-la-hipertension-arterial-yalteraciones-del-peso-corporal-CMF-1-2005-2006html>.

Portal Medico. (12 de septiembre de 2010). Recuperado el 20 de febrero de 2011, de Portal Medico: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1711/prevalencia-de-la-hipertension-arterial.html>.

Potter, P. P. (1999). *Enfermería Clínica: Técnicas y Procedimientos 4ª ed.* España: Mosby.

Potter, P. P. (2002). *Fundamentos de enfermería 5ªed.* España: Elsevier Science.

Ramón de la Fuente, J. C. (2002). *Información en Salud.* Madrid: McGraw-Hill.

Revistas med.unne.edu. (24 de abril de 2008). Recuperado el 16 de febrero de 2001, de Revistas med.unne.edu.: <http://med.unne.edu.ar/revista/revista140/6-140htm>.

Rodriguez Sanchez, B. (2002). *Proceso Enfermero.* Cuellas.

Servicios galerias pdf. (6 de junio de 2009). Recuperado el 18 de febrero de 2011, de Servicios galerias pdf.: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/la-hta-en-mx-y-su-relacion-con-otros-factores-de-riesgo.pdf>. epidemiología de la hipertensión.

W.Iyer, P. y. (1993). *Proceso Enfermería y Diagnostico de Enfermería.* España: McGraw.Hill.

Witter Dugas, B. (1996). *Tratado de Enfermería Practica 4ª ed.* España: interamericana.

IX. ANEXOS

RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO

DATOS SIGNIFICATIVOS (Evidencia)	ANÁLISIS DEDUCTIVO (Dominio, Clase, Requisito de autocuidado involucrados)	PROBLEMA (Etiqueta diagnóstica NANDA II) P	FACTOR RELACIONADO (Etiología) E	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (Signos y Síntomas) S
Utiliza lentes de armazón, pérdida de la Vista del ojo derecho. El patio de la casa se encuentra con poco espacio y en la mayoría de la casa se encuentran escaleras, "me cuesta trabajo subir y bajar las Escaleras". Se le inflaman los pies, algunas veces le produce dolor.	Dominio 4: Actividad/ reposo Clase 2: Actividad/ ejercicio II. Requisitos de Autocuidado Universales	Deterioro de la ambulación (00088) Definición: Limitación del movimiento independiente a pie en el entorno. Pág.121	Restricciones ambientales (escaleras y superficies irregulares). Deterioro de la visión.	Verbalizaciones del usuario de que le cuesta trabajo subir y bajar escaleras, pérdida de la vista del ojo derecho y se le inflaman los pies algunas veces le produce dolor.
Hipertensión 85 años de edad	Dominio 11: Seguridad/ protección Clase 2: Lesión física	Riesgo de caídas (00155) Definición: Aumento de la susceptibilidad a las caídas que	Con edad superior a 65 años (85 años) utiliza dispositivos de ayuda (bastón), dificultades auditivas	

<p>Utiliza bastón para la de ambulación.</p> <p>Se le tienen que hablar fuerte y claro para que escuche lo que se le está informando.</p>	<p>II. Requisitos de Autocuidado</p> <p>Universales</p>	<p>pueden causar daño físico.</p> <p>Pág.306</p>	<p>(se le tiene que hablar fuerte y claro para que escuche) y enfermedad vascular (Hipertensió</p>	
<p>Desconoce de su enfermedad nadie le ha explicado el proceso de su enfermedad,</p> <p>Hace dos mes que no acude al médico.</p> <p>El tratamiento para su control es suspendido por falta de recursos económicos.</p> <p>No cuenta con algún aparato mecánico para la medición de la presión arterial y consume más de 6 gr de sal en cada comida. Ha sufrido caídas cuando se le sube la TA.</p>	<p>Dominio 1: Promoción de la salud</p> <p>Clase 2: Gestión de la salud</p> <p>IV. Requisito de desviación de la salud</p>	<p>Gestión ineficaz de la propia salud (00078)</p> <p>Definición: Patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es insatisfactorio para alcanzar los objetivos relacionados con la salud.</p> <p>Pág.64</p>	<p>Déficit de conocimientos</p> <p>Dificultades económicas</p>	<p>Por elecciones ineficaces en la vida diaria para alcanzar objetivos de salud. (Hace dos meses que no acude al médico, no cuenta con algún aparato mecánico para la medición de la TA y consume más de 6gr de sal en cada comida).</p>
<p>Dedica su tiempo libre a escribir, leer o pasar sus rezos y oraciones a una libreta o repasarlos para aprendérselos, le gustaría realizar otras actividades en las que pueda distraerse, se aburre de hacer lo</p>	<p>Dominio 4: Actividad/reposo</p> <p>Clase 2:Actividad ejercicio</p>	<p>Déficit de actividades recreativas (00097)</p> <p>Definición: Disminución de la estimulación (o interés o participación) en actividades</p>	<p>Entorno desprovisto de actividades recreativas.</p>	<p>Por Afirmaciones del paciente que se aburre (desea tener algo que hacer, que leer), refiere que le gustaría realizar otras actividades en las que pueda</p>

<p>mismo todos los días. Se la pasa en el patio sentado de un lado a otro.</p>	<p>II. Requisitos de Autocuidado Universales.</p>	<p>recreativas o de ocio. Pág.120</p>		<p>distraerse, se aburre de hacer lo mismo todos los días. Se la pasa en el patio sentado de un lado a otro.</p>
<p>No realiza cepillado dental, ni enjuague bucal, no es un hábito higiénico que haya adaptado en su vida diaria, gran parte de la mayoría de sus dientes ya no los tiene, principalmente los de adelante, y los que tiene algunos ya se le mueven, procura comer cosas que no estén muy duras, tarda para poder triturar e ingerir los alimentos.</p>	<p>Dominio 11: Seguridad /protección Clase 2: Lesión física II. Requisitos de Autocuidado Universales</p>	<p>Deterioro de la dentición (00048) Definición: alteración de los patrones erupción o desarrollo de los dientes o la integridad estructural de la dentadura. Pág.308</p>	<p>Falta de conocimientos sobre salud dental E higiene oral Ineficaz</p>	<p>Por dientes flojos Falta de piezas dentarias, principalmente los de Adelante y deterioro para triturar los alimentos ya que procura comer cosas que no estén muy duras ,tarda para poder ingerir los alimentos.</p>
<p>Duerme menos de 6 horas, refiere que se levanta cansado, tiene dificultad para conciliar el sueño, ya que refiere que en la habitación donde duerme es de madera y fría, menciona que siempre se encuentra en constante iluminación, durante el día se la pasa bostezando, actualmente toma pastillas que le receto el médico del seguro para</p>	<p>Dominio 4:Actividad/Reposo Clase 1:Sueño/Reposo II. Requisito de Autocuidado Universales</p>	<p>Trastorno del patrón del sueño (00198) Definición: Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debido a factores externos</p>	<p>Humedad, temperatura ambiental iluminación.</p>	<p>Refiere que se levanta cansado, duerme menos de 6 horas, tiene dificultad para conciliar el sueño, durante el día se la pasa bostezando</p>

<p>conciliar el sueño, no se las toma seguido, ya que refiere que no le hacen efecto.</p>		<p>Pág.118</p>		
<p>Peso 82 kg. Talla 1.45. Índice de masa corporal 39.0. Consume carne dos veces por semana, por lo general es pollo, verduras dos veces por semana (papa, zanahoria), fruta dos porciones por semana (manzana, plátano), pan cuatro veces a la semana, tortillas 8 por comida, cabe mencionar que en cada comida, consume más de 6 gr de sal, comenta que sin sal no le sabe la comida; regularmente ya no cena, ya que si lo hace, menciona "se me inflama el estomago".</p>	<p>Dominio 2: Nutrición Clase 1: Ingestión II. Requisitos de Autocuidado Universales</p>	<p>Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades (00001) Definición: Aporte de nutrientes que Excede las necesidades metabólicas. Pág. 76</p>	<p>Con aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas.</p>	<p>Peso 82 kg. Talla 1.45. Índice de masa corporal 39.0.</p>

UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO
FACULTAD DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA DE CELAYA
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
GUIA DE VALORACIÓN
(DOROTHEA ELIZABETH OREM)

1. 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 () Esposo ()

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

Como es su relación con la familia:

Buena () Regular () Mala ()

Nivel de educación:

Analfabeta () Primaria () Secundaria ()

Bachillerato () Licenciatura () Otros _____

Ocupación: _____ Horario _____

Antecedentes Laborales: _____

Ingreso económico familiar:

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

Dependencia económica: Si () No ()

De quien: Padres () Esposo/a ()

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 del 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 _____

Diagnóstico médico: _____

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 AUTOCUIDADO UNIVERSALES

a) Mantenimiento del aporte suficiente de aire

Frecuencia Respiratoria: _____ Llenado capilar _____

Cianosis: _____

Si () No () Especifique: _____

Tabaquismo:

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 () Escasa ()

¿Qué cantidad de agua ingiere usted al día?

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

1500-200 ml () mayor de 2000 ml ()

¿De dónde 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 Kg () 7-9 kg () mayor de 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 Túnica () 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 ()

¿Cuál? Acidez () Náuseas () Vómito () 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 Nasogástrica () Sonda Nasoyeyunal ()

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				
Deriv. 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 ()

Hipoproteica () 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:

Espontanea () 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 perspiración:

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 su menstruación:

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

e) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

REPOSO

¿Cuántas horas duerme habitualmente?

Menor de 6 Hr () 6-8Hr () 8-10Hr () Mayor de 10 Hr ()

¿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 cuando?

1 semana () 15 días () 1 mes () más de 1 mes ()

Presencia de:

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

Alucinaciones () Ojeras () Ronquido () Enuresis ()

Sonambulismo () Terrores Nocturnos ()

Factores que interrumpen su descanso y sueño: _____

¿Acostumbra a tomar siestas?

Si () No ()

¿Utiliza algún tipo de 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 impidan 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:

Consiente () Inconsciente () Sopor ()

Estupor () Confusión () Coma ()

Glasgow: _____

Problemas con:

Concentración () Razonamiento () Especificar _____

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

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

Antecedentes 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 procesos de desarrollo

1. Etapas del ciclo vital.

Recuerda usted algún problema o aspecto relevante referente a su salud en algunas 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: _____

Tienes problemas de infertilidad:

Si () No () Especifique: _____

Causa/Tratamiento: _____

Presenta alguna Enfermedad de Trasmisión 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 () Ocasionalmente () Especifique: _____

Embarazos _____ Partos _____ Cesárea _____ Abortos _____ Óbitos _____ Partos prematuros _____

Embarazo de alto riesgo _____ Periodo inter genésico _____ Menopausia _____ Fecha de

Ultimo 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 () más de 12 meses ()

No se realiza ()

Especifique: _____

¿Sabe usted de que está enfermo?

Si () No ()

¿Qué conoce acerca de su enfermedad? _____

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

Si () No ()

¿En caso de déficit o incapacidad física, 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 diagnóstico, tratamiento y rehabilitación?

Ambientales () Familiares () Personales ()

Especifique _____

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Consentimiento informado para participantes en el Proceso de Enfermería con el referente Teórico de D. Orem.

Yo ACG doy mi consentimiento para participar en la metodología de intervención de enfermería, que tiene como finalidad conocer e identificar las respuestas humanas, fundamentada en la teoría de Dorotea Orem y estructurar un trabajo académico, con fines de titulación, para obtener el grado de licenciado en Enfermería a través del cual se me brindarán cuidados integrales que beneficiarán mi estado de salud.

He sido informado(a) con claridad de los objetivos de la metodología de intervención, así como de la importancia de mi participación en la misma, la cual no implica ningún tipo de riesgo a mi persona. Estoy convencido que mis datos serán totalmente confidenciales y que contribuirán en un futuro al cuidado integral de otras personas que cursan con una situación similar a la mía, fortaleciendo la profesión de Enfermería a través del conocimiento de mis necesidades. Se me ha informado que no existe riesgo alguno sobre mi salud y que mi participación será voluntaria en todo momento, sin obligación y conciente, sin recibir ninguna remuneración económica.

Enterado (a) que el responsable de dicho proceso de enfermería es la P.S.S Jessica Consuelo Santiago

PLE Jessica Consuelo Santiago doy mi consentimiento para colaborar en el trabajo académico solicitado.

Acepto participar

PLE

Testigo

Morelia, Mich. a 1 de febrero 2011