



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Facultad de Enfermería

Proceso de Enfermería

Con el referente teórico de Dorothea E. Orem
Aplicado a un caso clínico de Hipertensión Arterial.

Que para obtener el título de

Licenciado en Enfermería

Presenta: L.E. Cruz Díaz Petrona

Asesora: Dra. María del Carmen Montoya Díaz

Morelia Michoacán marzo 2012

DIRECTIVOS

Dra. María Leticia Rubí García Valenzuela

Directora

M.E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Secretaria académica

M.E. Ana Celia Anguiano Moran

Secretaría administrativa

MESA SINODAL

Dra. Ma. Carmen Montoya Díaz.

Presidente de la mesa sinodal.

L.E.I. Josué Vargas Peña

Vocal 1.

M.C. María Jazmín Valencia Guzmán.

Vocal 2.

DEDICATORIAS

- ❖ A mis padres Abraham y Victoria, que me han dado la vida, su amor incondicional, paciencia, confianza, comprensión, por todo el esfuerzo y apoyo que me han brindado, ya que gracias a ellos he cumplido uno de mis sueños, de lo contrario no se hubiera hecho realidad, y lo considero como una gran herencia que me han legado en la vida.

- ❖ A mis hermanos Rosario, Silvia, Pablo, Víctor y Diana, porque forman parte de mi vida, y cuento con su confianza, apoyo moral y cariño incondicional, por mostrarme el valor de estar unidos, y de haber estado conmigo en todo momento.

- ❖ A mis abuelos Javier y J. Virginia, a mis tíos José, Mauricio y María Elena, que están presentes en los momentos felices y en aquellos en que más los he necesitado.

- ❖ A mis amigos por haberme brindado su amistad, confianza comprensión y apoyo absoluto, de haber estado conmigo en los momentos difíciles de mi vida y también en los de alegría.

AGRADECIMIENTO

- ❖ A Dios por haberme otorgado la existencia, la sabiduría, y la fortaleza para terminar mi carrera de licenciatura en enfermería, por escuchar mis oraciones, palabras, su compañía en todo momento por enseñarme a valorar las cosas a través de mis experiencias, siempre ha permanecido conmigo aun en los momentos difíciles durante la vida, y por enseñarme de los tropiezos que existen durante el trayecto del camino. Nuevamente hago mención que me encuentro muy agradecida por la felicidad, y de todos los beneficios que me ha dado durante la vida.

- ❖ Agradezco a la honorable Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y a la Facultad de Enfermería la distinción de haberme dado la oportunidad de integrarme, cursar y culminar mi carrera profesional.

- ❖ Externo mi más sincero agradecimiento a la paciente por haberme brindado la oportunidad y la confianza de entrar en su hogar, por la sinceridad de los diálogos mediante las entrevistas, por su participación en las actividades y las evaluaciones diseñadas encaminadas al mejoramiento de su salud.

- ❖ A mis maestras (os), por haber compartido sus conocimientos y su apoyo moral para poder culminar y aplicar mis conocimientos adquiridos ahora que me encuentro en el campo laboral.

- ❖ A la maestra Brenda Martínez Ávila

- ❖ A la Dra. Ma. del Carmen Montoya Díaz

INDICE	páginas
INTRODUCCIÓN	1
I. JUSTIFICACIÓN	2
II. OBJETIVOS	3
2.1. General	3
2.2. Especifico	3
III. METODOLOGÍA	4
IV. CASO CLÍNICO	5
V. MARCO TEÓRICO	7
5.1. Proceso de enfermería	7
5.2. Teoría de autocuidado de Dorothea Orem	31
5.3. Hipertensión arterial	37
VI. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	
6.1. Valoración (de acuerdo al marco conceptual de la teoría de autocuidado de Dorothea Orem).	52
6.2. Diagnóstico de enfermería	55
6.3. Plan de intervención	60
VII. CONCLUSIONES	78
VIII. SUGERENCIAS	80
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	81
X. BIBLIOGRAFIA	83
XI. GLOSARIO DE TERMINOS	84
ANEXOS	

INTRODUCCION

Dentro de los cuidados que desempeña la enfermería como parte de su rol, se destaca la ayuda que otorga a la persona para conseguir el compromiso de su autocuidado, haciendo uso de cinco procedimientos de asistencia que son: actuar, guiar, apoyar, procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñar. Para esto la enfermera emplea tres modalidades de desempeño que incluyen: los sistemas de intervención totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio o de asistencia/enseñanza según la capacidad y la voluntad de la persona. Además la persona es considerada como un todo integral en los aspectos biológicos, psicológico, social y espiritual; que posee las capacidades, las aptitudes y la voluntad de comprometerse en su autocuidado

En el presente trabajo, se aborda primeramente el enunciado de enfermería como ciencia y arte de proporcionar cuidados de “predicción, prevención y tratamiento” de las repuestas humanas del individuo, familia y comunidad a procesos vitales y/o problemas de salud reales o potenciales; enseguida se hace alusión al proceso enfermero como método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente. El cual consta de cinco etapas que son: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación; posteriormente se trata lo referente al problema de salud de la hipertensión arterial, incluyéndose la definición, características, causas fisiopatológicas, la anatomía y tratamiento. A continuación de acuerdo a las necesidades de la paciente elegida, se establecen los diagnósticos enfermeros, tomando en cuenta los requisitos de autocuidado que menciona la teoría de Dorothea Orem. Además se establecen las conclusiones, y sugerencias, y en la última parte se incluye las referencias bibliográficas, así mismo se adicionan los anexos como elementos importantes.

I. JUSTIFICACION

En la actualidad las enfermedades crónicas degenerativas afectan a la población en general, por las características que estas conllevan incluyéndose a la hipertensión arterial, la cual se ha convertido en un problema importante de la salud pública a nivel mundial; siendo trascendente esta problemática ya que repercute en todos los aspectos de la vida cotidiana de las personas, como son las emociones, la incomodidad, la ansiedad, el trabajo, el descanso, el estrés y otras manifestaciones por lo que es fundamental realizar un análisis relacionado con esta enfermedad en base a las necesidades de la persona que la padece así como identificar algunos de los factores de riesgo que contribuyen para su presencia, puesto que la enfermedad se presenta en ambos sexos y a medida que se incrementa la edad.

Al mismo tiempo permite el estudio desde la perspectiva de enfermería, considerando al individuo como un ser holístico aspecto que va encaminado a la búsqueda de una mejor calidad de vida y por consiguiente de estilos de vida saludables, respetando la cultura, pero al mismo tiempo rescatando los saberes, experiencias y valores para proponer las intervenciones de enfermería que ayuden a solucionar las necesidades y resolución de algunos problemas a que se enfrenta día a día la persona con Hipertensión Arterial.

Además existen múltiples estudios epidemiológicos, entre los cuales se destaca que la prevalencia aumenta progresivamente con la edad y llega a alcanzar cifras superiores al 50% entre los individuos de más de 65 años. Existen escasos datos sobre la prevalencia de hipertensión secundaria en diferentes comunidades y en distintos grupos de edad, aunque se aprecia que un 6 a 8% del total de la población general es hipertenso y que únicamente en centros especializados puede alcanzar del 15 a 35% de los hipertensos atendidos. Razones todas ellas que justifican realizar el presente proceso de Enfermería.

II. OBJETIVOS

2.1. General:

-Desarrollar el proceso enfermero fundamentado en la teoría del Déficit de Autocuidado de Dorotea Orem, en una paciente con hipertensión arterial.

2.2. Especifico:

- Realizar la valoración de los requisitos establecidos para el Autocuidado considerando a la Teoría de Dorothea Orem.
- Establecer los diagnósticos enfermeros de acuerdo a los patrones alterados de la persona.
- Efectuar las intervenciones de enfermería que beneficien el control del padecimiento de la paciente.
- Ejecutar las intervenciones plasmadas junto con la paciente usando diferentes estrategias para la realización de las actividades.
- Evaluar las intervenciones para el logro del beneficio saludable de la paciente mediante la modificación de su estilo de vida.

III. METODOLOGÍA

Para el desarrollo del trabajo presentado, fue necesario asistir al curso de Proceso Enfermero impartido en la Facultad de Enfermería, tratándose en cada sesión los contenidos de las diferentes etapas que integran dicho proceso, así como la teoría de Dorothea Orem. Para lo cual fue elegida una paciente con el padecimiento de hipertensión arterial, que reside en la ciudad de La Piedad Michoacán, otorgando voluntariamente la aceptación para colaborar en el proceso enfermero, previa información del objetivo pretendido. La recopilación de la información se realizó por medio de entrevistas a la persona seleccionada, usando palabras sencillas y coherentes aplicándose la primera fase del proceso, fue accesible para contestar las preguntas que se planteaban. Se realizó paralelamente la búsqueda bibliografía referente al tema; continuándose la realización de la segunda etapa la cual consistió en la formación de los diagnósticos enfermeros tomando en cuenta los patrones funcionales de la salud y los diagnósticos establecidos por la NANDA. Se elaboraron los objetivos correspondientes a cada uno de los diagnósticos, que se pretendieron obtener con la persona. Además se establecieron las intervenciones de enfermería aplicando la tercera etapa de la misma basándose en el NIC, también se ejecutaron las acciones con la aplicación de los diferentes métodos didácticos para llevarlas a cabo, así mismo fueron realizadas las visitas intradomiciliarias y la paciente aceptó la participación voluntaria en el consentimiento informado que previamente se elaboró, se evaluaron los objetivos establecidos realizando la última etapa del proceso, y se plasmaron las referencias bibliográficas que fueron consultadas.

IV. CASO CLINICO.

G.B.M. paciente femenina de 56 años de edad, nació en los Pescadores Guanajuato actualmente radica en Aquiles # 273 Fraccionamiento Delta de la Piedad Michoacán, escolaridad segundo año de la primaria, se dedica al hogar y es comerciante, pertenece de la religión católica, es casada desde los 20 años de edad.

Madre de cuatro hijos dos hombres y dos mujeres aparentemente están sanos su papá padece de la hipertensión, habita en casa propia cuenta con todos los servicios intradomiciliario, tiene una sala, con cinco recamaras niega haber hacinamiento dentro de su casa vive con su esposo y sus tres hijos una ya está casada depende de su esposo y de ella misma y recibe una aportación de sus tres hijos lo cual les permite cubrir los gastos de su casa.

Pesa 86kg. talla: 1.60 metros IMC: 33.59 lo cual la lleva a primer grado de obesidad consume carne roja tres veces a la semana, ocasionalmente consume pollo no consume verduras “dice que no le gusta”, frutas ocasionalmente, en la mañana frijoles, huevos de seis a siete tortillas, jugos, leche, pan, galletas, gelatinas, atole de maicena, comida, consume carne de puerco, res, pollo, merienda frutas, café con leche y pan, galletas, en la noche cena leche, pan, tacos de frijol o de papá, pan, galletas, gelatinas, chocolate, ha aumentado 2 a 3 kilos en los últimos cuatro meses, que últimamente “ha reducido la cantidad de sal que antes consumía”, no consume dieta especial para su padecimiento, porque refiere que ha “consumido siempre lo mismo de lo ella y su esposo están acostumbrados”, consume 1litro 1/2 de agua diario refresco muy poco de vez en cuando no es alérgica a ningún alimento, micción cinco veces al día de color ámbar sin presentar molestias y evacua dos veces al día, heces color café, se baña todos los días y cambio de ropa interior y exterior diariamente completa, se cepilla los dientes tres veces al día, duerme de seis a ocho horas se levanta descansada, se dedica 7 horas a su trabajo, en su tiempo libre se dedica a ver la televisión y ocasionalmente le gusta andar en la bicicleta de 10 a 20 minuto. “no le interesa hacer ejercicio”.

Se encuentra alerta consiente orientada en tiempo y espacio con lenguaje coherente menarca a los 13 años de edad, Vida sexual a partir de los 19 años no utilizó ningún método de planificación familiar inició su menopausia a los 45 años de edad, cursa con hipertensión desde hace tres años menciona que hace dos años que inicio con su tratamiento tenía una T/A de 140/80 cuando acudió a su consulta, fue tratado con Losartan y Telmisartan indicado por su médico tratante, el cual posteriormente le indicaron otros medicamentos, está orientada sobre los beneficios de sus tratamientos.

Acude a consultas cada mes, presenta mareos, cefalea, tinnitus, desmayos, cuando anda muy presionada, sus signos vitales son T/A: 140/90, F.R: 21 x', FC: 83 x', Temperatura 37°C.

La usuaria se encuentra preocupada, ansiosa, angustiada por su padecimiento, tiene miedo de morir, porque no quiere dejar solo a sus hijos y a su esposo. Recibe orientación sobre su padecimiento, la cual últimamente ha habido modificaciones en su alimentación (consume muy poco sal en su comida)

Diagnostico: Hipertensión Arterial

Tratamiento:

Losartan 50mg. V.O. C/12 horas

Telmisartan 40mg. V.O. C/ 12 horas

Metoprolol 100mg. V.O. C/12 horas.

V.MARCO TEORICO.

5.1. PROCESO DE ENFERMERIA

Enfermería.

La enfermería fue dada por Florence Nightingale en 1859. En las notas se definía la enfermería como “la encargada de la salud personal de alguien.... Y lo que la enfermera tiene que hacer.... Es poner al cliente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él”. Los teóricos de la enfermería son profesionales de enfermería que desarrollan conceptos y propuestas específicas y concretas que intentan justificar o caracterizar fenómenos de interés para la enfermería (Fawcett, 1989). Con frecuencia, los teóricos de la enfermería extraen teorías de modelos que reflejan los objetivos y filosofías de la profesión. Estos modelos se basan en los principios, valores y opiniones que guían la práctica de la enfermería. Los teóricos de la enfermería se desarrollan definiciones de ellas basadas en el modelo y describen las actividades de enfermería necesarias para conseguir los objetivos de la enfermería. La enfermería se ocupa de los aspectos psicológicos, espirituales, sociales y físicos de la persona, y no solo del proceso médico diagnosticado al cliente.

La Enfermería es un arte que consiste en el cuidado de los clientes en los momentos de enfermedad y en la ayuda para que consigan la máxima salud potencial durante su ciclo vital. La enfermera se esfuerza por adaptarse a las necesidades de las personas en diversos marcos, como el hogar, el trabajo, los centros de asistencia ambulatoria y los hospitales, a través de la interacción personal con los individuos, las familias y las comunidades. ⁽⁸⁾

Por otro lado la Enfermería es la ciencia del cuidado de la salud del ser humano. Es una disciplina que en el último siglo y particularmente en los últimos años ha ido definiendo cada vez más sus funciones dentro de las ciencias de la salud. ⁽¹⁰⁾

La Enfermería: es la ciencia (Leddy 1989) y el arte (Iyer 1997) de proporcionar cuidados de predicción, prevención y tratamiento (Alfaro 1999) de las “respuestas humanas (Iyer 1997) del individuo familia y comunidad a procesos vitales /problemas de salud reales o potenciales (Luis 1998); así como la colaboración con los demás integrantes del equipo en la solución de las respuestas fisiopatológicas. ⁽¹⁾

La misión de Enfermería ha sido a cabo por otras personas además de por los dirigentes de la misma. En 1979, la Asociación Americana del profesional de enfermería, la organización profesional para la enfermería en estados unidos, definió la enfermería y estableció el alcance de la práctica de la Enfermería. La enfermería se ha definido también en términos de funciones o de roles. En la práctica de la Enfermería, los roles se pueden dividir en dos áreas: funciones dependientes y funciones interdependientes.

Las funciones independientes. Son aquellas actividades consideradas dentro del campo diagnóstico y de tratamiento de la Enfermería. Estas acciones no necesitan una orden del médico. Ejemplo: ⁽⁸⁾

- Valoración del cliente o de la familia mediante la exploración física para determinar el estado de salud, dejando consistencia en la historia clínica.
- Diagnóstico de las respuestas que necesitan actuaciones de Enfermería.
- Identificación de las actuaciones de Enfermería que posiblemente mantenga restablezcan la salud.
- Ejecución de las medidas diseñadas para motivar, guiar, apoyar, aconsejar enseñar al cliente o a la familia.
- Consulta con otros miembros del equipo de salud cuando esté indicado y permitiendo por las leyes sobre la práctica de la Enfermería de cada estado.
- Evaluación de la respuesta del cliente a las actuaciones del profesional de Enfermería y del médico.
- Participación con los usuarios o con otros prestadores de atención sanitaria en la mejora de los sistemas de atención sanitaria. ⁽⁸⁾

Funciones interdependientes. Son aquellos que se realizan conjuntamente con otros miembros del equipo sanitario. ⁽⁸⁾

Según el consejo internación de enfermeras, la Enfermería se define que abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados. Funciones esenciales de la Enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud y la formación. ⁽¹²⁾

La Enfermería se constituye en una ciencia en su fase inicial de desarrollo por tener elementos integrantes de una actividad investigadora como son: conocimientos de diversas disciplinas científicas con la realidad específica de Enfermería, logrando así un conjunto de conocimientos sistemáticos respectivos al cuidar enfermero: empleo del método científico durante y para el ejercicio profesional y conformación de un lenguaje especializado como elemento organizador de los conocimientos. Asimismo la Enfermería reúne las siguientes características sistemáticas de la ciencia: paradigma para dar respuestas a los problemas de la Enfermería de acuerdo al momento histórico, con supuestos, normas, métodos y técnicas que evolucionan para el mismo tiempo se complementan (coherencia en la interrelación de hechos, principios, leyes y teorías; campo definido del conocimiento las respuestas de los seres humanos a la salud y enfermedad “ expresión de profesiones universales de los fenómenos que propone investigar; proposiciones verdaderas o probablemente verdaderas que ofrecen una base para la fiabilidad y validez de su práctica , estableciendo interconexiones entre los conceptos del metaparadigma, persona, entorno, salud y Enfermería” empleo de proceso de la lógica y explicación de sus investigaciones y argumentos.

La Enfermería se considera un arte por ser una profesión que requiere de múltiples y variadas habilidades para adaptarse a las necesidades de las personas en los diversos contextos de la práctica profesional; lo que hace ser creativa e innovadora. La esencia de la Enfermería es cuidar la salud, a través de cuidados que permitan mantener y conservar la vida, mediante la satisfacción de las necesidades del individuo, familia y comunidad; por consiguiente su campo de acción específico es la predicción, prevención y tratamiento de las respuestas humanas:

- **Respuestas humanas.**

Es la forma en que el cliente responde a un estado de salud enfermedad (Iyer 1997) representando todos aquellos fenómenos que tienen que ver con la profesión de enfermería (1997).

Esta forma de responder incluye reacciones fisiológicas del organismo, percepciones, sentimientos y conductas que presentan tanto los individuos sanos como enfermos. Las respuestas humanas son personales y múltiples por obedecer a la naturaleza propia de cada individuo y surgen como resultado de las necesidades del ser humano, de la interacción con el entorno y de los problemas que origina la pérdida de la salud.

Las respuestas humanas son el individuo, familia y comunidad pueden presentar una gran variedad de respuestas humanas que se agrupan por sus características en nueve patrones:

1. Intercambio: el mutuo dar y recibir.
2. Comunicación: enviar mensajes.
3. Relación: establecimiento de vínculos.
4. Valoración: asignación de valores.
5. Elección: selección de alternativas.

6. Movimiento: actividad.
7. Percepción: recepción de información.
8. Conocimiento: significado asociado.
9. Sentimiento: conocimiento subjetivo de la información.

1. Intercambio: el mutuo dar y recibir. Explora las funciones fisiológicas que realiza el organismo para mantener un equilibrio con su entorno, también se refiere a las conductas del individuo o grupo relacionadas con el cuidado y mantenimiento de la salud.

2. Comunicación: enviar mensaje. (Kozzier). Aborda el proceso de intercambio de ideas o pensamientos. Pero también puede ser una transmisión de sentimientos (kozziar) constituyéndose en una interacción personal y social; en donde la enfermera valora los factores que afectan este proceso para establecer un diagnóstico y determinar acciones de acuerdo a su campo de competencia.

3. Patrón de relación: establecimiento de vínculos. Ubica al hombre como un ser social que convive y establece lazos afectivos que intervienen en su desarrollo, haciéndose necesario la identificación de situaciones que en determinado momento puedan afectar la salud del propio individuo o grupo.

4. Patrón de valoración. Abarca los aspectos socio-culturales del individuo y grupo así como las creencias religiosas, con el fin de actuar en consideración a estos; para mantener o recuperar la salud y fomentar la fe y esperanza.

5. Patrón de elección. Estudia todas aquellas respuestas de la persona ante una situación dada y considera al estrés “como un suceso o serie de circunstancias que originan una respuesta organizada”, (Kozzier) por lo que la enfermera (o) debe observar las manifestaciones del estrés y determinar en qué medida la persona o grupo lo afrontan y logran la adaptación ya sea fisiológica o social.-cultural.

6. Patrón de movimiento. Afirma que el hombre tiene la necesidad “de moverse libremente y sin dificultad (Kozzier) para satisfacer las necesidades básicas como la alimentación y eliminación. Una persona que se mueve voluntariamente tiene anatomía por consiguiente requiere menos de la participación de la enfermera. La actividad física permite conservar la salud y está determinada en gran medida por hábitos y costumbres adquiridos.

7. Patrón de percepción. Analiza como el hombre percibe la forma diferente el entorno de acuerdo a su cosmovisión (postura fisiológica ante la vida, conocimientos y experiencias); así como las dificultades en la percepción originadas por trastornos neurológicos o por la edad; también explora la autoimagen e identidad personal.

8. Patrón de conocimiento. Incluye la valoración del individuo desde el punto de vista; información recibida, interés, capacidad de aprendizaje para el autocuidado y alteraciones en los procesos del pensamiento.

9. Patrón de sentimiento. Considera las sensaciones molestias que tiene el individuo como resultado de la enfermedad y que guían sus pensamientos y actividades, también abarca las diversas experiencias relacionadas con el sentir particular de cada persona.

Durante mucho tiempo las enfermeras (os) se han dedicado a la identificación de respuestas fisiopatológicas como resultado de la enfermedad, debido a que la formación y ejercicio profesional ha girado en torno a ellas. Al definir la enfermera su campo de acción específico se hace necesario central la atención en las respuestas humanas para conocerlas y aprender a identificarlas; situación que solo sería posible si existe una interrelación estrecha con el usuario además de la utilización de una teoría o modelo de enfermería que guíe y permita la detección de múltiples y variadas reacciones del ser humano.

Los procesos vitales son la serie de acontecimiento o cambios que ocurren durante la vida de una persona (Alfaro 1999). Ejemplo: nacimiento. Crecimiento-desarrollo, reproducción, madurez, envejecimiento, pérdidas, muerte.

Los problemas de salud reales: son aquellos que están presentes y pueden ser valorados a través de sus características definitorias (manifestaciones objetivas o subjetivas, mayores o menores, signos o síntomas). Ejemplo: el usuario que no acepta su enfermedad y que tiene conductas defensivas, la familia que tiene dificultades para cuidar a su enfermo en el hogar y este se encuentra en abandono, la comunidad que se esfuerza por dar solución a los problemas de salud más comunes, organizándose y solicitando el apoyo correspondiente, el usuario con manifestaciones de insuficiencia renal (hipertensión, oliguria, escarcha urémica).

Los problemas de salud de riesgo (potenciales): son aquellos en los que no existen manifestaciones pero presenta numerosos factores de riesgo.

Antecedentes del Proceso Enfermero

Conceptos

El proceso de Enfermería es el método mediante el cual este sistema a la práctica de la Enfermería. Se trata de un enfoque deliberado para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o del sistema familiar.

El proceso de Enfermería ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. Hall (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 Bloch (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar a un proceso de cinco fases. (Iyer 1997) ⁽¹⁾

Desde ese momento, el proceso de enfermería ha sido legitimado como el sistema de la práctica de enfermería. La Asociación Americana de Enfermería (A.N.A.) utilizó el proceso de enfermería como guía para el desarrollo de las pautas de la asistencia. El proceso de Enfermería ha sido incorporado al sistema conceptual de la mayor parte de los planes de estudio de Enfermería. También ha sido incluida la definición de Enfermería en la mayor parte de las leyes sobre la práctica de la Enfermería. ⁽⁸⁾

Para la misma asociación, el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión, su importancia a exigidos 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. ⁽¹⁾

Así en muchos países, la aplicación del proceso es un requisito para el ejercicio de la enfermería profesional; en el nuestro, cada día requiere mayor relevancia en la formación de enfermeras (os). ⁽¹⁾

El termino proceso de Enfermería indica la serie de etapas que lleva acabo la enfermera al planear y proporcionar los cuidados de Enfermería. Descrito por varios autores como la aplicación del enfoque de solución de problemas, o científico, a la práctica de la Enfermería, proceso de proporcionar una estructura lógica en la que puedan basarse los cuidados de Enfermería. Más aun, está surgiendo una terminología que puede comprender fácilmente a todo el personal de Enfermería y otros miembros del grupo para la salud. El proceso tiene como elementos esenciales el ser planeado, centrado en el paciente, orientado a problemas y dirigido a metas. El término paciente se utiliza aquí para indicar a quien recibe los cuidados y puede ser un individuo, una familia o una comunidad. ⁽⁶⁾

Otros autores definen como, un instrumento básico del trabajo enfermero, que nos permite actuar como método adaptándonos a cada sujeto, generando una información básica para la investigación en Enfermería.

El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de la enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o del sistema familiar. El proceso de enfermería consta de cinco fases sucesivas e interpersonales: valoración, diagnostico, planificación, ejecución y evaluación. Estas fases integran las funciones intelectuales de la resolución del problema en un intento por definir las acciones de enfermería. ⁽⁸⁾

El proceso de Enfermería es la disciplina del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva Enfermería, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. ⁽¹⁰⁾

El proceso de Enfermería, es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un método científico realizado por un profesional de enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y clasificado como una teoría deductiva en si misma. ⁽¹⁾

El uso del proceso de Enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas. El proceso de Enfermería trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de Enfermería enfocadas específicamente a él y no solo a su enfermedad. ⁽¹⁰⁾

Características del Proceso Enfermero

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

-Es sistemático, por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución, y evaluación).

-Es humanista, por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) 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 el de la propia enfermera.

-Es dinámico, por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

-Es flexible, porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de Enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.

-Es interactivo, por requerir de la interrelación humana- humano con el los usuarios para acordar y lograr objetivos comunes.

Pensamiento crítico. Es un pensamiento con características de ser deliberado, cuidados y dirigido a metas, en otras palabras “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” (Brunner 1998) 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, (Kozzier 1998) indispensable para aplicar cada una de las etapas del proceso enfermero.

Los componentes del pensamiento crítico son: los conocimientos, la experiencia práctica “el empleo del método científico, la aplicación del proceso enfermero y la toma de decisiones clínicas (Brunner 1998).

Las características de un pensador crítico son:

*Actitud inquisitiva en la que formula preguntas y solicita aclaraciones.

*Aplica conocimientos y experiencias previas

*Valora una situación desde varias perspectivas.

*Sospecha 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 valorar, distinguir hechos de falacias, hacer inferencias y cuando apoya sus opiniones en evidencias. ⁽¹⁾

Etapas del Proceso Enfermero.

El proceso enfermero consta de 5 etapas son:

1. Valoración
2. Diagnostico
3. Planeación
4. Ejecución
5. Evaluación

1. Valoración:

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 (Alfaro 1999) correspondientes a respuestas humanas y fisiopatológicas con lo que se logra el conocimiento integral de la persona o grupo. ⁽¹⁾

La valoración que realiza la enfermera del usuario tiene que ser total e integradora por lo que debe seguir un enfoque holístico, es decir un modelo enfermero ahora la identificación de respuestas humanas y la integración de elementos de un modelo médico para la identificación de respuestas fisiopatológicas. ⁽¹⁾

La valoración por un modelo enfermera de tal forma, que se puede valorar al usuario las catorce necesidades de Henderson, los cuatro principios de conservación de Levine, los subsistemas de Johnson, los requisitos de Autocuidado de Orem. ⁽¹⁾

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

- Recolección de la información.

- Validación de la información.
- Registro de la información.

Recolección de la información: da inicio desde el primer encuentro con el usuario y continua en cada encuentro subsiguiente hasta que la persona sea dada de alta (Alfaro 1999) por lo que es dispensable aprovechar cada momento en que se esté con el usuario y su familia para recolectar datos que nos permitan conocerlos.

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 valiosas 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. ⁽¹⁾

Esta guía debe considerar: datos bibliográficos del usuario o familia (ejemplo, nombre, sexo, edad, estado civil, ocupación, religión); antecedentes personales y familiares de enfermedad ejemplo; enfermedades anteriores, enfermedades de la familia, enfermedad actual, tratamiento medicamentoso) aspectos a valorar según el modelo enfermero que se vaya a utilizar (ejemplo; patrones de respuesta humana, funcionales de salud, necesidades humanas) y los datos para el examen físico. ⁽¹⁾

La recolección de datos puede ser general o específica así primero tendrá un conocimiento de todos los aspectos relacionados con el estado de salud y una vez detectado un problema real o de riesgo centrar la valoración en un área específica.

Aspectos que se deben tener presentes para realizar una entrevista:

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 concentrarse 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 a 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)
7. Formular preguntas claras sencillas, considerado el nivel educativo del usuario, (evitar términos desconocidos).
8. Escuchar con atención todo lo que dice el usuario (evitar escribir cuando el este hablando).
9. Conseguir la información sin presionar al usuario (verbal o no verbal); porque puede obtener información errónea o perderse de la misma.
10. Poner atención en el lenguaje no verbal del usuario, este 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. (1)

El profesional debe llevar a cabo una valoración de enfermería completa y holística de cada una de las necesidades del paciente, sin tomar en cuenta la razón del encuentro. Usualmente se emplea un marco de valoración basado en una teoría de Enfermería o escala Waterlow. Estos problemas son expresados tanto

como reales o potenciales (de riesgo).por ejemplo, un paciente que se haya inmóvil debido a un accidente de tráfico en la carretera puede ser valorado como con riesgo de alteración de la integridad cutánea, relacionado con un problema potencial al quedar atrapado al interior del automóvil. ⁽¹⁾

Modelos para la recolección de datos: los siguientes modelos de enfermería son utilizados para reunir la información necesaria y relevante del paciente par brindar efectivamente calidad de cuidado de Enfermería.

2. 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. La validación evita interpretaciones erróneas, omisiones centrar la atención en la dirección equivocada y “cometer errores al identificar las problemas” (Alfaro 1998). Para la validación de datos es necesario: valorar al usuario, solicitar a otro 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. La validación de los datos es de suma importancia porque si no se realiza es probable que en la etapa de diagnostico se presente dificultades para la agrupación e interpretación de la información. ⁽¹⁾

3. Registro de la información. Es la última etapa de la valoración y consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico. Los objetivos que persigue el registro de la información son: “favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria.

2. Diagnostico:

Es la segunda fase del proceso, es una función intelectual compleja. Esta fase tiene cuatro etapas: procesamiento de datos, formulación de la exposición diagnostica de Enfermería, validación y documentación. El resultado del proceso diagnostico, el diagnostico de Enfermería, es la base de las restantes fases del proceso de Enfermería: planificación, ejecución y evaluación. El término diagnostico de Enfermería se utilizó por vez primera en la década de los años 50.

En 1960, Faye Abdellah introdujo un sistema de clasificación para la identificación de 21 problemas clínicos del cliente. ⁽⁸⁾

El diagnóstico enfermero, es un juicio clínico sobre la respuesta humana de una persona, familia o comunidad a procesos vitales y a problemas de salud reales y de riesgo en donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en forma independiente. Para determinar cuando un proceso vital o un problema de salud debe ser considerado como diagnóstico enfermero es necesario que la enfermera tenga la autoridad para hacer el diagnóstico definitivo, la enfermera es la principal responsable de la predicción, prevención y tratamiento del problema.

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una función intelectual compleja al referir de diversos procesos mentales para establecer un juicio sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad así como de los recursos existentes. ⁽¹⁾

Para realizar esta etapa se requieren de cuatro pasos fundamentales.

- Razonamiento diagnóstico
- Formulación de diagnóstico enfermeros y problemas interdependientes
- Validación
- Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

1. El razonamiento de diagnóstico. Es la “aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas” (Alfaro 1999). La enfermera (o) durante razonamiento diagnóstico realiza diversas funciones intelectuales integra los conocimientos adquiridos para finalmente un juicio clínico. Algunos autores sugieren hacer una clasificación de los datos para dividir la información en clases concretas), (Iyer 1997). Este paso es indispensable siempre y cuando durante la valoración no se haya seguido un modelo enfermero para recolectar y organizar la información.

- 1.- Realizar un listado de todos los datos significativo: subjetivos, objetivos, históricos y actuales que aporato la valoración incluyendo los recursos.
- 2.- Analizar y agrupar los datos significativos que cree que se relacionan y realizar las deducciones correspondientes.
- 3.- Comparar los datos significativos (subjetivos, objetivos, históricos y actuales) con los factores relacionados / riesgo y con las características definitorias de las categorías diagnosticas de la Nanda.
- 4.- Efectuar revaloración si existen dudas en la información.
- 5.- Determinar si la enfermera tiene la autoridad para hacer el diagnóstico definitivo y ser el principal responsable de la predicción, prevención y tratamiento del problema.
- 6.- Procederá dar el nombre correspondiente a las respuestas humanas (diagnósticos enfermeros), y a las respuestas fisiopatológicos (problemas interdependientes).
- 7.- Determinar los factores relacionados o de riesgo (etiología del problema).

Durante el razonamiento diagnóstico se pueden cometer numerosos errores, que conducen a juicios clínicos falsos y deficientes, esto en su mayoría obedecen a la recolección incorrecta o incompleta de datos, por falta de una metodología durante la valoración, barreras en la comunicación, ocultación de información por parte del usuario, distracciones e interrupciones y carencia de habilidades para la entrevista y examen físico, también se deben a la interpretación incorrecta de los datos al hacer deducciones prematuras con poco sustento en datos significativos y por involucrar prejuicios personales, asimismo, la falta de conocimiento y de análisis son obstáculos para un razonamiento diagnóstico confiable. Por consiguiente es recomendable la validación de los datos y la búsqueda de asesoría.

También 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 diagnosticas de la Nanda.

Y la estructura que deben tener los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes de acuerdo a sus características.

Problemas interdependientes o de colaboración. Es un juicio clínico sobre la respuesta fisiopatológica del organismo a problemas de salud reales o de riesgo en donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en colaboración con el equipo sanitario.

-Los problemas interdependientes “se relaciona con la patología, con la aplicación del tratamiento prescrito por el médico y con el control tanto de la respuesta a este 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.

2. Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes. Se requiere haber realizado la valoración y el razonamiento diagnóstico antes de iniciar con la formulación de diagnóstico enfermeros y problemas interdependientes. También es preciso conocer las categorías diagnósticas de la NANDA y la estructura que deben tener los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes de acuerdo a sus características. ⁽¹⁾

3. Que es la validación. Consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, durante la validación, la enfermera debe consultar al usuario para corroborar que está en lo cierto, también es recomendable solicitar asesoría cuando no se reúnan los conocimientos o experiencias suficientes. ⁽¹⁾

4. 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. ⁽¹⁾

Clasificación del diagnóstico enfermero.

-El diagnóstico enfermero real; describe la respuesta actual de una persona, una familia, o una comunidad y se apoya en la existencia de características definitorias (datos objetivos y subjetivos). Además de tener factores relacionado.

-El diagnóstico enfermero de riesgo; 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). ⁽¹⁾

-El diagnóstico enfermero de síndrome. Es un grupo de diagnóstico enfermero refleja problemas reales o de riesgo presenta debido a la existencia de una situación o acontecimiento.

-El diagnóstico de promoción de la salud. Es un juicio clínico sobre la motivación y el deseo de una persona, familia o comunidad para aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud, expresado por su disposición para mejorar conductas específicas de salud tales como la nutrición o el ejercicio. El diagnóstico de promoción de la salud pueden usarse en cualquier situación de salud y no requieren un nivel determinado de bienestar. Esta disposición se apoya en las características definitorias. ⁽¹⁵⁾

3. Planeación.

Es la tercera etapa del proceso enfermero que inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, y que consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermero. ⁽¹⁾

Consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo, identificados en el diagnóstico de enfermería. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados. Durante esta fase de planificación se elaboran los objetivos de Enfermería los objetivos indican lo que será capaz de hacer el cliente como objetivo de las acciones de Enfermería puede ayudar a cliente a conseguir los objetivos. El componente de planificación del proceso de Enfermería consta de cuatro etapas: ⁽⁸⁾

Pasos de la planeación.

1. Establecimiento de prioridades
2. Elaboración de objetivos
3. Desarrollo de intervenciones de enfermería
4. Documentación del plan. ⁽⁸⁾

1. Establecimiento de prioridades: se concluye con un número determinado de diagnóstico enfermeros y problemas independientes, lo que hace indispensable la identificación de los problemas de salud en los cuales se debe centrar la atención y realizar reacciones inmediatas, porque representan una amenaza para la vida del usuario. ⁽¹⁾

2. Elaboración de los objetivos. Son una parte indispensable dentro de la etapa de planeación, ya que con ellos usted mide el éxito de un plan determinado al valorar el logro de los resultados. También permite dirigir las acciones de enfermería para

dar solución a los problemas de salud encontrados y son factores de motivación (Alfaro 19989) al generar numerosas acciones de enfermeras.

3. Determinación de acciones de Enfermería. Son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos y están encaminadas a tratar los factores relacionados o de riesgo de problema de salud señalado en el diagnóstico enfermero o problemas interdependientes. En la determinación de dichas estrategias se emplea el pensamiento crítico, para realizar la situación problema mediante cuestionamientos que conducen a la selección de acciones de enfermería específicas.

4. Documentación del plan de cuidado. Es el registro que la enfermera realiza de los componentes de un plan de cuidado en un formato especial que permite guiar las intervenciones de Enfermería y registrar resultados alcanzados 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 realice acciones particulares del usuario.

De acuerdo con el cliente, el profesional de enfermería planifica el tratamiento de cada uno de los problemas identificados en la fase de valoración y desarrollados en la de diagnóstico. Para cada problema se establece una meta. ⁽¹⁾

4. Ejecución

Es la cuarta etapa del proceso enfermero se divide, a su vez, en tres etapas, la preparación, la intervención propiamente dicha y la documentación o registro tanto de las intervenciones enfermeras como de las respuestas del cliente y se consideran pasos independientes del modelo organizado utilizado para satisfacer las necesidades de la persona a la que se cuida. Los modelos actuales para la organización de la atención enfermera varía desde la denominada “enfermera de funcional” en la que se distinguen las tareas a realizar y las personas que las ejecutarán; la enfermera de equipo en la que distintos niveles profesionales desarrollan una actividad coordinada en los cuidados enfermeros, le enfermería

primaria, en la que el profesional de enfermería es responsable de dirigir los cuidados de un cliente o un grupo, y el control del caso, modelo que organiza los cuidados. ⁽¹⁾

Es el comienzo del plan de cuidados de enfermería para conseguir los objetivos concretos. La fase de ejecución comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocado en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados. ⁽⁸⁾

Pasos de la ejecución son:

1. Preparación:

*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.

*Analizar y estar seguros de que se tienen conocimientos y habilidades necesarias para realizar las actividades planeadas, en caso de que no es indispensable solicitar asesoría.

*Tener en mente las complicaciones que pueden presentar al ejecutar cada actividad de enfermería.

*Reunir el material y equipo necesario para llevar a cabo cada intervención.

*Crear un ambiente confortable y seguro para el usuario durante la realización de cada actividad.

*Delegar cuidados enfermeros que se apeguen a los cuatro puntos clave de la delegación.

2. Intervención. Pueden llevarse a cabo a las intervenciones de enfermería dependientes e interdependientes planeadas que incluye la valoración la prestación de cuidados para conseguir los objetivos (1998) la educación del usuario, familia y comunidad y la comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria (1998). Es fundamental considerar las capacidades físicas, psicológicas y personales del usuario durante la ejecución de las acciones de enfermería para lograr su participación e independencia. Como las respuestas

humanas psicopatológicas son cambiantes es precisa la revaloración del usuario, familia y comunidad para estar seguros de las intervenciones de enfermería son las apropiadas.

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

(Alfaro1999) Son propósitos de los registros de enfermería: mantener informados a otros profesionales del área de la salud sobre datos de valoración del usuario cuidados proporcionados y las respuestas del usuario/familia ser base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados: respaldar legalmente las actuaciones de la enfermería. ⁽¹⁾

5. Evaluación.

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. ⁽¹⁾

La evaluación en el proceso enfermero es útil determinar el logro de los objetivos, identificar las variedades que afectan decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado por consiguiente es necesario la valoración del usuario, familia y comunidad para confrontar el estado de salud actual con el anterior y corroborar la consecución de objetivos. ⁽¹⁾

Durante el proceso de asistencia, la enfermera valora en alcanzar las metas preestablecidas. La evaluación es el proceso por el que se determina el grado en que se alcanza los objetivos. Implica comparar con estándares predeterminados. Si los resultados finales esperados de la atención de enfermería se han pensado en forma cuidadosa y completa y los estándares se han indicado con claridad, la enfermera puede comparar los logros del enfermo. Al valorar la eficacia de las acciones de enfermería es importante tener en mente criterios precisos, que

deben ser observables y mensurables, si hay algún método de enfermería en particular no parece eficaz, puede intentarse una acción diversa. ⁽¹²⁾

El propósito de esta etapa es evaluar el progreso hacia las metas identificadas en los estadios previos. Si el progreso hacia la meta es lento, ha ocurrido regresión, el profesional de enfermería debe cambiar el plan de cuidados de acuerdo a ello. En cambio si la meta ha sido alcanzada entonces el cuidado puede cesar. Se pueden identificar nuevos problemas en esta etapa, y así el proceso se reiniciará otra vez.

Cuando los resultados no son los esperados o simplemente no hay resultado satisfactoria, la enfermera debe revisar cada una de las etapas del proceso, detectar posibles fallas y proceder a corregirlas. Para el desarrollo de esta actividad “la enfermera y el paciente deben determinar el progreso o la falta de progreso hacia la realización de sus metas” (1989) en forma conjunta identificando obstáculos y estrategias. ⁽¹⁾

5.2 Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem

Dorothea Elizabeth Orem una de las enfermeras americanas más destacadas nació en Baltimore, Maryland. Su padre era 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 principios de la década de los treinta. Orem recibió posteriormente un B.S.N.E. de la Catholic University of América (CUA) en 1939 y, en 1946, obtuvo un M.S.N.E de la misma Universidad. Sus experiencias más tempranas incluyen actividades de enfermería quirúrgica, Orem ostento el cargo de directora de la escuela de enfermería y del departamento de enfermería en el Providence Hospital. En 1957 Orem se traslado a Washington D.C. donde trabajo en el Office of Educativos en el U, S. Departamento of Health. Ella 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. Orem etiqueta su teoría de déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas, la teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de si misma, la teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica como la enfermera 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. ⁽²⁾

Dorothea Orem (1914-2007) es una enfermera que enfatiza que ningún autor en particular ha influenciado su modelo, pero manifiesta haberse sentido inspirada por varias teorizadas de la enfermería la teoría general del autocuidado. Dicha teoría consta de tres teorías relacionadas: autocuidado la del déficit de autocuidado y la de sistemas de enfermería.

Uno de los constructores representa un servicio especializado que se distingue de los otros servicios de salud ofrecidos porque está centrado sobre las personas que tienen incapacidades para ejercer el autocuidado. La enfermera completa los

déficit de autocuidado causados por la diferencia que se plantean entre las necesidades de autocuidado y las actividades realizadas por la persona (Orem 1993).

El rol de la enfermería, consiste en ayudar a la persona a avanzar en el camino para conseguir responsabilizarse de sus autoridades utilizando cinco métodos de asistencia: actuar, guiar, apoyar, procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñar. Para ello la enfermera se vale de tres modos de actuación: sistemas de intervención totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio o de asistencia/enseñanza según la capacidad y la voluntad de la persona. ⁽¹¹⁾

La persona es un todo que funciona biológicamente, simbólicamente y socialmente, y que posee las capacidades, las aptitudes y la voluntad de comprometerse y de llevar a cabo autocuidados que son de tres tipos: los autocuidados universales, los autocuidados asociados a los procesos de crecimiento y de desarrollo humano y los autocuidados unidos a desviaciones de salud. La salud se define según esta autora como un estado de integridad de los componentes del sistema biológico y de los modos de funcionamiento biológico, simbólico y social del ser humano. Por último, el entorno representa todos los factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados sobre su capacidad para ejercerlos (Orem. 1993). ⁽²⁾

Funciones de enfermería. En el modelo de Orem consiste en actuar de modo completaría con las personas, familias y comunidades en la realización de los autocuidados, cuando está alterado el equilibrio entre las habilidades de cuidarse y las necesidades del autocuidado. Los motivos del desequilibrio serán una enfermedad o lesión que requieran unas necesidades adicionales de autocuidado (debidos a la desviación de salud). ⁽¹¹⁾

El objetivo de este modelo es ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por si mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad.

Constituyen la forma de ayudar a las personas cuando presentan limitaciones y/o incapacidades en la realización de las actividades de los autocuidados.

Hay tres tipos de asistencia:

-Asistencia de compensación total: cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica dependencia total.

-El sistema de compensación parcial: cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, bien por motivos de limitación o incapacidad.

-El sistema de apoyo educativo: cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo los autocuidados.

Autocuidado: consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras o que están madurando, inician y llevan a cabo parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano y continuar con el desarrollo personal y el bienestar.

El autocuidado es una necesidad que constituye toda la acción que el ser humano realiza a través de sus valores, creencias, etc. Con el fin de mantener la vida, la salud y el bienestar. Son acciones deliberadas que requieren de aprendizaje. Cuando la persona no puede por si misma llevar a cabo estas acciones bien por limitación o por incapacidad se produce una situación de dependencia de los autocuidados.

Hay tres tipos de autocuidados:

-Los derivados de las necesidades fundamentales que tiene cada individuo: comer, beber, respirar etc.

-Los derivados de las necesidades específicas que se plantea en determinados momentos del desarrollo vital: niñez, adolescencia. ⁽²⁾

-Los derivados de desviaciones del estado de salud. ⁽¹¹⁾

Requisitos de Autocuidado: es un consejo formulado y expreso sobre las acciones que se deben llevar a cabo por que se consideran necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y el desarrollo humano, un requisito de autocuidado formulado comprende: el factor que se debe controlar para que se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humano en las normas compactibles con la vida, la salud y el bienestar personal y la naturaleza de la acción requerida. ⁽²⁾

Requisitos de Autocuidado Universales: Se proponen seis requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños:

1. Mantenimiento de un aporte de aire, agua y alimentos suficiente.
2. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.
3. El mantenimiento de un equilibrio entre las actividades y el descanso.
4. El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
5. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
6. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

Requisitos de Autocuidado de Desarrollo.

Están separados de los requisitos de autocuidado universales en la segunda edición de Nursing: Conceptos of practice. Promueven los procesos de la vida y la madurez y previenen las condiciones que eliminan la madurez o las que mitigan la madurez o las que mitigan esos efectos.

Requisitos de Autocuidado en caso de Desviación de Salud.

Existen para aquellas personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los efectos y las discapacidades, y para los individuos que están sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico.

Necesidades de Autocuidado Terapéutico. Están constituidos por el conjunto de medidas de cuidados necesarios en ciertos momentos o durante un cierto momento para cubrir todas las necesidades, según las condiciones existentes y las circunstancias se utilizan métodos adecuados para controlar o dirigir factores identificados en las necesidades, cuyos valores son reguladores del funcionamiento humano (suficiente aire, agua y comida), cubrir el elemento de actividad de la necesidad (mantenimiento, promoción, prevención y provisión).

Actividad de Autocuidado. Se define como la compleja habilidad adquirida por las personas maduras o que están madurando, que les permiten 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 adulto que acepta asumir la responsabilidad de conocer y cubrir las demandas terapéuticas de autocuidado de otras personas importantes para él, que depende socialmente de él, o que regula el desarrollo o el ejercicio de la actividad de autocuidado de estas personas.

Déficit de Autocuidado. Es la 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 o cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente.

Actividad Enfermera. Es la capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras que les da poder para ser representadas como enfermeras y dentro el marco de una relación interpersonal, legitima 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 y 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 clínicos prácticos de reflexión sobre las condiciones existentes para sintetizar los elementos de una situación concreto de relaciones ordenadas a unidades de estructura.

Sistemas Enfermeros. Son las series y secuencias de las acciones practicas deliberadas de las enfermeras que actúan a veces de acuerdo con las acciones de las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes y para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes.

Métodos de Ayuda. Es una serie secuencial de acciones que, si se lleva a cabo, resolverá o compensara 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, 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. ⁽²⁾

5.3. Hipertensión Arterial.

Concepto.

La Hipertensión arterial se define como una presión sanguínea sistólica mayor de 140 mm de Hg de forma constante, o una presión sanguínea diastólica constante mayor de 90 mm Hg debe hacerse énfasis en que la clasificación categórica y está fundamentada en el promedio de 2 o más lecturas de la presión sanguínea y no solo una lectura de nivel elevado. ⁽⁷⁾

Así mismo la elevación persistente de las cifras de Presión Arterial Sistólica y de Presión Arterial Diastólica por encima de 140 y 90 mm Hg, establecidas por convenio, deben obtenerse mediante toma realizada en decúbito o sentado, tras 10 minutos de reposo, con el brazo en una superficie fija a la altura del corazón y con el manguito apropiado al brazo, y comprobarse en más de una medición, al menos tres en días diferentes. ⁽¹⁶⁾.

Sin embargo se considera que hay hipertensión en el individuo adulto joven si las cifras sistólica y diastólica exceden de 150 y 100 mm.hg. respectivamente. Los expertos de campañas aseguradoras afirman que una presión superior a 140/90 tiene mayor morbilidad y requiere atención médica. ⁽⁴⁾

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define que la hipertensión arterial es la fuerza ejercida por la sangre durante la circulación sobre las paredes de las arterias. Un valor elevado de la tensión arterial daña la arteria que suministra sangre al cerebro, al corazón, a los riñones y a los demás órganos. El colesterol es una sustancia similar a las grasas que se halla presente en el torrente sanguíneo, es uno de los componentes clave en el desarrollo de la arteriosclerosis, consistente en la acumulación de depósito grasos sobre la pared interna de las arterias del corazón y del cerebro.

Existen variedades de la Hipertensión Arterial, las cuales la forma más común es la llamada esencial. Además de las formas y/o causas de hipertensión arterial que son: Hipertensión Secundaria a padecimiento renal, como la glomerulonefritis; por tumor suprarrenal, por isquemia renal (renovascular); Hipertensión de la mitad superior del cuerpo como en la coartación aortica; Hipertensión por arteritis; Hipertensión por tumor hipofisiario y la Hipertensión por eclampsia. ⁽⁴⁾

Según la Organización Mundial de Salud (OMS) la propuesta por Goldring y Chasis 1944, el término enfermedad hipertensiva es sinónimo con Hipertensión Esencial y debe ser adecuadamente restringido para designar al trastorno fisiopatológico hasta hoy no han identificado característica de esta enfermedad que conduce finalmente a la elevación de las presiones sanguíneas diastólica y sistólica, a modificaciones anatómicas en el árbol vascular y al desarreglo de la función de los tejidos involucrados, la enfermedad hipertensiva se considera como una entidad clínica en la cual un mecanismo presor desconocido inicia una vasoconstricción arteriolar, una presión sanguínea elevada y secuelas vasculares.

La Hipertensión como tal, como las modificaciones arteriolas, se concibe como una secuela que parece durante el desarrollo progresivo de la enfermedad. Según (Pickering) ha sostenido por mucho tiempo que la Hipertensión no es una normalidad específica con una línea divisora arbitraria que la separa de la normalidad. Su idea es que la Hipertensión Esencial representa una desviación cuantitativa y no cualitativa de la normalidad, de que no hay una línea divisora natural entre presiones normales y anormales es artificial (Oldham y col., 1960). ⁽⁵⁾

Clasificación de la hipertensión arterial.

Tensión arterial diastólica

< 85 mm hg

85 a 89 mm hg

90 a 104 mm hg

105 a 114 mm hg

Mayor o igual 115 mm hg

clasificación

Tensión arterial normal

Tensión arterial normal alta

Hipertensión leve

Hipertensión moderada

Hipertensión severa

Tensión arterial sistólica hg

< 140 mm hg

141 a 159 mm hg

Mayor o menor 160 mm hg

cuando la T.A.D. es mayor o menos 90 mm

Tensión arterial normal

Tensión sistólica aislada límite

Hipertensión sistólica aislada

Fisiopatología.

La presión arterial es mantenida por tres factores fundamentales: el volumen sanguíneo, las resistencias periféricas y el gasto cardiaco. Cuando por mecanismo anormal aumenta en forma inapropiada cualquiera de ellos, el resultado será la elevación de las cifras de presión arterial. ⁽¹⁸⁾

1. Factores neurógenos.

Los impulsos adrenérgicos liberan norepinefrina de las terminaciones nerviosas posganglionares; esta sustancia produce estimulación tanto de los receptores alfa como de los betadrenergicos de los vasos sanguíneos y corazón. La estimulación alfa produce vasoconstricción, mientras que la beta produce vasodilatación. A nivel del corazón la estimulación beta produce taquicardia (efecto cronotropico positivo) y aumento de la contractibilidad (efecto inotrópico positivo) lo cual culmina con aumento del gasto cardiaco. La venoconstricción por efecto adrenérgico aumenta el retorno venoso y también contribuye al aumento en el gasto cardiaco. La consecuencia final de la acción adrenérgica, la elevación tanto

de la presión sistólica por aumento en el gasto cardiaco y de la presión diastólica por incremento en las resistencias periféricas (vasodilatación arteriolar).

2. Factores humorales.

a). La disminución del volumen circulante por cualquier motivo (hemorragia, deshidratación, trasudado excesivo. Produce disminución de la presión arterial y por lo tanto de la perfusión renal. La hipoperfusión renal estimula la secreción de renina (enzima producida por el aparato yuxtaglomerular) que se une al angiotensinogeno que es un polipeptido sintetizado en el hígado para producir angiotensina I que rápidamente se convierte en angiotensina II, mediante la acción de una enzima convertidora, la cual se encuentra principalmente en la circulación pulmonar. La angiotensina II tiene un gran efecto vasoconstrictor pero a su vez estimula la secreción de aldosterona, por la glándula suprarrenal. Finalmente la presión arterial alcanza sus valores normales por dos mecanismos: el aumento de las resistencias y la retención de Na^+ H_2O inducido por la aldosterona. Cuando por cualquier mecanismo aumente más allá de lo normal, la concentración plasmática de la renina se produce como consecuencia la hipertensión arterial. La secreción de renina es estimulada cuando disminuye la presión dentro de la arteriola aferente, o bien, cuando disminuye la concentración de sodio que llega a la macula densa o por el aumento de estimulación simpática, o por la disminución de la concentración de angiotensina II circulante y la hipokalemia.

b). Sodio e hipertensión arterial. El incremento en la concentración de sodio en la pared de los vasos arteriales aumenta su reactividad al efecto de las catecolaminas, lo cual culmina con vasoconstricciones y aumento de las resistencias periféricas. Así hay un aumento exagerado en la ingesta de sal en forma sostenida en el tiempo, es posible provocar hipertensión arterial. Por otro lado, el sodio plasmático y tisular puede aumentar debido a que el riñón es incapaz de excretarlo. En efecto hay sujetos en quienes el riñón tiene una menor capacidad de excretar el sodio ingerido en la dieta, el cual trae consigo aumento de la retención de agua, hipovolemia e hipertensión arterial. El aumento de

volumen circulante provoca hiperfiltración renal la cual provoca vasoconstricciones de la arteria aferente (fenómeno de autorregulación) que implica el exceso de flujo sanguíneo al riñón; concomitante se produce disminución de la presión de perfusión de la arteria aferente y aumenta de la secreción de renina plasmática con el consiguiente aumento de la resistencia periférica e hipertensión arterial.

c). Insulina. Su efecto sobre el metabolismo de los carbohidratos, tiene un poderoso efecto trófico sobre el músculo liso arterial y las células endoteliales a través de los receptores específicos para insulina, por lo cual promueve síntesis proteica e hipertrofia del músculo arteriolar y asimismo eleva la presión arterial por otro dos mecanismos que son la secreción de catecolaminas y la reabsorción renal de sodio. Mediante estas acciones es que se ha logrado demostrar la asociación de hiperinsulinemia, obesidad, intolerancia a los carbohidratos, hipertrigliceridemia, disminución de la concentración de lipoproteínas de alta densidad e hipertensión arterial.

d). Hormonas adrenocorticales. La secreción excesiva de hormonas secretadas por la corteza suprarrenal (cortisol, 18-hidroxicorticosterona), producen retención excesiva de sodio y H₂O por el riñón debido al efecto mineralocorticoide y por lo que pueden ser causa de hipertensión arterial. ⁽¹⁸⁾

La presión arterial es la presión ejercida por la sangre en los vasos por los cuales fluye. La presión sistólica es la presión ejercida durante la contracción ventricular, la presión diastólica es la que existe durante la relajación ventricular. La presión arterial se regula por dos factores: el flujo sanguíneo y la resistencia vascular periférica. Los factores que determinan el flujo sanguíneo son el volumen de la sangre bombeada por el ventrículo izquierdo con cada contracción y la frecuencia cardíaca. El centro vasomotor de la medula es estimulado por barorreceptores o por estrés sicógeno. Los impulsos son transportados a través del sistema nervioso simpático, como causado la liberación de catecolaminas. Las fibras postganglionares liberan norepinefrina, la cual causa constricción en los vasos

sanguíneos y una mayor resistencia periférica. La epinefrina es secretada por la medula suprarrenal y causa vasoconstricción e incrementa la fuerza de contracción ventricular y el gasto cardiaco. ⁽⁴⁾.

Por lo tanto la Hipertensión se genera por el gasto cardiaco y las resistencias arteriolas periféricas: se puede inferir que la hipertensión puede ser consecuencia de la elevación de uno de los factores, el gasto, las resistencias arteriolas o ambos. El gasto esta elevado en individuos con exceso de peso y muchos pacientes hipertensos son individuos con sobrepeso. Sin embargo, el factor más importante es el aumento del tono arteriolar que gobierna la presión arterial: las arteriolas tienen calibre disminuido por estar contraídas de manera permanente y excesiva. (Corcoran 1952). El tono arteriolar normal es justamente eso: la contracción permanente. En el Hipertenso, en cambio, la contracción es excesiva.

Anatomía patológica.

La patología orgánica de la Hipertensión Arterial Esencial es consecuencia de la vasoconstricción sostenida y sus efectos. Varios órganos se lesionan y esto depende primordial o exclusivamente del impacto de la Hipertensión sobre los vasos. Los más importantes son: el corazón, el cerebro y el riñón. El fenómeno patológico de la Hipertensión Arterial Esencial se convierte en un problema autosostenido, de tal manera que mientras más tiempo dura la vasoconstricción, más daño arteriolar se produce y este conduce a mayor presión para formar un circuito vicioso. Esta disminución de calibre de las arteriolas conduce a la larga, a la insuficiencia perfusión de los órganos señalados.

Corazón. Inicialmente se hipertrofia y tardíamente se dilata; aumento de tamaño y de peso. Mientras el corazón del Hipertenso este compensado, la masa miocárdica aumenta de manera proporcional más que el volumen cardiaco; cuando se instala la descompensación y se eleva la presión telediastolica, ocurre lo contrario.

Riñón. El riñón se endurece y se reduce de tamaño: sufre nefrosclerosis arteriolosclerótica. Puede ser de dos tipos, benigna y maligna. En la primera, los glomérulos se hializan y las arterias del parénquima renal muestran su capa media engrosada. En la segunda hay necrosis fibrinoide arteriolar. Los tipos son solo consecuencia del tiempo y de la intensidad del proceso patológico. Para esta función, el riñón excreta agua y sal de acuerdo con los niveles de presión por el fenómeno conocido como diuresis de presión.

Cerebro renina. Los vasos cerebrales se dañan por la Hipertensión Arterial Esencial y también sufren esclerosis a lo cual se agregan los efectos de la edad. La retina muestra alteración de sus vasos (angioclrosis y angiotonia) y de su papila: (edema en vasos muy avanzados).⁽⁴⁾

Factores etiológicos.

Hipertensión arterial diastólica. Independientemente de la etiología, la elevación de la presión arterial se nota en la cifra sistólica pero fundamentalmente en el diastólico. Este tipo de resistencias (renina renal) o de volumen (renina baja), pero no por aumento del gasto cardíaco.

Hipertensión arterial sistólica. Aparece en aquellas condiciones en que se eleva el gasto cardíaco como son los síndromes hipercinéticos secundarios (hipertiroidismo, anemia). O el síndrome hipercinético idiopático, sin embargo, la causa más frecuente de hipertensión sistólica es la pérdida de la elasticidad de la aorta. En estos casos característicamente se nota elevación desproporcionada de la presión sistólica.⁽¹⁸⁾

La Hipertensión Arterial primaria, esencial o idiopática, la causa es desconocida, pero es la Hipertensión Arterial más frecuente (90 % de las hipertensiones). Patogénicamente se postula que determinados factores ambientales (el estrés, la

sal, la obesidad, las dietas con contenido reducido en potasio, calcio y magnesio, el tabaco, el alcohol, etc.).⁽¹⁶⁾

-Herencia. Hijos de padres Hipertensos tiene probabilidad de ser Hipertensos.⁽⁴⁾

Se sabe que los hijos de padres hipertensos la padecen más frecuentemente y esto, aparentemente no guarda relación con el medio ambiente familiar sino que probablemente exista un factor genético. La frecuencia de hipertensión arterial entre gemelos monocigotos que han vivido separados ejemplifica esto.⁽²¹⁾

-Sexo. Es más frecuente la Hipertensión Arterial en la mujer que en el hombre y esa relación ha sido aproximadamente de 2 a 1, suele ser más grave en el hombre.⁽⁴⁾

-Edad. Conforme avanza la edad sube la presión arterial como regla general práctica, la presión arterial sistólica después de los 20 años es de 100 mas la edad: 130 para el individuo de 30 años, 140 para el de 40 y así sucesivamente; pero de ninguna manera es variable este fenómeno ni sigue una progresión lineal. Lo que no sube progresionalmente en el individuo es la presión diastólica. Es difícil con una sola medición, en un día determinado, trazar el límite entre lo normal y lo patológico, ya que son muchos los factores que modifican la presión: fuerza física, emociones, frecuencia cardiaca, hora del día, sueño, fatiga, postura (es un poco mayor en decúbito), etcétera.

-Raza: La raza negra, al, es más propensa proporcionalmente a la Hipertensión Arterial Esencial que el blanco y su Hipertensión es más grave.

-Dieta. La dieta y la obesidad parecen ser factores de hipertensión. Muchas veces basta que un individuo baje de peso para que su presión mejore.

En efecto, es bien sabido que con frecuencia la ingestión excesiva de alimentos es una manifestación de nerviosismo, de angustia, que lleva al paciente a buscar la satisfacción oral, a comer más de lo necesario.

-Sodio. Es el principal ion extracelular. “la mortalidad y movilidad de enfermedades vasculares y renales podrían ser reducidas con la abstinencia de sal”. El éxito de la dieta propuesta en 1940 por Kempener a base de arroz y fruta

para el tratamiento de la hipertensión arterial se debía principalmente a su bajo contenido en sodio. ⁽²¹⁾

-Climaterio. Es frecuente que durante el climaterio se eleve la presión arterial, y que mejore con el uso combinado de hormonas, sedantes y ligeros antihipertensivos. Esto es más conocido para el sexo femenino que para el masculino.

-Strés.

-Alcoholismo y tabaquismo. Hay factores de riesgo evitables por el propio paciente, mediante el control de peso, la reducción de sal, la ingestión de frutas y vegetales, con preferencia a carnes y grasas; la reducción de alcohol y la supresión del tabaquismo.

-Anticonceptivos. Los anticonceptivos y los estrógenos conjugados producen Hipertensión Arterial. Se calcula que el 5% de las mujeres que toman estos medicamentos desarrollan Hipertensión Arterial y que su empleo potencia los efectos adversos de quienes ya tienen el padecimiento. Es probable que los estrógenos de los anticonceptivos sean los responsables de esta Hipertensión Arterial la cual sería de tipo retenedor de volumen y de sal. ⁽⁴⁾

Diagnostico.

Generalmente el diagnostico se establece cuando en la visita médica se encuentra elevación de las cifras de presión arterial por arriba de 140/90 mm Hg en dos ocasiones distintas y el diagnostico se asegura si además se encuentra algún signo de daño en órgano "blanco; sin embargo, en algunas ocasiones el diagnostico no es tan sencillo, así se ha demostrado que en el 10 al 20% de los sujetos, a quienes se le encuentra cifras elevadas de la presión arterial durante la visita médica no son hipertensos; ello se debe que el paciente puede sentir temor o presión de la noticia que le dará el médico después de la consulta cuando piensa que puede tener alguna enfermedad grave. ⁽¹⁸⁾

Signos y síntomas tempranos.

Desafortunadamente la hipertensión, a menos que sea muy severa, generalmente es asintomática. Demasiado a menudo los pacientes son vistos hasta después de la aparición de daños orgánicos declarados años después del principio del padecimiento. La cefalea se considera como síntoma frecuente y temprano. Usando los hallazgos de la encuesta nacional de los Estados Unidos 1960-1962 se halló que no solamente la cefalea, sino también la epistaxis, los zumbidos de oídos, los mareos y desmayos, parestesias, calambre, sensación de dedo muerto; de ver puntos luminosos (fosfenos), sensación de pesantez en la cabeza que desaparece con el ortostatismo si aparece en la mañana al estar acostado. ⁽⁴⁾

Complicaciones.

-Sobre el corazón, la Hipertensión Arterial somete al ventrículo izquierdo a una sobrecarga de presión, lo que, junto con otros mecanismos expuestos en el apartado de control de la Presión Arterial, produce una hipertrofia ventricular izquierda, que la carga puede determinar insuficiencia cardiaca.

-Sobre los vasos, los vasos tienen que soportar un aumento de presión en su interior, lo que provoca un aumento del factor de razonamiento un aumento de deterioro parietal de generación fibrinoide, vasoconstricción, incremento de células endoteliales, hipertrofia e hiperplasia vasculares, y disfunción endotelial; todo ello origina una arterosclerosis que determina la disminución de la elasticidad arterial. ⁽¹⁶⁾

Cuando la Hipertensión es prolongada, el tejido elástico de las arteriolas es reemplazado por tejido colágeno fibroso. La pared engrosada de la arteriola se distiende menos, creando una resistencia aun mayor en el flujo sanguíneo. Este proceso conduce a una disminución de la perfusión tisular, especialmente en los órganos involucrados, el corazón, los riñones y el cerebro. En el sistema cardiovascular, la disminución de la perfusión coronaria puede dar lugar a angina de pecho o infarto de miocardio. Como el corazón se ve forzado a trabajar en contra de una presión aortica constantemente elevada, puede producirse una hipertrofia ventricular izquierda y una insuficiencia cardiaca congestiva. A medida

que los vasos renales se engrosan y disminuyen la perfusión, los glomérulos se ven privados de un riesgo sanguíneo. Esto puede ocasionar un daño permanente a los riñones y un fallo renal. La isquemia cerebral y la arterioesclerosis pueden ser resultado de los efectos progresivos de la Hipertensión; pueden producirse una hemorragia cerebral o un accidente cerebrovascular. La Hipertensión maligna es un aumento progresivo rápido y severo de la presión arterial que causa daño a las pequeñas arteriolas de los sistemas de órganos principales (corazón, riñones cerebro, ojos). Un hallazgo principal y distintivo es la inflamación de las arteriolas (arteriolitis) de los ojos. En las etapas tardías, se producen retinitis y papiledema. Este tipo de Hipertensión fue observada más comúnmente en hombres negros de menos de 40 años de edad. A menos que el tratamiento médico sea exitoso, el curso de esta enfermedad es rápido y mortal. Las causas más comunes de muerte son el infarto de miocardio, la insuficiencia cardíaca congestiva, el accidente cerebrovascular o el fallo renal. ⁽⁷⁾

Otras complicaciones.

Son la hipertrofia cardíaca vista en rayos X y vista en Ecocardiografía, insuficiencia congestiva, angina pectoris, encefalopatía cerebral, ictus renal y proteinuria. ⁽¹³⁾

Tratamiento no farmacológico:

Las primeras medidas deberán ser generales como reducir la ingesta de sal en la dieta en forma moderada, aumentar la actividad física, con ejercicio dinámico (caminata, natación, carrera, bicicleta, etc.; dieta de reducción si existe sobrepeso (los hipertensos obesos tienen mucho mayor frecuencia de complicaciones vasculares, cerebrales y cardíacas); evitar el tabaco y la ingesta de bebidas alcohólicas. Evitar el estrés disminución de la ingestión de grasas saturadas e ingestión de no saturadas. ⁽¹⁸⁾

Los fármacos que se emplean en el tratamiento se clasifican como: diuréticos, vasodilatadores, bloqueadores, adrenérgicos, antihipertensivos, medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso central, antialdosterónicos, bloqueadores

beta adrenérgicos, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina y antagonistas de la serotonina. La base de la terapia según Goldberg (1977) son los diuréticos. Las dietas hiposódicas estrictas dejaron de emplearse, como la dieta asodica de arroz, propuesta en 1944 por Kempner. Los diuréticos pueden ser el único medicamento necesario, o pueden asociarse a otros fármacos cuyos efectos potencian. ⁽²¹⁾

Tratamientos antihipertensivos

-Diuréticos Tiazidas y similares. Siguen siendo los diuréticos más ampliamente usados. El mecanismo antihipertensivo aunque no ha sido totalmente aclarado, se atribuye a: 1). Depleción de volumen, 2). Disminución de la sensibilidad de las paredes arteriolas a estímulos adrenérgicos, 3). Dilatación arteriolar directa. ⁽¹⁸⁾

Los medicamentos diuréticos son: tiazidas, clortalidona, espirinolactona.

La medicación diurética ha sido utilizada en el tratamiento de la hipertensión arterial por largo tiempo. Se han propuesto diversos mecanismos mediante los cuales los diuréticos actúan como anhipertensivos: ⁽¹⁸⁾

1. En la hipertensión esencial que cursa con disminución de la renina plasmática (dependiente del volumen), la administración de diuréticos normalizan las cifras de presión arterial, al promover la excreción renal de Na⁺ y H₂O con la consiguiente disminución del volumen extracelular.

2. Se ha demostrado que la administración crónica de tiazidas pueden disminuir la respuesta vasoconstrictora periférica a la noradrenalina por disminución de la reactividad vascular a los efectos presores, debido a la depleción de sodio de la pared vascular. ⁽¹⁸⁾

Betabloqueadores adrenérgicos son: propanolol, metoprolol, atenolol.

El bloqueo de los receptores betadrenergicos a nivel del corazón produce disminución de la frecuencia cardiaca y de la contractibilidad; ello se traduce en disminución del gasto cardiaco. Por otro lado, a nivel periférico, el bloqueo beta libera a los receptores alfadrenergicos que ejercen su acción vasoconstrictora, por

lo que el resultado final es una discreta elevación de las resistencias periféricas. Sin embargo, estos fármacos disminuyen la reactividad vascular a través de un efecto inhibitor de la secreción de renina. ⁽¹⁸⁾

Bloqueadores de calcio son: verapamil, diltiazem, nifedipina, amlodipina, felodipina, nicardipina.

Estos medicamentos inhiben el transporte de calcio iónico a través de la membrana celular y de esta forma bloquean el mecanismo excitación-contracción del músculo liso de los vasos sanguíneos; este efecto promueve una vasodilatación significativa de las resistencias periféricas y, por lo tanto, de la presión arterial. A diferencia de los vasodilatadores de acción directa, el **verapamil** y el **diltiazem** no causan secreción adrenérgica secundaria ni aumentan tampoco la secreción de renina plasmática. En conclusión tienen una adecuada acción antihipertensiva que puede ser efectiva, cuando se administran como medicación única, o bien, en caso de hipertensión de más difícil control pueden asociarse con diuréticos. Dado que estos medicamentos (especialmente el verapamil y el diltiazem) pueden actuar tanto en el cronotropismo sinusal como en la conducción AV, deben usarse con cautela cuando se asocian con betabloqueadores. ⁽¹⁸⁾

Estos fármacos se han encontrado especialmente útiles en la hipertensión de predominio sistólico que presentan los ancianos como medicación única o asociados a diuréticos. Finalmente, hay contraindicación para usarlos en pacientes con insuficiencia cardíaca por la depresión del estado contráctil miocárdico que producen.

La **nifedipina** produce vasodilatación en algunos individuos, probablemente más susceptibles que otros y en consecuencia se presenta intenso cefalea, asimismo baja la presión arterial. Los efectos favorables de todos estos vasodilatadores es que mejoran el gasto cardíaco y reducen ligeramente la frecuencia cardíaca. ⁽⁴⁾

-Los **Bloqueadores de los canales de calcio** son vasodilatadores que dan excelente resultado para reducir las resistencias vasculares periféricas. Son la

nifedipina, verapamil, diltiacem, amilodipina, nitrendipina, isradipina. El verapamil es además un excelente antiarrítmico.

Bloqueadores enzima conversora son: captopril, Enalapril, Lisinopril, Fosenopril.

Estos fármacos son inhibidores específicos competitivos de la enzima convertidora de angiotensina I hacia angiotensina II. Este bloqueo en la formación de la segunda enzima trae como consecuencia la cancelación de su potente efecto vasoconstrictor por un lado, y de la secreción de aldosterona por el otro.

Por otro lado, los inhibidores de la ECA bloquean la degradación de bradiquinina y la acumulación de ésta en el medio interno incrementa la síntesis de prostaglandinas vasodilatadoras, (PGL2 Y PGE2), efecto que también tiene una acción antihipertensiva importante la administración de ellos es la disminución de las resistencias periféricas, de la excreción de potasio plasmático y elevación de la concentración de renina por bloqueo al mecanismo de retroalimentación. Por lo tanto estos medicamentos son eficaces en la hipertensión, especialmente en la hipertensión hiperreninémica. El **captopril** se puede utilizar a dosis de 50 a 150 al día, dividido en tres tomas (una cada 8 horas); el **enalapril** puede utilizarse a dosis de 5 a 40 mg cada 12 horas, y el **lisinopril** a dosis de 10 a 40 mg cada 24 horas, el fosenopril a 10 mg cada 12 o 24 horas, el **quinapril** de 10 a 20 mg cada 12 horas y el ramipril de 5 a 10 mg cada 12 o 24 horas. ⁽¹⁸⁾

El **fosenopril** es especialmente útil en pacientes con insuficiencia renal ya que la eliminación principal del fármaco se lleva a cabo a través del hígado. Estos fármacos pueden encontrarse asociados a tiazidas, lo cual les confiere mayor efectividad como medicación antihipertensiva. En la hipertensión grave pueden utilizarse en conjunto con betabloqueadores, diuréticos y vasodilatadores, mientras que las mezclas de inhibidores de la enzima conversora con diuréticos son especialmente útiles como medicación única en hipertensión hiporreninémica cuando no se logra el control adecuado de estos pacientes solo con diuréticos.

(18)

Los vasodilatadores son: hidralacina, minoxidil, diasoxido.

Produce relajación directa de la capa muscular de las arteriolas lo cual condiciona vasodilatación y disminución de las resistencias periféricas con la consiguiente caída de la presión diastólica. Este efecto produce secundariamente estimulación simpático (taquicardia, aumento de la contractibilidad del corazón), por lo que aumente el gasto cardiaco y se estimula la secreción de renina plasmática, ello produce una fase de “reajuste” hemodinámica que culmina en el desarrollo de “tolerancia” del organismo hacia efecto antihipertensivo de estos fármacos, además producen aumento del consumo de oxígeno miocárdico por lo que es inconveniente su utilización en pacientes con insuficiencia coronaria. Por esta razón, su utilización como fármaco único en el tratamiento de la hipertensión arterial. Su acción vasodilatadora puede ser aprovechada cuando se cancela su efecto adrenérgico mediante la adicción de medicamentos betabloqueadores; asimismo, se potenciara el efecto anhipertensivo de ambos fármacos. El vasodilatador más utilizado es la **hidralazina**, que se usa a dosis de 30 a 150 mg en 24 horas dividido en tres tomas. Conviene iniciar con la dosis menor (10 mg cada 8 horas) y dependiendo de la respuesta se podrá incrementar paulatinamente la dosis (50 mg en 24 horas, 50 mg cada 12 horas y 50 mg cada 8 horas); se debe recordar que el 10 al 20% de los casos pueden presentar un síndrome de lupus eritomatoso sistémico, cuando la dosis de este fármaco sobrepasa los 400 mg al día. ⁽¹⁸⁾

VI.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

6.1. Valoración con el referente teórico de Dorotea Elizabeth Orem

Nombre: B.M.G

FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS:

Sexo: Femenina

Edad: 56 años

Edo. Civil: Casada

Religión: Católica

Escolaridad: Segundo año de la primaria
comerciante

Ocupación: Ama de casa y

Familia Nuclear: Madre de cuatro hijos.

Persona que constituye el principal apoyo para el paciente: Su esposo y sus hijos.

Dependencia Económica: De ella de su esposo y de sus hijos

Condiciones del hogar: Regular

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES:

a. Mantenimiento del aporte de aire suficiente.

FC: 83 x' **T/A:** 140/90 mmHg, **FR:** 21 x' **SPO2** % **TEMP.** 37°C.

b. Mantenimiento de un aporte de agua suficiente.

1000ml-1500ml mas 500 ml de de refresco u otros líquidos

c. Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente.

Peso: 86kg. **Talla:** 1.56 mts. **IMC:** 33.59 **Niveles de Glucosa**

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

Evacua dos veces al día, heces color café.

Micciona cinco veces al día de color ámbar sin presentar molestias.

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

En su tiempo libre se dedica a ver la televisión y ocasionalmente le gusta andar en la bicicleta de 10 a 20 minutos.

Duerme de seis a ocho horas se levanta descansada

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

Refiere tener buena relación con la familia

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

-Está orientada sobre los beneficios de sus tratamientos.

-Acude a consultas cada mes.

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.

-Sigue con su tratamiento y refiere tener modificaciones en su dieta

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO:

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

Etapas de desarrollo:

Rol (es): Madre de cuatro hijos

Salud Sexual:

No asistió a ninguna plática sobre la sexualidad. Y prácticas sexuales solo con su esposo

Historia Gineco- obstétrica:

Menarca a los 13 años, vida sexual a partir de los 17

Años, no utilizo ningún método de planificación familiar, inició la menopausia a partir de los 45 años.

REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD:

6.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

DATOS SIGNIFICATIVOS (evidencia)	ANALISIS DEDUCTIVO (dominio, clase involucrados)	PROBLEMA (etiqueta diagnostica NANDA II) P	FACTOR RELACIONADO (etiología) E	CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (signos y síntomas) S
Pesa 86kg. Talla: 1.60 metros IMC: 33.59 lo cual la lleva a primer grado de obesidad.	Dominio. 2 nutrición Clase. 1 ingestión Requisito de Atocuidado. Universal. (3)	Código: 00001 Deterioro nutricional: ingesta superior a las necesidades. Pág. 76	Aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas	Factores psicológicos Derivados del pesa 86kg. talla: 1.60 metros IMC: 33.59 lo cual lo lleva a 1° de obesidad
En su tiempo libre se dedica a ver la televisión y ocasionalmente le gusta andar en la bicicleta de 10 a 20 minutos.	D. 4: actividad y reposo c. 2 actividad y ejercicio. Requisito de Autocuidado: Universal (4, 5)	Código: 00097 Déficit de actividades recreativas Pág. 120	Entorno retrospectivo de actividades recreativas	Afirmaciones del paciente de que se aburre (desea tener algo que hacer) No le interesa hacer ejercicio.
La usuaria se encuentra preocupada, ansiosa, angustiada por su padecimiento, tiene miedo de morir.	D. 9: afrontamiento al estrés. C. 2: respuestas de afrontamiento Requisito de Autocuidado Universal (5)	Código: 00146 Ansiedad Pág. 251	Amenaza de muerte (tiene miedo a morir)	Expresión de preocupaciones debidas a acontecimientos vitales, preocupada, ansiosa, angustiada.
T/A: 140/90 FR: 21X' FC: 83 x' Tem. 37°	D. 4: actividad/reposo C. 4: respuesta cardiovascular/pulmonar. Requisito de Autocuidado Universal (1)	Código 00029 Disminución del gasto cardiaco Pág. 134	Alteración del volumen de eyección	Variaciones en la lectura de la presión arterial

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

DATOS SIGNIFICATIVOS (evidencia)	ANALISIS DEDUCTIVO (dominio, clase involucrados)	PROBLEMA (etiqueta diagnostica NANDA II) P	FACTOR RELACIONADO (etiología) E	CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (signos y síntomas) S
En su tiempo libre se dedica a ver la televisión y ocasionalmente le gusta andar en la bicicleta de 10 a 20 min. (no tiene interés)	D. 4: actividad /reposo C. 2: actividad/ejercicio Requisito de Autocuidado Universal.(5)	Código:00168 Sedentarismo Pág. 130	Conocimiento deficiente sobre los beneficios del ejercicio físico para la salud.	Elige una rutina con falta de ejercicio físico (no tiene interés)
Acude a consultas cada mes, está orientada sobre los beneficios de sus tratamientos tiene seguimiento su tratamiento	D. 4: actividad/reposo C. 5: autocuidado Requisito de Autocuidado Universal (5)	Código: 00182 Disposición para mejorar el autocuidado. Pág. 150		Expresa deseos de aumentar el conocimiento de estrategias para el autocuidado acude a consultas cada mes, seguimiento con sus tratamiento.
Acude a consultas cada mes, está orientada sobre los beneficios de sus tratamientos tiene seguimiento su tratamiento.	D.1: promoción de la salud. C. 2: gestión de la salud Requisito Autocuidado Universal. (7)	Código: 00162 Disposición para mejorar la gestión de la propia salud Pág. 62		Manifiesta deseos de manejar el tratamiento de la enfermedad (acude a consultas cada mes, tiene seguimiento de su tratamiento)

DIAGNOSTICO

Dominio: 2 nutrición

Clase: 1 ingestión

Requisito de autocuidado: Mantenimiento de un aporte de aire, agua y alimentos suficiente.

Diagnóstico de enfermería 1

Agente de autocuidado: Alimentación balanceada de acuerdo a su peso estatura y actividad, consistente en incrementar el consumo de verduras y frutas y disminuyendo el exceso de carbohidratos y grasas de origen animal.

Movimiento físico y ejercicio regular basado en caminata diaria durante 20 o 30 minutos, andar en bicicleta 20 minutos, o formar parte de algún grupos aeróbicos al aire libre y ejercicios de relajación durante 10 minutos.

Demanda de autocuidado: Actualmente es una persona que puede valerse por sí misma, la práctica del ejercicio contribuye a tener mantener una mejor salud mental, al interactuar con otras personas, pero debe prevenir riesgos que conlleven a algún tipo de fracturas, o discapacidad.

Sistema de enfermería: El sistema de apoyo educativo

Diagnostico NANDA: Deterioro nutricional: ingesta superior a las necesidades relacionado con aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas manifestado por factores psicológicos (Pesa 86kg. Talla: 1.60 metros IMC: 33.59 lo cual lo lleva a I° de obesidad) Pág. 76

Objetivo: La usuaria logrará disminuir su peso evidenciado por un peso dentro de los parámetros normales.

6.3. PLAN DE INTERVENCION

Intervención de enfermería NIC	Acciones de enfermería NIC	Fundamento científico	Ejecución
*Ayuda para disminuir el peso.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pesar al paciente semanalmente. 2. Determinar los esquemas de alimentación actuales haciendo que el paciente lleve un diario de lo que come, cuando y donde. 3. Ayudar a ajustar las dietas al estilo de vida y nivel de actividad. 4. Planificar un programa de ejercicios, teniendo en cuenta las limitaciones del paciente. 5. Desarrollar un plan de comidas diarias con una dieta equilibrada, disminución de calorías y de grasas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es la serie de maniobras para cuantificar la cantidad en gramos de masa corporal. 2. La ingestión de alimentos básicos (leche y derivados, carnes, verduras, frutas y cereales) fisiológico, favorece una buena nutrición. 3. De tres a seis comidas caseras al día, hora adecuado y atmosfera de calma en las comidas. 4. Una dieta equilibrada comprende alimentos a elección que proporcionen cantidades suficientes de proteínas, carbohidratos, grasa, vitaminas y minerales. 5. Verificar que el método de preparación y administración de la dieta para comprobar que sea atractivo y agradable. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Por medio de diálogos se le mencionó los kilos que tiene que perder se le comentó las ventajas que ella tendría al perder los kilos de más. 2. La paciente se pesó con una báscula semanalmente y se llevó un registro de la misma. 3. Se elaboró esquemas en un rotafolio sobre tipos de alimentos equilibradas bajo en calorías y grasas, se le explicó la paciente, y se le interrogó sobre los alimentos que consume, cuando y en donde. 4. Se le estableció un programa de ejercicio diferente tres veces a la semana con una duración de dos horas. 5. Preguntarle qué actividades realiza durante el día, en base a eso se le estableció la dieta, la cual fue agradable y llamativo.

Intervención de enfermería NIC	Acciones de enfermería NIC	Fundamento científico	Ejecución
*Asesoramiento nutricional.	<p>1. Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar.</p> <p>2. Proporcionar información, si es necesario, acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud: pérdida de peso.</p> <p>3. Determinar el conocimiento por parte del paciente de los cuatro grupos alimenticios básicos, así como la percepción de la necesaria modificación de la dieta.</p> <p>4. Ayudar al paciente a registrar lo que come normalmente en un periodo de 24 horas.</p>	<p>1. La atención integral efectiva al paciente, requiere de análisis e interpretación de datos nutricionales observados.</p> <p>2. La educación nutricional depende de la disponibilidad de alimentos, su utilización y de la técnicas culinarias.</p> <p>3. Proporcionar información sobre la ingestión de alimentos básicos (leche y derivados, carnes, verduras, frutas y cereales), en cantidades suficiente de acuerdo al peso, sexo, edad, talla, actividad y estado fisiológico, favorece una buena nutrición</p> <p>4. Las costumbres locales, religiosas o familiares y la situación económica influyen en la aceptación o rechazo hacia algunos alimentos.</p>	<p>1. Por medio de pláticas se le explicó sobre los bienes que ella obtiene al modificar sus hábitos alimenticios.</p> <p>2. de igual manera se realizaron demostraciones para las preparaciones de alimentos.</p> <p>3.4. Se interrogó se le preguntó si tiene conocimiento sobre los grupos de alimentos, además se le enseñó sobre los cuatro grupos alimenticios (carbohidratos, carnes, lácteos, grasas frutas y verduras, se elaborò esquemas sobre la mismas en un rofáfolio y se le explicó que debe y que no debe consumir, y pedir a la paciente que mencione que consume en las 24 horas, así analizar y modificarlas, esta actividad se realizò en un lugar adecuado y seguro.</p>

Intervención de enfermería NIC	Acciones de enfermería NIC	Fundamento científico	Ejecución	Evaluación
*Manejo del peso.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analizar los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso. 2. Motivar al paciente para cambiar los hábitos en la alimentación. 3. Explicar la importancia del peso corporal ideal de la paciente. 4. Establecer el porcentaje de grasa corporal ideal del paciente. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. al mantener un peso de acuerdo a la edad y estatura permite mantener una vida sana. 2. Un ambiente emotivo y socialmente positivo favorece la nutrición. 3. favorece una mejor calidad de vida. 4. Los nutrimentos o principios energéticos tienen función energética, reguladora y plástica, según su naturaleza química. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. En un lugar apropiado y por medio de diálogos se le mencionó sobre los riesgos que está expuesta al presentar un sobrepeso. 2. Se elaboró esquemas de bocadillos en un rotafolio la cual fue atractivo, llamativo para motivar la paciente se le mencionó las formas de preparar. 3. Se pesó la paciente en la báscula, se le comentó la importancia de tener su peso dentro de los parámetros normales. 4. Junto con la paciente se sacó su IMC. Y así establecer el peso que ella debe tener y explicarle el porqué. 	<p>Si se el logró el objetivo establecido, la persona logró bajar de peso por medio de los ejercicios y los diferentes actividades que se le estableció.</p>

DIAGNOSTICO

Dominio: 4 actividad y reposo.

Clase: 2 actividad y ejercicio.

Requisito de autocuidado: (4). El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.

(5)La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

Diagnóstico de enfermería 2

Agente de autocuidado: Aumentar el nivel de actividad física, realizar un programa de diferentes ejercicios, incluyendo el calentamiento, se le enseña técnicas de respiración para obtener mayor condición y así poder realizar los ejercicios físicos de manera óptima los cuales ayudan a obtener un peso dentro de los parámetros normales y una vida saludable.

Demanda de autocuidado: Es una persona que se acepta tal como es, se le proporciona información acerca de las ventajas de los ejercicios para la salud y tratar de limitar posibles lesiones que pudieran ocurrir durante la práctica del ejercicio.

Sistema de enfermería: El sistema de apoyo educativo

Código: 00097.

Diagnostico de enfermería. NANDA: Déficit de actividades recreativas relacionado con entorno desprovisto de actividades recreativas manifestado por afirmaciones de que se aburre (no le interesa hacer ejercicio). Pág. 120.

Objetivo: La paciente se integrará a la actividad física evidenciado por su participación en las actividades recreativas.

Intervención de enfermería NIC	Acciones de enfermería NIC	Fundamento científico	Ejecución	Evaluación
*Fomento de ejercicio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informar al paciente acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio. 2. Ayudar al paciente a preparar y registrar en un grafico/ hoja los progresos para motivar la adhesión al programa de ejercicios. 3. Instruir al paciente en los ejercicios de precalentamiento y relajación adecuado. 4. Preparar al paciente en técnicas para evitar lesiones durante el ejercicio. 5. Enseñar al paciente técnica de respiración adecuadas para maximizar la absorción de oxígeno durante el ejercicio físico. 6. Ayudar al paciente a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades. 7. Ayudar al paciente a integrar el programa de ejercicios semanalmente. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Son efectos benéficos inducidos por el ejercicio, el incremento de la capacidad funcional, disminución de manifestaciones clínicas por reposo prolongado, mejoramiento de signos vitales, de la distribución circulatoria periférica y de retorno venoso, incremento del tono muscular y mejoramiento de los elementos sanguíneos a nivel bioquímica. 2. El conocimiento de efectos fisiológicos, frecuencia y duración de los ejercicios son elementos a considerar en un programa de ejercicios, el cual se basa en las necesidades del paciente. 3. La información permite al cliente estar atento y puede servirle de motivación para el aprendizaje. Las personas tienden a aprender nuevas habilidades cuando pueden obtener beneficios. 4. Una posición correcta permite la realización óptima del procedimiento. 5. Revela un potencial máximo de expansión del tórax, así como la capacidad de toser forzosamente; sirve como referencia para medir la capacidad de realización de los ejercicios. 6. La valoración en relación con actividades de la vida diaria, ayuda a comprender el tipo de ayuda requerida por el paciente. 7. El conocimiento sobre actividades de la vida diaria permite valorar su estilo de vida y factores de riesgo de problemas potenciales o reales de salud. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Por medio de pláticas se le informó la paciente sobre las ventajas que le favorece en adelante al realizar los ejercicios. 2. Se estableció un rol o programa de ejercicios la cual se estuvo realizando durante la semana. 3. En el área deportiva a la paciente se le enseñó sobre los precalentamientos (movimientos de los brazos, piernas etc.). antes de realizar el ejercicio para prevenir lesiones. 4. Se le proporcionó ciertas reglas de pre y calentamiento para evitar lesiones. 5. La paciente se enseñó técnicas de respiración para obtener más condición. 6. 7. Se motivó a la paciente a realizar los ejercicios, y se le explicó los beneficios que ella obtiene al cumplir ya sea a corto y largo plazo. 8. se le pidió a la paciente realizar ciertos ejercicios durante la semana para bajar de peso, (movimientos de las extremidades superiores e inferiores, caminar, correr, andar en bicicleta). 	<p>Si se logró el objetivo planeado, la persona fue muy participativa, demostró mucha interés en realizar las diferentes actividades que se le mencionó que para su mejoría.</p>

DIAGNOSTICO

Dominio: 9 afrontamientos al estrés.

Clase: 2 respuestas de afrontamiento.

Requisito de autocuidado: La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

Diagnóstico de enfermería 3

Agente de autocuidado: Dentro de su hogar escuchar a la paciente sobre sus manifestaciones de estrés, o inquietudes, esto favorece la comunicación y el apoyo emocional, entablando pláticas para establecer un ambiente de confianza que pueda expresar, comparte sus sentimientos y tranquilizarla para disminuir el estrés sugiriendo que realice actividades manuales para momentos de distracción.

Demanda de autocuidado: Es una persona que se presta para escucharla, comparte sus sentimientos, de esta forma se le brinda apoyo para disminuir su estrés y se asiste para actividades como las manualidades, que le sirve como un momento de distracción.

Sistema de enfermería: El sistema de apoyo educativo

Código. 00146

Diagnostico de enfermería. NANDA: Ansiedad relacionado con el estado de salud manifestado por expresión de preocupaciones debidas en acontecimientos vitales, se encuentra preocupada, ansiosa, angustiada). Pág. 251

Objetivo: La usuaria disminuirá la ansiedad evidenciado mediante la orientación sobre su padecimiento.

Intervención de enfermería NIC	Acciones de enfermería NIC	Fundamento científico	Ejecución
*Disminución de la ansiedad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. 2. Proporcionar información objetiva respecto del diagnostico, tratamiento y pronostico. 3. Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. 4. Crear un ambiente que facilite la confianza. 5. Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. 6. Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones. 7. Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La capacidad de escuchar en la interacción durante el examen clínico es aspecto importante para la efectividad y éxito del proceso de comunicación. 2. El uso de términos médicos disminuyen la efectividad de la comunicación. Usar términos simples y frases cortas facilita la comprensión y minimiza la ansiedad. 3. Un acercamiento profesional ofrece la sensación de ser considerado como persona, facilitando la confianza. 4. Un ambiente terapéutico precisa de recursos humanos o físicos adecuados a cada situación. La confianza es un primer paso esencial en la relación terapéutico. 5. La toma de decisiones requiere conocimientos, experiencias y practica. El análisis abierto, facilita la identificación de factores causales y favorecedores. 6. La asistencia de esta paciente exigirá un enfoque multidisciplinario. Cada miembro aporta la experiencia que posee en su propio campo. 7. describir que experimentó la persona inmediatamente antes de sentirse ansiosa, e identificar los sucesos asociados, permitirá al paciente evitar o reconocer su ansiedad, con el fin de iniciar la resolución del problema. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se le invitó a la paciente a sentarse de frente y comentar sus sentimientos. 2. Por medio del dialogo se le explicó a la paciente sobre su padecimiento, y se le mencionó la importancia de continuar con su tratamiento. 3,4,5. A medida que la paciente conoce su padecimiento manifestó mayor seguridad y confianza. 6. Se le estableció algunas actividades recreativas (manualidades). Para la distracción. 7. Se orientó a la paciente la importancia de mantenerse distraída para disminuir la ansiedad.

Intervención de enfermería NIC	Acciones de enfermería NIC	Fundamento científico	Ejecución
*Técnica de relajación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantener la calma de una manera deliberada. 2. Sentarse y hablar con el paciente. 3. Favorecer una respiración lenta, profunda, intencionadamente. 4. Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evitar el aumento del estrés 2. La capacidad de escuchar en la interacción durante el examen clínico es aspecto importante para la efectividad y éxito del proceso de comunicación. 3. La valoración de la respiración es el procedimiento que se realiza para conocer el estado respiratorio del organismo. 4. Describir que experimentó la persona inmediatamente antes de sentirse ansiosa, e identificar los sucesos asociados, permitirá al paciente evitar o reconocer su ansiedad, con el fin de iniciar la resolución del problema. 	<p>*Dentro del hogar de la paciente se le enseñó técnicas de respiración para mantener la calma, y se adquirió la confianza de compartir sus sentimientos, y disminuir el miedo.</p>

Intervención de enfermería NIC	Acciones de enfermería NIC	Fundamento científico	Ejecución	Evaluación
*Presencia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer una consideración de confianza positiva. 2. Escuchar las preocupaciones del paciente. 3. Permanecer con el paciente para fomentar seguridad y disminuir miedos. 4. Permanecer con el paciente y transmitirle sentimientos de seguridad y confianza durante los periodos de ansiedad. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La confianza es el primer paso esencial de la relación terapéutica. 2. La escucha eficaz es esencial en la relación entre el paciente y el profesional de enfermería. Los malos hábitos de escucha pueden minar la confianza y bloquear la comunicación terapéutica. 3. El temor disminuye cuando se confronta la realidad de una situación en un ambiente seguro. La conciencia de los factores que intensifican los temores facilita el control. 4. La expresión abierta de los sentimientos facilitan la identificación de emociones específicas como ira o impotencia, de las percepciones distorsionadas y de los temores no realistas. 	<p>*Se permaneció con la paciente fue escuchada la cual se obtuvo una buena comunicación y confianza de compartir sus sentimientos, preocupaciones, por medio de diálogos se le aportó ideas positivas para su mejoría.</p>	<p>Se logró el objetivo planeado, la usuaria tuvo confianza en expresar sus sentimientos, se le apoyó de una manera adecuada, disminuyó su ansiedad y ella manifestó sentirse tranquila.</p>

DIAGNOSTICO

Dominio: 4 actividad/ reposo

Clase: 4 respuestas cardiovascular/pulmonar.

Requisito de autocuidado: Mantenimiento de un aporte de aire, agua y alimentos suficiente.

Diagnóstico de enfermería 4

Agente de autocuidado: Valorar la capacidad con que cuenta la persona para su propia medicación, en cuanto a la dosis, hora correcta y explicarle sobre las posibles reacciones que puede presentar debido a la misma, orientarla sobre las ventajas que conllevan al seguimiento de su tratamiento, además de realizar ejercicios físicos para la obtención de un peso adecuado.

Demanda de autocuidado: Es una persona que tiene conocimiento de llevar su tratamiento correctamente y de igual manera en cuanto a los alimentos que ella puede consumir.

Sistema de enfermería: El sistema de apoyo educativo.

Código: 00029.

Diagnostico de enfermería. NANDA: Disminución del gasto cardiaco relacionado con alteración del volumen de eyección manifestado por variaciones en la lectura de la presión arterial T/A: 140/90. Pág. 134

Objetivo: La usuaria logrará obtener un gasto cardiaco adecuado evidenciado por mantener la cifra de la presión dentro de los parámetros normales.

Intervención de enfermería NIC	Acciones de enfermería NIC	Fundamento científico	Ejecución
*Manejo de la medicación.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica. 2. Comprobar la capacidad del paciente para automedicarse. 3. Vigilar la eficacia de la modalidad de administrar de la medicación. 4. Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. 5. Observar si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación. 6. Revisar periódicamente con el paciente y / o familia los tipos y dosis de medicamentos tomados. 7. Enseñar al paciente y /o familia el método de administración de los fármacos. 8. Explicar al paciente y /o familia la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La administración de fármacos en forma segura y eficiente con respecto a tipo, presentación, conservación, dosis, vida media, vía de administración, efectos, interacciones farmacológicas y otros, evitan o disminuyen reacciones adversas en el paciente. 2.3. El conocimiento sobre la interacción de los medicamentos permite, por un lado, aprovechar sus resultados terapéuticos, y por otro lado, evitar riesgos en los pacientes. 4. La observación sistemática y científica incrementa la calidad y atención de enfermería, las reacciones farmacológicas adversas incluyen sobredosis, intolerancia, efectos secundarios, idiosincrasia 5. La presencia de anafilaxia o choque anafiláctico requiere la suspensión inmediata del medicamento. 6. Determinar el grado de conocimiento obtenido por el cliente y la familia. 7. La orientación sobre los mecanismos primarios de defensa del organismo (mucosas, piel, respuesta inflamatoria y anticuerpos) disminuyen estados de ansiedad y temor. 8. Explicarles las manifestaciones clínicas de hipersensibilidad y choque anafiláctico: hipotermia, constricción bronquial, urticaria, diaforesis, hipertensión, disnea e incluso paro respiratorio. 	<p>1.2.3. Se tomó en cuenta la capacidad que tiene la paciente sobre su tratamiento en cuanto la dosis indicada y hora correcta.</p> <p>4-5 De igual manera se tomó en cuenta los efectos secundarios del medicamento, así mismo se le comentó a la paciente de las probables reacciones que puede presentar.</p> <p>6. Se vigiló la paciente continuamente en cuanto a su tratamiento.</p> <p>7-8. Por medio de pláticas se le explicó a la paciente y su familia sobre la forma de tomarse sus medicamentos y de las probables reacciones que pueda llegar a presentar.</p>

Intervención de enfermería NIC	Acciones de enfermería NIC	Fundamente científico	Ejecución	Evaluación
Administración de medicación.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verificar la receta o la orden de medicación antes de administrar el fármaco. 2. Observar la fecha de caducidad en el envase del fármaco. 3. Ayudar al paciente a tomar la medicación. 4. Registrar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente, de acuerdo con las guías de la institución. 5. Verificar todas las órdenes de medicación en cuestión con el personal de cuidados correspondiente. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La dosificación de medicamentos es función del personal médico. 2. La identificación del medicamento evita o disminuye errores de la administración de éstos. 3. La presentación, olor y sabor son factores que influyen en la aceptación o rechazo de los medicamentos. 4. El conocimiento sobre la interacción de los medicamentos permite, por un lado, aprovechar sus resultados terapéuticos, y por otro lado, evitar riesgos en los pacientes. 5. La comprensión y la aclaración del contenido de la prescripción médica disminuye o evita errores en la aplicación del medicamento. 	<p>A la usuaria por medio de pláticas se le explicó la forma correcta de tomarse sus medicamentos tomando en cuenta las ordenes indicados por el médico, como son la dosis, hora correcta, se le advirtió la importancia de tomar en cuenta la fecha de caducidad, ya que por lo contrario, puede darse algunos reacciones.</p>	<p>Si se logró el objetivo establecido ya que la usuaria se prestó para explicarle como se debe tomar sus medicamentos el cual la conlleva a mantener una presión dentro de las cifras normales.</p>

DIAGNOSTICO

Dominio: 4 actividad/reposos

Clase: 2 actividad/ejercicio

Requisito de autocuidado: La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

Diagnóstico de enfermería 5

Agente de autocuidado: Incrementar el nivel de actividad física, realizando diferentes ejercicios, en un área deportiva proporcionarle información sobre los bienes para la salud en cuanto al seguimiento de la actividad física.

Demanda de autocuidado: Es una persona que realiza los ejercicios que se le plantea explicándole la importancia que sobrelleva, la cual se le fue incrementando el tiempo de realizar los ejercicios.

Sistema de enfermería: El sistema de apoyo educativo

Código: 00168.

Diagnostico de enfermería. NANDA: Sedentarismo relacionado con conocimiento deficiente sobre los beneficios del ejercicio físico para la salud manifestado por elegir una rutina con falta de ejercicio físico (no tiene interés). Pág. 130

Objetivo: La usuaria se integrará a la actividad evidenciado por participar en las actividades físicas.

Intervención de enfermería NIC	Acciones de enfermería NIC	Fundamento científico	Ejecución	Evaluación
	<p>1. Motivar a la paciente a realizar actividad física.</p> <p>2. Realizará diferentes movimientos físicos, caminatas, ejercicio en bicicleta, integrarse a las clases de zumba.</p>	<p>La realización de las diferentes actividades físicas es fundamental para la salud, ya que previene diferentes enfermedades y en relación con una dieta equilibrada.</p>	<p>La persona se la invitó a integrarse a las actividades físicas y se le explicó sobre los beneficios que conlleva en cuanto la realización de los ejercicios físicos, el cual se impartió la información por medio de pláticas.</p>	<p>Se logró el objetivo establecido, la persona tuvo iniciativa en integrarse, y participar en las actividades que se le mencionó para la calidad de salud.</p>

DIAGNOSTICO

Dominio: actividad/reposo

Clase: 5 autocuidado

Requisito de autocuidado: La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

Diagnóstico de enfermería 6

Agente de autocuidado: Continuar con los cuidados de su salud, proporcionarle información sobre el seguimiento de su tratamiento para poder llevar el control de su padecimiento y modificarle la dieta.

Demanda de autocuidado: Es una persona que demuestra el interés para el mejoramiento de su salud, tiene conocimiento acerca de su padecimiento, y tiene iniciativa en cuanto a la modificación de su dieta diaria.

Sistema de enfermería: El sistema de apoyo educativo

Código: 00182.

Diagnostico de enfermería. NANDA: Disposición para mejorar el autocuidado manifestado por expresar deseos de aumentar el conocimiento de estrategias para el autocuidado, acude a consultas cada mes, seguimiento con su tratamiento. Pág. 150.

Objetivo: La usuaria continuara con la disposición para el mejoramiento de su autocuidado evidenciado por el seguimiento de su tratamiento.

Intervención de enfermería NIC	Acciones de enfermería NIC	Fundamento científico	Ejecución	Evaluación
	<ol style="list-style-type: none">1. La usuaria continuara con sus cuidados para un alto bienestar y beneficios de su salud.2. Continuará con el seguimiento de su tratamiento.3. La persona continuará aplicando sus conocimientos en cuanto a la modificación de su dieta.4. La persona continuara llevando una alimentación balanceada para su mejoría.	<p>Es sumamente importante seguir a pie de la letra el seguimiento de su tratamiento, de llevar una alimentación equilibrada hiposodica, realización de ejercicio, actividades de manuales, participación en grupos de autocuidado, disminución de la ansiedad y estrés, para el control de su padecimiento.</p>	<p>Mediante las visitas domiciliarias se le reforzaron sus conocimientos sobre los cuidados que debe seguir para el mejoramiento de su salud, como por ejemplo la modificación y la práctica de ejercicios se llevó a cabo por medio de pláticas con la persona y su familia.</p>	<p>Se logro el objetivo, la persona continua demostrando interés para el control de su presión arterial.</p>

DIAGNOSTICO

Dominio: 1 promoción de la salud.

Clase: 2 gestión de la salud.

Requisito de autocuidado universal: (7)

Diagnóstico de enfermería 7

Agente de autocuidado: La persona se le reforzará sus conocimientos que tiene en cuanto a los cuidados de su salud, se le explicará la importancia en cuanto a la modificación de su dieta, dependiendo a las actividades que ella realiza durante el día e incrementar la práctica de ejercicios.

Demanda de autocuidado: La persona cuenta con los conocimientos para su propio cuidado, de igual manera sobre la toma de sus medicamentos para el control de su padecimiento.

Sistema de enfermería: El sistema de apoyo educativo

Código: 00162.

Diagnostico de enfermería. NANDA: Disposición para mejorar la gestión de la propia salud manifestado por presentar deseos de manejar el tratamiento de la enfermedad (acude a consultas cada mes, tiene seguimiento de su tratamiento).
Pág. 62

Objetivo: La usuaria seguirá una disposición adecuada para el mejoramiento de su propia salud evidenciado por interés de llevar el control de su padecimiento asistir a sus consultas y el seguimiento de su tratamiento.

Intervención de enfermería	Acciones de enfermería	Fundamento científico	Ejecución	Evaluación
* Mantenimiento para el autocuidado	<ol style="list-style-type: none">1. La usuaria continuará aplicando sus conocimientos para los cuidados de su salud.2. La usuaria seguirá con sus consultas y valoraciones de la presión arterial constantemente.3. Continuará con su tratamiento, dosis, vía la hora correctamente prescrita.4. La usuaria mantendrá como parte de su estilo de vida el baño diario y cambio de ropa.	<ol style="list-style-type: none">1.2.3. El seguimiento de su tratamiento, y la valoración de su presión arterial de su son muy importantes para llevar el control del padecimiento.4. El baño diario permite la higiene corporal, mantiene el bienestar y la responsabilidad en el autocuidado.	<ol style="list-style-type: none">1.2.3. Por medio de diálogos se le mencionó acerca de las ventajas que conlleva en cuanto los autocuidados de salud, como es la toma de su medicamento la dosis correcta y hora correcta para un máximo bienestar.Se continúa con un estilo de vida fomentando la promoción de la salud con la higiene personal.	<ol style="list-style-type: none">1.2.3. Se logró el objetivo establecido, la usuaria continua aplicando sus conocimientos para los cuidados de su propia salud.4. El objetivo fue logrado con el mantenimiento de promoción para la salud.

VII. CONCLUSIONES

La elaboración de este trabajo, reviste una gran importancia, porque permitió reforzar los conocimientos sobre el desarrollo del proceso enfermero, profundizar el conocimiento acerca de la enfermedad crónica de la hipertensión arterial de la paciente y se convirtió en una experiencia enriquecedora porque se tuvo la oportunidad de brindarle los cuidados necesarios a la persona que los requirió, en el lugar y tiempo precisos, de esta manera ella se percató que por medio de la comunicación, demostración, aprendizaje y valoración paulatinamente se logró la mejoría anhelada así como mantener la comprensión, el apoyo y la participación en la unidad de la familia.

La teoría de Dorothea E. Orem, permitió establecer la base teórica para el avance del proceso enfermero en la persona seleccionada y para su aplicación al considerar que el autocuidado es la práctica de las actividades que las personas, llevan a cabo como parte de la vida cotidiana, con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, extendiendo el desarrollo personal y el bienestar. El autocuidado es una necesidad que genera toda la acción que el ser humano realiza mediante sus valores, creencias, culturas, entre otros, con el propósito de mantener la vida, la salud y el bienestar como acciones deliberadas que requieren de aprendizaje.

Bajo la misma fundamentación, y con los elementos del proceso enfermero se valoró a la paciente según sus necesidades, estableciéndose los diagnósticos de enfermería conforme al patrón alterado, posteriormente se plantearon las intervenciones las cuales se trabajaron hasta lograr los objetivos planeados de cada uno de los diagnósticos, obteniéndose así un gran avance en la salud de la paciente.

La evaluación alcanzada, se generó a partir de la colaboración de la paciente en las diferentes actividades propuestas especialmente encausadas al logro del beneficio integral de su salud y por la aceptación voluntaria dirigida al enriquecimiento en su estilo y calidad de vida.

El proceso enfermero como una metodología de investigación, puede ser aplicada por el personal de enfermería en cualquier nivel de atención, y que permite incrementar el conocimiento, resolver necesidades y se puede aplicar en todo tipo de pacientes sanos o enfermos para su mejoramiento, modificación en su estilo de vida y la obtención de una mejor calidad de la misma.

VIII.SUGERENCIAS

El personal de enfermería debe realizar cursos, talleres dentro de las unidades de salud en coordinación con la facultad de enfermería para la actualización y aplicación del proceso de enfermería.

Orientaciones personales en los casos que se requieran, mediante visitas domiciliarias programadas de las instituciones de salud con el fin de identificar y disminuir los factores que conlleva la hipertensión arterial, sus principales manifestaciones, complicaciones y consecuencias, mediante acciones de promoción de la salud, medidas preventivas y el autocuidado para la su salud.

Difundir dentro de la sociedad los beneficios de un estilo de vida saludable que conlleva al tener una dieta equilibrada, la realización del ejercicio, la disminución del estrés, la importancia de mantener un peso dentro de los parámetros normales y la realización de las actividades cotidianas.

Que a los alumnos de la Facultad de Enfermería se les continúe enseñando la metodología de la elaboración de un caso clínico y posteriormente el desarrollo del proceso enfermero, que les otorgue las herramientas necesarias de aprendizaje en cada paso del mismo, unificando los criterios para su ejecución.

IX.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rodríguez, S. B.A. (2000). *Proceso enfermero aplicación actual* (2ª. Ed.) Guadalajara Jalisco México: Cuéllar
2. Marriner Tomey, A. y Raile Alligood, M. (2003). *Teorías y modelos en enfermería*. (5ª. ed.). Mossby.
3. Kaplan, M.N. (1980). *Hipertensión clínica* (1ª. Ed.) México D.F: Manual moderno S.A.
4. Jespino, V. (1983). *Introducción a la cardiología* (10ª. Ed.). México D.F.
5. Eugene, B., Douglas P. Zipes. y Peter, L. (2004) *Braunwald's Cardiología, el libro de medicina cardiovascular*. Edit. Marbán.
6. B.W.,D. y Beverly, W. (1986) *Tratado de enfermería practico* (4ª. Ed.) México D.F: Interamericana.
7. Long Phipps, C. (1998). *Enfermería médico quirúrgica, un enfoque del proceso de enfermería*. (3ª. Ed.) Harcourt Brace: McMXCiLL by Mosby.
8. Iyer, P.W., Taptich B.J., y Bernocchi D. L. (1997) *Proceso y diagnostico de enfermería* (3ª Ed.) México: McGraw-Hill Interamericana.
9. Griffith, J. W. Y Christensen, P. J. (1993) *Proceso de atención de enfermería aplicación de teorías, guías y modelos* (1ª. Ed.) México D.F: Manual Moderno. A. S de C.V.
10. Proceso de enfermería-wikipedia, la enciclopedia libre. (). Disponible 11 de diciembre del 2010 de <http://es.Wikipedia.org/wiki/proceso-de-enfermo>.
11. *Dorothea Orem – wikipedia, la enciclopedia libre*. (). Disponible 11 de diciembre del 2010 de [http://.Wikipedia.Org/wiki/Dorothea – Orem](http://.Wikipedia.Org/wiki/Dorothea-Orem).
12. *Enfermería –Wikipedia, la enciclopedia* (). Disponible 15 de diciembre del 2010 de <http://es.Wikipedia.Org/wiki/enfermeria>.
13. *Wikipedia. Org/salud/factores de riesgo asociado, crisis hipertensiva* () disponible 20 de diciembre de 2010 de <http://wikipedia>
14. [http://www.reportedigital.com.mx/noticias/ estado/ Morelia Mich](http://www.reportedigital.com.mx/noticias/estado/MoreliaMich).

15. Hearther Herdman, T. Y PhD, RN. (2009-2011) *Nanda Internacional Diagnosticos Enfermeros: definiciones y clasificaciones*. España: Elsevier
16. Eugene D. P. (2003) *fisiología dinámica*. (1. Ed.) España Barcelona. Edit. Masson, S.A. impresión: aleo, S.A. Zamora 45.
17. Barrón J. V. (2006) *tratado de cardiología* (1. Ed.) Copyright México. Edit. Intersistemas.
18. Guadalajara Boo, J.F. (2007) *cardiología* (5ª. Ed.) México.
19. Bayes de L, A. (2003) *cardiología clínica* (1. Ed.) México D.F. Edit. Masson S.A.
20. Farreras Valenti, P. (2006) *medicina interna* (4ª. Ed.) España: Elsevier
21. Uribe, E. M. (1988) *Medicina interna*. (1ª. Ed.) edit. Medica panamericana. Bogotá, buenos aires, caracas Madrid Santiago de chile.

X. BIBLIOGRAFIA

1. Carpenter, P. A. (1991). *Cecil compendio de medicina interna* (2ª. Ed.) México: Interamericana-McGraw-Hill.
2. Kelley, W. N. (1990). *Medicina interna* (1ª. Ed.) San kose. Bueno aires: Panamericana.
3. Gilman, G. A. (2001). *Las bases farmacológicas de la terapéutica*. (10ª. Ed.) Buenos aires, argentina: McGraw Hill.
4. Douglas P. E. B., libby M. Z. P. (2004) *Cardiología “el libro” de medicina cardiovascular* (1ª. Ed.) España de Heard disease.
5. Andreoli. Carpenter. Plum. SMTH. (1991) *Compendio de medicina interna*. (2ª. Ed.) México: Interamericana-McGraw-Hill.
6. Goodman, H. J. y G.G.A. (2001) *Las bases farmacológicas*. (10ª. Ed.) Buenos Aires Argentina: MC. Graw Hill.

XI.GLOSARIO DE TERMINOS

Catecolaminas: sustancia perteneciente a un grupo de compuesto simpaticomimético que poseen una molécula catecol y la porción alifática de una amina. Algunas catecolaminas son producidas de forma natural por el cuerpo y actúa como neurotransmisores. Las catecolaminas también se sintetizan para ser utilizadas como fármacos para el tratamiento de diversos trastornos como la anafilaxia, asma, la insuficiencia cardiaca y la hipertensión. Algunas catecolaminas endógenas importantes son la dopamina la adrenalina y la noradrenalina.

Concomitante: designación de uno, mas de dos o más cosas, que ocurren simultáneamente, que puede o no estar interrelacionados o producidos como resultado de los demás,; acompañante.

Trófico: referente a un tipo de nutricio o requerimiento nutricional.

Nefrosclerosis: síndrome nefrotico.

Hializan: formación de un material homogéneo cristalino dentro de una célula

Necrosis: muerte de una proporción de tejido consecutiva a enfermedad o lesión. En la necrosis por coagulación se forman trombos que bloquean el flujo sanguíneo, produciéndose la necrosis en los tejidos distales al trombo.

Esclerosis: trastorno caracterizado por el endurecimiento de los tejidos debido a distintas causas como inflamación, deposito de sales minerales e infiltración en las fibras conjuntivas.

Angiotonia: tono o tensión vascular

Papila. Pequeña elevación que forma un tejido, como las papilas conoides de la lengua y las papilas del corion, que se extiende desde las fibras de colágeno, los vasos capilares y, en ocasiones, desde los nervios de la dermis.

Glomerunefritis: enfermedad no infecciosa del glomérulo renal que se caracteriza por proteinuria, hematuria, disminución de la producción de orina y edema. Entre los distintos tipos tipos se encuentra la glomerunefritis aguda, crónica y subaguda.

Cefalea: dolor de cabeza debido a múltiples causas. Cefalea funcional, sinusal, migrañosa, orgánica, y tensional.

Cefalalgia. Dolor de cabeza, con frecuencia se combina con otra palabra para indicar un tipo específico de cefalalgia histaminica.

Vasodilatación: estrechamiento o distensión de los vasos sanguíneos, particularmente de las arteriolas, producido casi siempre por impulsos nerviosos, o por la acción de determinados fármacos que provocan relajación del músculo liso de las paredes de los vasos sanguíneos,

Hipertrofia: aumento de tamaño de una célula o grupo de células que da lugar a un incremento del tamaño del órgano del que forman parte.

Epistaxis: hemorragia nasal producida por la irritación local de las membranas, un estornudo violento, la fragilidad del epitelio o de las paredes arteriales, una infección crónica, un traumatismo, hipertensión, leucemia, anemia, deficiencia de vitamina k o, con mayor frecuencia, por autolesión con el dedo.

Parestesias: cualquier sensación subjetiva experimentada como entumecimiento, hormigueo o sensación de pinzacos. Cuando aparece en las extremidades se suele llamar acroparestesia.

Papiledema: tumefacción del disco óptico, visible en la exploración oftalmoscópica del fondo del ojo, causada por un aumento de la presión intracraneal. Las cubiertas meníngeas que rodean los nervios ópticos desde el disco óptico se continúan con las meninges cerebrales; por lo cual un aumento de la presión intracraneal se transmite desde el cerebro al disco óptico produciendo un edema de papila.

Hidrocortisona: cualquiera de las hormonas segregadas por las glándulas suprarrenales, tales como el cortisol, que se pueden determinar en la orina para determinar la función adrenal y diagnosticar el hipoadrenalismo o el hiperadrenalismo.

Angina pectoris: dolor de pecho paroxístico cuyo origen suele ser la anoxia miocárdica debida a aterosclerosis de las arterias coronarias. El dolor generalmente se irradia hacia la cara interna del brazo izquierdo, y se acompaña frecuentemente de sensación de ahogo y de muerte. Los ataques de angina de pecho a menudo se relacionan con el esfuerzo, el estrés emocional y la exposición al frío intenso.

Encefalopatía: cualquier alteración de la estructura o función de los tejidos cerebrales, especialmente los crónicos, destructivos o degenerativos, como la encefalopatía de wernicke (visión doble, movimientos involuntarios y rápidos de los ojos, pérdida de coordinación muscular y disminución de la función mental, puede ser leve o grave).

ANEXO

Guía de valoración (Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem)

1. Factores condicionantes básicos

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:

Alumbramiento público () Recolección de basura () Drenaje y alcantarillado ()

Rol que ocupa en la familia

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

Cuantos hijos tiene: 0() 1() 2() mas 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 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 de sistema de salud.

¿Cómo percibe su estado de salud?

Bueno () regular () deficiente ()

¿A qué servicio de salud acude usted regularmente?

IMSS () ISSTE () SALUBRIDAD () particular () otros-----

Diagnostico medico.-----

Estado de salud: grave () delicado () estable ()

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

d) estado de desarrollo

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

Si () no ()

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

¿Quién autoriza su tratamiento médico? -----

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES.

a) Mantenimiento del aporte suficiente de aire.

Frecuencia Respiratoria: ----- Llenado capilar: ----- cianosis: -----

Si () No () especifique: -----

Tabaquismo:

Si () No ()

Especifique: -----

¿Cocina con leña?

Si () No () cuanto tiempo?-----

Alergias:

Si () No () Especifique: -----

Tipo de respiración:

Normal () Disnea () Bradicardia () Taquipnea () Polipnea () Otros -----

Nariz:

Desviación de tabique () Pólipos () Secreciones ()

Dolor () Edema () Otros-----

Tórax:

Tonel () En quilla () En embudo () Otros: -----

Ruidos respiratorios:

Estertores () Vigilancias () 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 () 500-1000ml. ()

1500-200 () > a 2000ml ()

De donde proviene el agua que consume:

Llave pública () pipa () entubada () garrafón () otros: -----

Utiliza algún método para purificar el agua:

Si () No () Especifique: -----

Ingiere algún otro tipo de líquido durante el día.

Si () No () Especifique cantidad. -----

Aporte de líquidos parenterales:

Especifique: -----

c) mantenimiento del aporte suficiente de alimentos:

Peso: ----- Talla: ----- IMC: ----- Cintura: -----

Ha observado variaciones en el peso:

Si () No () Perdida () Ganancia () 1-3 kg () 4-6 () 7-9 ()
> 10 kg ()

Dentadura:

Completa () Falta piezas () Prótesis fija () Prótesis extraíble ()

Especifique: -----

Estado de las mucosas oral.

Si () No () Especifique: ----- Lengua en 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 ()

Cual: acidez () nauseas () vomito () hematemesis () disfagia () pirosis
() regurgitación () polidipsia () polifagia () bulimia () anorexia ()
reflujo () sialorrea () saciedad () eructos () otros: -----

Necesita algún tipo de ayuda para alimentarse:

Si () No () Especifique: -----

Tipo de nutrición:

Sonda nasogastrica () Sonda nasoyeyunal () Gastroclisis ()
 Nutrición parental ()

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				
Deriva de la leche				
Carnes				
Cereales				
Verduras				
Frutas				
Huevos				
Pescados				
Pastas y harinas				

¿Con que guisa los alimentos?

Aceite () manteca () otros: -----

¿Cómo es su dieta habitual?

Sin restricciones () diabética () hiposódica () hipoproteica () otros: -----

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

Grupo de evacuación intestinal.

Presencia oral:

Estoma intestinal: Colostomía () Ileostomía () Hemorroides () Pólipo rectal () Rectorragia () Otros.-----

Alteraciones al evacuar.

Tenesmo () Pujo () Cólico () Otros: -----

Apoyo para eliminación intestinal:

Movilización () Medicación () Higiene () Otros: -----

Evacuación intestinal:

Espontanea () Estreñimiento () Diarrea () Otros: -----

Características de las heces fecales:

Café () Alcolia () Melena () Otros: -----

Consistencias de las heces fecales:

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

Grupo de eliminación vesical:

Presencia de:

Incontinencia () Retención urinaria () Tenesmo () Disuria ()

Alteraciones uretero-vesicales: -----

Alteraciones en la micción:

Polaquiuria () Oliguria () Anuria ()

Apoyo para la evacuación vesical:

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

Características de la micción:

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

Grupo de respiración:

Cambio en los patrones normales de sudoración.

Disminuida () ausente () aumentada ()

Condiciones o circunstancia:

Temperatura corporal----- dolor () alteraciones emocionales ()

Temperatura ambiental: ----- otros: -----

Grupo menstruación:

Menarca: ----- días del ciclo menstrual: -----

Tipo, cantidad y características de flujo: -----

Presenta algún problema durante la menstruación:

Si () no () ocasional () especifique: -----

e). mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo:

Reposo.

Cuántas horas duerme habitualmente?

< 6 horas () 6-8 horas () 8-10 horas () mayor de 10 horas

Como se encuentra al despertar.

Cansado () descansado () fatigado () otros: -----

Tiene dificultad para conciliar el sueño.

Si () no ()

Ha sufrido algún cambio su patrón de sueño.

Si () no ()

Desde cuándo?

Una semana () 15 días () un mes () mayor de un mes.

Presencia de:

Bostezo () insomnio () hipersomnia () pesadillas ()

Alucinaciones () ojeras () ronquido () enuresis ()

Sonambulismo () terrores nocturnas ()

Factores que interrumpan su descanso y sueño:

Acostumbra a tomar siestas:

Si () no ()

Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño.

Si () no () especifique: -----

Actividad

Sistema musculo esquelético:

Presencia de articulación de:

Dolo () rigidez () inflamación () limitaciones () contracturas ()

Especifique: ----- Tratamiento: -----

Algún 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 problema de audición.

Si () no () especifique: -----

Utiliza apoyo para escuchar.

Si () no () especifique: -----

Presencia de:

Mareo () vértigo () acufeno () malformaciones () tumoraciones ()

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: -----

Como consideras sus relaciones con las personas con las que convive?

Buena () regular () mala ()

A quienes recurre para platicar de sus problemas?

Familia () amigos () nadie () otros: -----

Observar:

Seguridad () timidez () introversión () apatía () extraversión ()

Otros: -----

g) prevención para la vida el funcionamiento y el bienestar.

Sistema neurológico:

Estado de conciencia:

Consiente () incontinencia () sopor () estupor () confusión ()

coma () Glasgow: -----

Problemas con:

Concentración () razonamiento () especificar: -----

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

Bastón () silla de ruedas () andador () otros: -----

Antecedentes heredofamiliares patológicos.

Si () no () especifique: -----

Toxicomanías.

Si () no () especifique: -----

¿Implementa mediadas 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 () agresión () cólera ()

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 alguna de las siguientes etapas de su vida.

Niñez si () no () especifique: -----

Edad escolar si () no () especifique: -----

Adolescencia 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: -----

Numero de pareja sexuales: -----

Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales.

Si () no () especifique/tratamiento: -----

Utiliza algún método de planificación familiar.

Si () no () especifique/tiempo: -----

Número de hijos: -----

Tiene problemas de infertilidad.

Si () no () especifique: ----- causa/tratamiento: -----

Presenta alguna enfermedad de transmisión sexual.

Si () no () especifique: ----- tratamiento: -----

Cirugías realizadas en aparato reproductor:

Si () no () específico: -----

Hombre.

¿Acude a examen próstata/testicular?

Si () no () frecuencia: -----

Presenta problemas de erección?

Si () no () tratamiento: -----

Presenta problemas de eyaculación precoz?

Si () no () tratamiento: -----

Mujer.

Menarca: ----- días del ciclo menstrual: -----

Tipo, cantidad y características del flujo: -----

Presenta algún problema durante su menstruación:

Si () no () ocasional () especifique: -----

Embarazos: ----- partos: ----- cesárea: ----- abortos: -----

Óbitos: ----- partos prematuros: -----

Embarazo de alto riesgo. ----- periodo inter genésico: -----

menopausia. ----- fecha de última papanicolau: -----

Presencia de flujo/hemorragia transvaginal: ----- características: -----

¿Existe alteraciones del crecimiento físico?

Si () no () especifique: -----

Requisitos de desviación 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: -----