



UNIVERSIDAD MICHOCANA
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:

Licenciada en enfermería

Presenta:

P.L.E Angelina Diego Hernández

Asesor:

L.E.I. Josué Vargas Peña

Morelia, Michoacán Abril de 2012



DIRECTIVOS

DRA. ENF. MARÍA LETICIA RUBÍ GARCÍA VALENZUELA
Directora de la Facultad de Enfermería

ME. RUTH E. PÉREZ GUERRERO
Secretaria Académica

MCE. ROBERTO MARTÍNEZ ARENAS
Secretario Administrativo

MESA SINODAL

L.E.I. JOSUÉ VARGAS PEÑA
Presidente de la mesa sinodal

L.E.D. ANA CELIA ANGUIANO MORAN
Vocal 1

DR. HERMILO JUAN ORTEGA HERNÁNDEZ
Vocal 2

Suplente

DEDICATORIA

A Dios

Gracias Dios por darme la vida, por darme salud, por darme unos padres y hermanos maravillosos que me dan amor y me comprenden, porque tú eres el que hace posible los sueños de cada persona y porque permitiste e hiciste posible mi sueño, porque gracias a ti ahora soy lo que soy, una persona de provecho, por darles salud, fuerzas y trabajo a mis papás para sacarme adelante y poder cumplir mi sueño ser enfermera. Dios Gracias.

A Mis Padres

Martha Rosa Hernández Hernández y David Diego Márquez, en esta etapa de mi vida no encuentro forma de agradecer todo lo que han hecho por mí, a quien me han heredado el tesoro más grande que puede dársele a un hijo "AMOR".

Gracias por enseñarme a amar a Dios, por su apoyo incondicional, porque a pesar de no tener trabajo nunca me faltó nada, por sus sí y sus no, por enseñarme a luchar con razón, por su ejemplo amor y confianza, ustedes que fueron testigos del camino andado para llegar hasta aquí, porque a pesar de haber terminado mi carrera me siguieron apoyando en esta etapa de mi titulación, porque han sacrificado gran parte de su vida para formarme, educarme y terminar mi carrera titulada.

Porque la ilusión de su vida ha sido convertirme en una persona de provecho, porque se que mi sueño era el suyo también, sepan que su unión y apoyo fue el impulso y su amor el estímulo que me ayudo a lograrlo.

El logro hoy alcanzado es también de ustedes resultado de sus esfuerzos, desvelos, y sobre todo sacrificios y el tiempo invertido en mí. A quien nunca podré pagar todo lo que han hecho por mí, ni aun con las riquezas más grandes del mundo.....Gracias

¡Los quiero mucho!

"Con amor y admiración"

AGRADECIMIENTOS

A Mis Hermanos

Soco, Miguel, David, Lupe, gracias por darme amor, cariño, apoyo y confianza incondicional que siempre me han brindado, porque son parte de mi vida, porque crecimos juntos; compartiendo juegos, pleitos, ilusiones y sobre todo mucho amor; gracias por apoyarme y estar siempre conmigo.

A Carlos, *por estar siempre conmigo, en los momentos buenos y malos, por compartir conmigo tus triunfos, tus alegrías, por darme mucho cariño y amor; porque eres una persona que amo mucho.*

A Mi Paciente

A.M.V. Por permitir realizar en ella el proceso de enfermería, porque puso mucho de su parte para que los objetivos se cumplieran, y sobre todo por mejorar su salud y bienestar, y porque también pude llevar a cabo mi trabajo de titulación. Porque además de haber realizado en ella mi trabajo es una persona que quiero mucho, que la admiro y respeto mucho, que me ha dado mucho cariño y amor.....Gracias.

A Mi Asesor

Josué Vargas Peña, que hace su trabajo con placer y amor, que me infundió confianza, por sus regaños, consejos, paciencia y por el tiempo y dedicación que me brindo para que este trabajo fuera posible y sobre todo por compartirme sus conocimientos para poder llegar al final..... Gracias.

A la Facultad

Por haberme permitido realizarme como profesionalista, por permitir oportunidades para seguir superándose más y sobretodo por permitir cumplir el sueño de muchas personas ser: Enfermeros (ras).

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
I.- JUSTIFICACIÓN	3
II.- OBJETIVOS.....	5
2.1.- General:.....	5
2.2.- Específicos:	5
III.- METODOLOGÍA	6
IV.- CASO CLÍNICO	7
V.- MARCO TEÓRICO.....	9
5.1.- Proceso de Enfermería.....	9
5.2.- Teoría del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem.....	34
5.3.- Hipertensión Arterial.....	40
VI.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.....	45
6.1. Valoración con el referente teórico de D. Elizabeth Orem	45
6.2. Diagnósticos	48
6.3. Plan de intervención	48
6.4 Ejecución	50
6.5 Evaluación.....	50
VII.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	65
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
IX. BIBLIOGRAFÍA	68
X. GLOSARIO DE TÉRMINOS	70
XI. ANEXOS	72
XII.- APÉNDICE	89

INTRODUCCIÓN

Enfermería es una disciplina que a través de la historia ha proporcionado cuidados, que fueron transmitiéndose de una generación a otra con un carácter repetitivo de sus acciones sin tener conocimiento aún del cuidado, que presentaban en una base científica. Como parte de la profesión de Enfermería, sus asociados hoy en día y como sustento científico, se encuentran utilizando una metodología propia con una serie de teorías y modelos de enfermería para brindar el cuidado de calidad, algunas de las teóricas de enfermería se dedicaron a crear y a estudiar modelos de atención de enfermería con una convicción naturalista, las cuales, lograron identificar necesidades humanas y otras, como Dorothea E. Orem, crearon modelos de autocuidado para garantizar la atención al paciente. (1)

La Teoría del Déficit del Autocuidado, creada por Dorothea E. Orem, se encuentra marcada dentro de las tendencias de suplencia o ayuda de las teorías de la enfermería. Esta teórica concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede llevar a cabo en un determinado momento de un ciclo vital, fomentado, en mayor o menor grado, el autocuidado por parte del paciente. La aplicación del método científico en la práctica asistencial de enfermería, es el método conocido como proceso enfermero. Este método permite al personal de enfermería brindar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. El proceso enfermero es un sistema compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico de enfermería, planificación, ejecución, evaluación. (2)

El proceso enfermero es la metodología para brindar cuidados de enfermería, y el profesional se enfrenta a diversas condiciones crónicas una de las de mayor prevalencia en el país es la Hipertensión arterial(HTA), por ello enfermería debe de estar preparado para proporcionar cuidados a estos pacientes para mejorar la calidad de vida.

El presente trabajo se estructura de manera ordenada por capítulos donde contiene; la justificación en el que menciona la prevalencia y estadísticas de la HTA; en los objetivos abarca el general y específico de la paciente; la metodología donde se describe como se realizó el presente trabajo de investigación; en el caso clínico se recolecta los datos personales del paciente; el marco teórico se describe la Teoría de Dorothea E. Orem, del Proceso de Enfermería, y de HTA; en la aplicación del Proceso de Enfermería se realizan las 5 etapas: valoración, diagnósticos, planeación, ejecución y evaluación en la paciente; las conclusiones y sugerencias se mencionan sobre la evolución de la paciente y lo que se sugiere para prevenir los casos de HTA; en las bibliografías de toda la investigación del trabajo; en el glosario de términos se mencionan los que se encontraron en el presente trabajo; los anexos se encuentra la guía de valoración de Dorothea E. Orem; y por último se describe el consentimiento informado por el cual el paciente se informó del presente trabajo.

I.- JUSTIFICACIÓN

La Hipertensión Arterial es una enfermedad crónica que no produce molestias durante el inicio de la enfermedad. Puede pasar muchos años antes de que sea detectado, se estima que más de la mitad de las personas que tienen HTA no lo saben, si su presión es de 140/90 mmHg o más es hipertensión (3). Lo cual a continuación se mencionan las estadísticas de morbi-mortalidad de HTA; mundial, nacional estatal y local.

En la población mundial de 60 años o más, a partir del 2010 hubo un incremento es decir el grupo de ancianos aumento de 616 millones en el año 2000 y 1,209 millones para el 2025, lo que originará que esta población se duplique cada 23 años (4). En México la HTA afecta al adulto mayor, en el año 2000 la prevalencia informada de HTA, fueron más de 15 millones de mexicanos. Lamentablemente el 61% de los hipertensos detectados en la encuesta nacional 2000, desconocieron ser portadores del mal (5).

En Michoacán la tasa de morbilidad de HTA en el año 2010 fue de 19, 222 casos en hombres y mujeres de 15 años a 65 años y más, el grupo de edad que más padece esta enfermedad es de 65 años y mas (6). En ese mismo año la tasa de mortalidad fue de 393 defunciones por HTA, 214 mujeres y 174 hombres (7). De acuerdo a datos del IMSS Oportunidades de la comunidad de Sicuicho del Estado de Michoacán de Ocampo, las personas que acuden cada mes a consulta para control de su presión arterial son 41 en total: 33 mujeres y 8 hombres el control consiste en consulta medica y suministro del medicamento. (8)

Lo importante, es tratar de establecer estrategias globales frente a un enemigo que está avanzando y amenazando a una buena parte de la humanidad. Para ello hace falta que la población se entere de los riesgos y secuelas que pueden suceder a esta enfermedad. Por lo que, es de suma importancia que el profesional de enfermería se incorpore a los procesos de prevención y control de las personas con HTA, a través de la metodología de enfermería para coadyuvar a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana (NOM-030-SSA2-2009), donde establece la prevención.

Con lo anteriormente mencionado se realizara el proceso de enfermería en una paciente de 87 años de edad con HTA, mediante un plan de intervenciones para controlar y prevenir complicaciones ya que las estadísticas de morbi-mortalidad son muy elevadas en ese grupo de edad y hay más defunciones en el sexo femenino.

II.- OBJETIVOS

2.1.- General:

Elaborar un plan de cuidados aplicando la metodología del proceso enfermero en base a la Teoría General del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem, en un caso clínico de Hipertensión Arterial a fin de proporcionar un cuidado integral de calidad.

2.2.- Específicos:

- 1.- Realizar la valoración del paciente de acuerdo al instrumento de la guía de valoración de Dorothea E. Orem.
- 2.- Identificar los diagnósticos específicos para la paciente, de acuerdo a los datos recolectados.
- 3.- Planear los objetivos y acciones de acuerdo a los diagnósticos y recursos de la paciente.
- 4.- Llevar a la práctica las acciones planeadas en la paciente.
- 5.- Evaluar las acciones ejecutadas en la paciente y el mejoramiento de su salud.

III.- METODOLOGÍA

Para la realización del siguiente proceso de enfermería, se identificó al paciente con patología de HTA para poder llevar a cabo la metodología. Al mismo tiempo se realizó la investigación documental sobre las estadísticas de morbi-mortalidad de HTA, mundial en el adulto mayor, nacional, estatal y local. Para realizar el marco teórico del proceso de enfermería de acuerdo a la teoría de Dorothea E. Orem y de HTA, se efectuó una búsqueda en artículos de revistas científicas indexadas consultando buscadores como: scielo, cochrane, google académico por mencionar algunos y la selección de los artículos fue mediante lectura crítica.

Se solicitó el consentimiento informado, el cual la paciente esta de acuerdo en poder llevar a cabo en ella el proceso de enfermería. Para la obtención de información de cada una de las etapas del proceso enfermero se implementaron diversas técnicas: para la valoración se utilizó un instrumento basado en el referente teórico de D. Orem, mediante entrevista directa; se identificaron los diagnósticos de enfermería de acuerdo a la taxonomía II de la North American Nursing Diagnosis Association (N.A.N.D.A.); posteriormente de acuerdo a la valoración y los requisitos de autocuidado que se encontraron alterados identificados en los diagnósticos, se realiza la planeación y se llevan a cabo los objetivos, para lo cual se realizó un plan de intervenciones y acciones de enfermería en base a la Taxonomía Nursing Interventions Classification (NIC) seleccionando las acciones de acuerdo a los recursos del paciente; en la etapa de ejecución se llevó a la práctica el plan mediante acciones que conducen al logro de los objetivos establecidos; y posteriormente en la última etapa de evaluación permitió determinar el progreso del paciente hacia el logro de los objetivos.

Para finalizar el presente trabajo del proceso de enfermería se realizan las conclusiones y sugerencias de la aplicación del mismo, se realizan las referencias bibliográficas, apéndices y anexos.

IV.- CASO CLÍNICO

A.M.V. femenina de 87 años de edad originaria de la comunidad de Sicuicho municipio de los Reyes Michoacán, analfabeta, dedicada al hogar, religión católica y viuda desde hace 13 años. Madre de 6 hijos uno finado de 11 meses de edad; dos con diabetes mellitus actualmente y tres aparentemente sanos, tres de sus hijos radican fuera de la comunidad, su relación con ellos es buena, recurre con uno de sus hijos que vive en la misma comunidad para contarle sus problemas cuando tiene.

Habita casa propia de madera, cuenta con los servicios básicos de agua potable, luz eléctrica, pavimentación; en la comunidad, recolección de basura; vive sola, por las noches se duerme en la casa de uno de sus hijos porque expresa supreocupación por la inseguridad a la que se expone al estar sola, no puede conciliar el sueño, recibe programas de apoyo del adulto mayor que imparte el gobierno; se dedica a proporcionar tratamientos con medicina alternativa, recibe una aportación de sus hijos con eso ayuda a cubrir sus gastos.

Pesa 53.500 Kg. Mide 1.52 mts. Índice de masa corporal 23.2. Consume carne roja una vez a la semana, pollo dos veces a la semana, verduras y frutas todos los días, leche todos los días, los derivados de la leche casi no los consume, cereales tres veces por semana, no consume el pan con frecuencia, leguminosas tres veces por semana.

Generalmente acostumbra desayunar: un vaso con leche, pan integral, en cada comida se come de tres o cuatro tortillas, en la merienda fruta o verduras, consume de 300 a 500 ml. de agua al día, consume agua potable, y no utiliza ningún método para purificarla, el refresco lo consume de manera poco frecuente. Evacua cada 2 días, heces duras de eliminación difícil, presenta dolor y esfuerzos al defecar, orina de 3 a 4 veces al día y por las noche se levanta de 1 a 2 veces, orina de color claro y sin molestias.

Baño y cambio de ropa todos los días; utiliza prótesis dental extraíble; presenta privación de sueño; dedica sus tiempos libres en platicar con sus vecinas, visitar a sus hijos que viven en la misma comunidad y eventualmente acostumbra a visitar a los demás.

Menarcalos 17 años de edad de 8 días de duración, inicio su vida sexual activa a los 22 años de edad, no utilizo métodos de planificación familiar, embarazos 6, partos 6, menopausia a los 45 años, fecha del ultimo Papanicolaou 20 de enero del 2010. Se encuentra consiente, tranquila, orientada en tiempo y espacio, cursa con **hipertensión arterial** desde el 12 de septiembre del 2007, no se cuenta con los datos de Hipertensión con los que diagnostica el padecimiento, cuenta con atención medica del IMSS Oportunidades en su comunidad, acude cada mes a control manejando sus cifras normales, su tratamiento farmacológico es captopril de 25 mg. 1 cada día, y acido acetilsalicílico la mitad cada tercer día.

Fecha de la última revisión el 8 de febrero 2011, en la cual se le tomo su glucemia en ayunas, sus cifras fueron 160 mg/dl, se le realizaron los estudios de laboratorio, urea 35 mg/dl, creatinina 0.7 mg/dl, acido úrico 2.8 mg/dl; lo cual la paciente niega sentirse mal, no presenta ningún síntoma.

V.- MARCO TEÓRICO

5.1.- Proceso de Enfermería

Definición

Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente (9), es el método mediante el cual se aplica este marco a la práctica de enfermería. Es un enfoque deliberativo de resolución de problemas que requiere unas capacidades cognitivas, técnicas e interpersonales, y que va dirigido a satisfacer las necesidades del sistema cliente-familia. (10)

Antecedentes

El proceso enfermero ha evolucionado hacia un proceso de 5 fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. "Hall en 1955 lo describió como un proceso distinto. Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) desarrollaron un proceso de tres fases diferentes (valoración, planeación y ejecución); En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de la década de los 70 Blach (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar al proceso de cinco fases. (9)

Desde entonces, el proceso de enfermería ha sido legitimizado como el marco de la práctica de enfermería. La American Nurses Association utilizó el proceso de enfermería como directriz para el desarrollo de las normas de la práctica de Enfermería. El proceso de enfermería se ha incorporado en el marco conceptual de la mayoría de los planes de estudio de enfermería. También se ha incluido en la definición de enfermería de la mayoría de las leyes de práctica de Enfermería. Más recientemente, los exámenes estatales de licenciatura fueron revisados para comprobar la capacidad de los aspirantes a licenciados en enfermería de utilizar los pasos del proceso de enfermería (10). Para la Asociación Americana de enfermería (A.N.A) el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión; favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementando la calidad en la atención al individuo, familia y comunidad.

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) y en su aplicación durante la práctica; sin embargo todavía nos falta camino por recorrer en este terreno, en cual resulta desconocido para muchas enfermeras (os) aun en nuestros días. (9)

Características

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

Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo. (11)

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

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

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 humano – humano con el (los) usuarios (o) para acordar y lograr objetivos comunes (9).

Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería. (11).

Beneficios que se obtienen de su aplicación

Busca el logro de identidad profesional y brindar una atención de calidad empezar a trabajar con esta metodología que requiere del ejercicio de habilidades del pensamiento. Con la aplicación del proceso se delimita el campo de acción específico de la enfermería, con ello se demuestra que la enfermera profesional realiza numerosas acciones que van más allá del cumplimiento de una prescripción médica, ya que el proceso enfermero complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al centrarse en la respuesta humana. (9)

Requisitos de aplicación

La enfermera (o) debe reunir una serie de competencias profesionales en las áreas del saber, saber hacer y saber ser y convivir para aplicar en proceso con facilidad, lograr cambios que favorezcan la salud del usuario, familia y comunidad. Las competencias del área del saber se refieren al dominio de conocimientos propios de la enfermería y de disciplinas afines complementarias a la profesión, que son sustento teórico de los cuidados enfermeros que permiten abordar la problemática del usuario desde diferentes puntos de vista (biológicos, psicológicos, sociológicos, antropológico, fisiológico).

Etapas del proceso enfermero.

Consta de cinco etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas, de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente y son: Valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. (9)

Objetivos:

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando e identificar las necesidades reales y potenciales del paciente la familia y la comunidad; establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios, actuar para cubrir y resolver los problemas y prevenir o curar la enfermedad. (12)

1.- Etapa de Valoración

Es la primera etapa del proceso de enfermería que nos permite estimar el estado de salud del usuario, familia y comunidad. Con la valoración se reúnen todas las piezas necesarias del rompecabezas (9). Pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente.

Durante esta etapa, se reúnen datos procedentes de diferentes fuentes. Estas fuentes se clasifican como **primarias o secundarias**: La fuente primaria, es la información obtenida directamente del paciente; las fuentes secundarias son todas las demás que no sean el propio paciente. Estas en aquellas situaciones en las que el cliente no puede participar o cuando es necesaria mayor información para aclarar o validar datos proporcionados por el usuario. Entre las fuentes secundarias se encuentran los familiares o seres queridos del paciente, documentos o registros.(11)

Requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente:

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

el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de enfermería inadecuados.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiriera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de enfermería. (11)

Características de la recogida de datos

La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios: criterios de valoración siguiendo un orden de “cabeza a los pies”: este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies dejando para el final la espalda.

Criterios de valoración por “sistemas corporales o aparatos”: se valora el aspecto general y las constantes vitales y a continuación cada sistema o aparato comenzando por las zonas más afectadas nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención. Criterios de valoración por “patrones funcionales de salud”: permite la recogida de datos, pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de salud.

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

Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente, factores contribuyentes en los problemas de salud. En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta: conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc.) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones); habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas); convicciones (ideas, creencias, etc.) a: confirmar los problemas de salud que hemos detectado, análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente, determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido, obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

En la recogida de datos necesitamos:

- Capacidad creadora.
- Sentido común.
- Flexibilidad. (11)

Tipos de datos a recoger:

Un **dato** es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud. Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas estado actual de las capacidades.

Datos subjetivos: Son los que no se pueden medir y son propios del paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica (sentimientos).

Datos objetivos: Se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la presión arterial).

Datos históricos – antecedentes:, Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.).

Datos actuales: Son datos sobre el problema de salud actual. (11)

Métodos para obtener datos:

a) Entrevista clínica

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos. Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La **entrevista formal** consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente. El aspecto **informal** de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados. La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son: obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados, facilitar la relación enfermera/paciente, permitir al paciente informarse y participar en la identificación

de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos y también, ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.(11)

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

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

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

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

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos: Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican; ámbito de la entrevista, es el de una habilidad técnica. La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiéndose por esto no solamente los ruidos audibles si no también, la imagen global que ofrece el centro sanitario. Estas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos. (11)

Técnicas para la recogida de datos:

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

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

usuales son: expresiones faciales, la forma de estar y la posición corporal, los gestos, el contacto físico y la forma de hablar. Para finalizar la entrevista las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, concreción, y respeto. (11)

b) La observación:

Es una habilidad de alto nivel que debe desarrollarse desde la formación académica, a través de todos los sentidos (vista, oído, tacto, olfato, y gusto). Esta herramienta se puede utilizar desde el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente. Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. (11)

c) La exploración física:

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo. La exploración física se centra en: determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

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

Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad).

Percusión: Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates:

aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire y timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire u un carrillo de la cara.

Auscultación: Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar. (11)

Fases de la validación de datos:

Validación de datos:

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Esto es que debemos asegurarnos de que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones. Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc. Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros. (11)

Organización de los datos:

En esta etapa se trata de agrupar la información, de forma que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas o por patrones funcionales etc. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información, para el establecimiento de la agrupación, se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada centro asistencial, etc.

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

- Datos de identificación.
- Datos culturales y socioeconómicos.
- Historia de salud: diagnósticos médicos, problemas de salud, resultados de pruebas diagnósticas y los tratamientos prescritos.

- valoración física.
- Patrones funcionales de salud.

La valoración mediante patrones funcionales (funcionamiento) se realiza en términos mensurables y no abstractos (necesidades), en este sentido los patrones funcionales de salud facilitan la valoración, aunque no por ello hay que entender que la valoración de los patrones funcionales es opuesta a la valoración de necesidades; antes al contrario, se complementan. (11)

Documentación y registro de la valoración:

- a)** Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
- b)** Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- c)** Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, «normal," «regular", etc.
- d)** Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma, tamaño, etc. e) la anotación debe ser clara y concisa.
- f)** Se escribirá de forma legible y con tinta imborrable. Trazar una línea sobre los errores.
- g)** Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común. (11)

2.- Fase de Diagnóstico:

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una función intelectual compleja, al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad, así como de los recursos existentes (9). Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para

su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente. Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico. (11)

Lo que se requiere para formular diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes es haber realizado la valoración. También es preciso conocer las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A y la estructura que deben tener los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes de acuerdo a sus características.(9)

Las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación: La dimensión **dependiente** de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito; la dimensión **interdependiente** de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativos o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo; dimensión **independiente** de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.) (11)

Los pasos de esta fase son:

- 1.- Identificación de problemas: Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis; síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.
- 2.- Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes. (11)

Diferencia entre un diagnóstico de enfermería y un problema interdependiente.

Ambos son juicios clínicos, el diagnóstico enfermero se centra en las respuestas humanas, que es el campo de acción específico de la enfermería, en donde la enfermera tiene la autoridad para la predicción, prevención y tratamiento en forma independiente; en cambio en problema interdependiente se centra en las respuestas fisiopatológicas, en donde el médico es el principal responsable, la enfermera y el resto de los integrantes del equipo sanitario colaboran en la predicción, prevención y tratamiento. (9)

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

- 1.- Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
- 2.- Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
- 3.- Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, esta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.
- 4.- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo, (11)

Tipos de diagnósticos:

La formulación diagnóstica de enfermería es indispensable en el quehacer profesional, y requiere de una práctica continua en el cuidado del paciente.

Diagnóstico real: Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores

relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del diagnóstico y las características que lo definen. El término "real" no forma parte del enunciado en un diagnóstico de enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico. (11)

Diagnóstico alto Riesgo: Describe respuestas humanas a situaciones de salud-procesos vitales que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia u comunidad vulnerable. (13), no existen características definitorias (datos objetivos y subjetivos), solo se apoya en los factores de riesgo (9).

Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E). (11)

Diagnóstico posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E). (11)

Diagnóstico de salud o bienestar: Es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor. No contiene factores relacionados. (9)

Podemos añadir un quinto tipo:

Diagnóstico de síndrome: comprenden un grupo de diagnósticos de enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los diagnósticos de enfermería de síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica. (11)

Clasificación de los problemas interdependientes

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

respuestas fisiopatológicas y que deben redactarse con terminología médica. (9)

Estructuración de los diagnósticos enfermeros:

Para redactar un diagnóstico enfermero, el primer paso es utilizar el nombre correspondiente a la respuesta humana según las categorías diagnósticas de la NANDA previamente identificado por el profesional de enfermería durante el razonamiento diagnóstico. (9)

Diagnóstico enfermero real: Se aconseja un formato en tres partes: *problema + factores relacionados y datos objetivos y subjetivos*. El problema es la respuesta humana, los factores relacionados son las causas del problema (etiología), cuyo origen puede obedecer a trastornos fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales y los datos objetivos o subjetivos. El problema se une a los factores relacionados con las palabras *RELACIONADO CON*, y estos se unen con las características definitorias mediante las palabras *MANIFESTADO POR*.

Diagnóstico enfermero de riesgo: Se emplean únicamente dos partes: *problema + factores de riesgo*, ya que no existen datos objetivos y subjetivos (características definitorias). Los factores de riesgo son aquellos que predisponen a un individuo, familia y comunidad a un acontecimiento nocivo.

Diagnósticos de salud: Estos únicamente llevan un solo elemento que es el nombre correspondiente a la respuesta humana, a la cual se le anteponen las palabras *potencial de aumento de o potencial de mejora de*. De igual forma que los diagnósticos enfermeros de riesgo, los diagnósticos de salud son escasos en el listado de categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A, a pesar de ello la mayoría de las etiquetas diagnósticas pueden formularse como tal, si se emplean las palabras antes mencionadas. (9)

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

- Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.
- La primera parte del diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.

- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal.
 - Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
 - Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
 - No mencionar signos y síntomas en la primera parte del diagnóstico.
 - No indique el diagnóstico de enfermería como si fuera un diagnóstico médico.
 - Escribir formulaciones diagnósticas sin considerar factores relacionados, que la enfermera pueda solucionar o modificar en forma independiente.
 - Emplear el diagnóstico médico en la formulación de un diagnóstico enfermero.
- (9)

Pasos que se debe evitar para estructural un diagnóstico enfermero:

- 1.- Formular diagnósticos enfermeros empleando terminología médica.
- 2.- Identificar dos problemas al mismo tiempo.
- 3.- Redactar el diagnóstico de manera que incrimine legalmente.
- 4.- Usar debido a: en lugar de relacionado con: ya que la segunda fase identifica solo una relación entre las respuestas humanas y los factores relacionados y no necesariamente una causa-efecto.
- 5.- Redactar diagnósticos enfermeros con juicio de valor que surgen de los valores personales, y normas del profesional de enfermería, y no de datos objetivos y subjetivos.
- 6.- Cambiar el orden de los elementos del diagnóstico enfermero.
- 7.- Registrar dos enunciados en el diagnostico enfermero que tengan igual significado.

Diferencia entre un diagnóstico de enfermería y un diagnóstico médico

Diagnóstico de Enfermería

- Describe una respuesta humana a los problemas de salud.
- Se modifica con el cambio de las reacciones del sujeto de atención.
- Es tratado por la enfermera (o) en el entorno de la práctica de enfermería.
- La mayoría de las veces tiene que ver con la auto percepción del sujeto de atención.
- Puede aplicarse a alteraciones de individuos o colectivos.

Diagnóstico médico

- Describe una situación patológica de la enfermedad.
- Se mantiene en tanto la enfermedad está presente.
- Es tratado por el médico en el entorno de la práctica médica.
- La mayoría de las veces tiene que ver con los cambios fisiopatológicos.
- Se aplica solamente a las enfermedades de individuos o colectivos.

3.-Etapa de Planeación:

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

Etapas en el Plan de Cuidados

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

2.- Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales. Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

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

Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad. (11)

4.- Elaboración de las actuaciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo(11).

Documentación y registro para la planeación

Determinación de prioridades:

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

que son prioritarias para el paciente. Creemos que es de interés indicar aquí, que bajo una concepción holístico-humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, esta carencia coloca a la persona en un estado de supervivencia, a pesar de ello y en determinadas ocasiones de libre elección, la persona prefiere satisfacer unas necesidades, privándose de otras. En realidad las actividades que la enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas, favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad.(11).

Objetivos del cliente/paciente:

Al describir los objetivos debemos entender que estamos prefijando los resultados esperados, esto es, los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados y responsabilidad de la enfermera/o. Los objetivos del cliente se anotan en términos de lo que se espera que haga el cliente, esto es, como conductas esperadas (11). Las principales características de los objetivos del cliente son:

- 1.- Resultar el diagnóstico enfermero o problemas interdependientes, es decir centrarse en dar solución al problema.
- 2.- Estar dirigido al usuario, familia o comunidad porque de ellos se esperan los resultados, también puede referirse a una parte del organismo o a una función
- 3.- Deben ser alcanzables, esto es, asequibles para conseguirlos; deben ser claros y precisos.
- 4.- Utilizar un solo verbo por cada objetivo.
- 5.- Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.
- 6.- Deben ser específicas en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, donde, etc.).
- 7.- Ser realistas, es decir que consideren las capacidades físicas psicológicas y personales del usuario para que se puedan alcanzar.

8.- Considerar en los objetivos conductas de los dominios: cognitiva, afectiva y psicomotriz de acuerdo a las características del problema de salud. (11).

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

- **Objetivos a corto plazo:** Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.
- **Medio plazo:** para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.
- **Objetivos a largo plazo:** Son los resultados que requieren de un tiempo largo. Existen dos tipos: Uno, abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro; otro, se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Este segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería, dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo. (11).

Actuaciones de enfermería:

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema. El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares, como se explicó anteriormente.

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

- Prescripciones enfermeras: Son aquellas en que la enfermera puede prescribir independiente para que el personal de enfermería ejecute la prescripción. Estas prescripciones tratan y controlan los diagnósticos enfermeros.
- Prescripciones médicas: Son actuaciones prescritas por el médico, representan tratamientos de problemas interdisciplinarios que la enfermera inicia y maneja. La enfermera/o toma decisiones independientes tanto en los diagnósticos de enfermería como en los problemas interdisciplinarios. En la elaboración de actividades han de tenerse presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento; también hay que tener en cuenta, los recursos humanos, en la cantidad y la calificación de los distintos estamentos que van a intervenir con nosotros; también influyen los recursos financieros. (11).

Tipo de actividades de enfermería

- Dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica
- Interdependientes: Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.
- Independientes: Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica, son actividades que no requieren la orden previa de un médico. (11).

Documentación en el plan de cuidados de enfermería:

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería, se obtienen mediante una documentación. El plan de cuidados de enfermería, "es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello". Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos

cuidados de calidad, mediante: Los cuidados individualizados, la continuidad de los cuidados, la comunicación, y la evaluación. Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria. Los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados. (11).

Partes que componen los planes de cuidados:

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales: diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes, objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado), ordenes de enfermería (actividades), Evaluación (informe de evolución). (11).

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

- Individualizado: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.
- Estandarizado: un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad.
- Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería. (11).
- Computarizado: Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, Son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

4.- Fase de Ejecución:

La fase de ejecución es la cuarta etapa del proceso enfermero, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborados y esta enfocado al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados (9). La ejecución, implica las siguientes

actividades enfermeras: Continuar con la recogida y valoración de datos; realizar las actividades de enfermería; anotar los cuidados de enfermería existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas; dar los informes verbales de enfermería, y mantener el plan de cuidados actualizado. (11).

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada, de las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas. (11).

Pasos de la ejecución

- La preparación: consiste en revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del usuario y que sean compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la atención sanitaria haciéndose necesaria la revaloración; analizar y estar seguros de que se tienen los conocimientos y habilidades necesarios para realizar las actividades planeadas, en caso de no ser así, es indispensable solicitar asesoría; tener en mente las complicaciones que se 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.
- La intervención inicia en: Posterior a la fase de preparación pueden llevarse a cabo las intervenciones de enfermería independientes e interdependientes planeadas, que incluyen: la valoración; la prestación de cuidados para conseguir los objetivos; la educación del usuario, familia y comunidad, y la

comunicación en otros miembros del equipo de atención sanitaria. Es fundamental considerar las capacidades físicas, psicológicas y personales del usuario durante la ejecución de las acciones de enfermería, para lograr su participación e independiente.

Como las respuestas humanas y fisiopatológicas son cambiantes, es precisa la revaloración de usuario, familia y comunidad para estar seguros de que las intervenciones de enfermería son las apropiadas. Cada acción de enfermería debe ser el resultado de una valoración y de la aplicación del pensamiento crítica, por consiguiente el término rutina es inadecuado, cuando se emplea la metodología del proceso enfermero. En cada intervención de enfermería, usted es tan responsable de los resultados emocionales, como de los resultados físicos, por lo que es necesario actuar siempre con pleno conocimiento de los principios y razones observando atentamente a la respuesta del usuario y familia.

- La documentación: Es el registro que realiza la enfermera (o) en las notas de enfermería, en calidad de documento legal permanente del usuario y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud. Son propósitos de los registros de enfermería: mantener informados a otros profesionales el área de la salud sobre datos de valoración de usuario, cuidados proporcionados y las respuestas del usuario / familia; se basa para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados; respaldar legalmente las actuaciones de la enfermera (o) y ser para emitir el pago de los servicios prestados.

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

5.- Fase de 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 esta presente en la valoración, diagnóstico, planificación y ejecución (9).

La evaluación en el proceso enfermero es útil para: determinar el logro de los

objetivos; identificar las variables 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.

Cuando los resultados no son los esperados o simplemente no hay una respuesta satisfactoria, la enfermera (o) 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 falta de progreso hacia la realización de sus metas en forma conjunta; identificando obstáculos y estrategias. La evaluación es compleja; sin embargo al emplear la metodología del proceso enfermero se facilita por ser sistemática y continua, ya que brinda una base cognoscitiva para la práctica autónoma de la enfermería y requiere de la interrelación con el usuario y su familia. (9).

El proceso de evaluación consta de dos partes:

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

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

- 1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo: Observación directa, examen físico; examen de la historia clínica.
- 2.- Señales y síntomas específicos: Observación directa, entrevista con el paciente, examen de la historia.
- 3.- Conocimientos: Entrevista con el paciente, cuestionarios (test).
- 4.- Capacidad psicomotora (habilidades): Observación directa durante la realización de la actividad.
- 5.- Estado emocional: Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones; información dada por el resto del personal.
- 6.- Situación espiritual (modelo holístico de la salud): Entrevista con el paciente, información dada por el resto del personal.

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

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo. (11).

5.2.- TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM.

Antecedentes personales

Dorotea Elizabeth Orem, una de las primeras teóricas de la enfermería, nació en Baltimore, Maryland, su padre, trabajador de la construcción, era aficionado a la pesca, y su madre, ama de casa a quien le gustaba leer. (1). Era la menor de dos hermanas (2). Se educó con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl Se graduó en 1930. Dentro de su trayectoria como teórica no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica (14). Inicio su carrera de enfermera en la escuela de Enfermería del Providente Hospital de Washington D,C, donde finalizo su diplomatura a principios de la década de los 30. Su experiencia profesional incluye el ejerció privado, la enfermera hospitalaria y la docencia. Orem fue directora de la escuela de Enfermería y del departamento de enfermería del providente Hospital. (1)

En 1957 se traslado a Washington D.C. trabajando como consultora para planes de estudio de la Oficina de Educación del Ministerio de salud, educación y Bienestar (HEW) desde 1950 a 1960. Durante esta época comienza a detectar déficit en la formación de las enfermeras sin titulación, en 1959 inicio su actividad docente como profesora agregada de Formación de enfermería en la Universidad católica de América En 1970 abandono la Universidad Católica y estableció su primera consultig-form como Orem y Shilelds, S.A. en Chevy Chase, Maryland. El primer libro de Orem, publicado en 1971, fue Nursing: Consepts of Practice. (1)

En 1980 recibió en premio de la teoría de Enfermería de la asociación de alumnos de la Universidad Católica de América. También el 1980 se publico la segunda edición de Nursing: Concept and Practice, y en 1985, la tercera. Orem se retiro en 1984, residiendo desde entonces en Savaanah, Georgia, donde disfruta leyendo, viajando, realizando tareas de asesoramiento y asistiendo a conferencias de enfermería para exponer su teoría. (1)

Orem ha definido el concepto **metaparadigmático de cuidado:** como un servicio o actividad que se deriva de los conocimientos que poseen los profesionales de la enfermería, es decir, este concepto se deriva de la definición y las proposiciones que caracterizan a los conceptos de persona, entorno, salud y enfermería (15).

Persona: Orem concibe a la persona como una unidad con funciones, biológicas, simbólicas y sociales, y centra su atención en la capacidad de estas para transformar su autocuidado. (15). Puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; sino fuese así, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados (16).

Entorno:En este modelo es entendido como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona. (17)

Salud:Es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales, y que se diferencia del concepto de bienestar, y que este es la manifestación de la experiencia vivida por el sujeto, aunque este se encuentre en condiciones o circunstancias que no pueden ser definidas como saludables. Cita (15).

Enfermería: Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. Los cuidados de enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta. (14)

Acción de enfermería, propiedad o atributo complejo de las personas formadas y entrenadas como enfermeras que capacita para conocer y ayudar a los demás a conocer su demanda de autocuidado terapéutico, y para ayudar a los demás a controlar el ejercicio o el desarrollo de su acción de autocuidado o de cuidado dependiente. (1)

Orem define el **objetivo de la enfermería** como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". (14). Además que la enfermera puede utilizar 5 **Métodos de ayuda:**

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

- Actuar o hacer por cuenta de otro.
- Guiar y dirigir.
- Enseñar.
- Ofrecer apoyo físicos o psicológicos.
- Ofrecer y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal. (2)

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

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

Orem considera su teoría sobre el déficit de autocuidado como una teoría general constituida por tres teorías relacionadas:

a) **La teoría del autocuidado:** Describe y explica el autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia (1). “El autocuidado es una actividad del individuo aprendida por esta y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia si mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar”. (2)

Define además tres requisitos de autocuidado: Un requisito de enfermería es la expresión de los objetivos que se han de alcanzar, de los resultados que se desea obtener del compromiso deliberado con el autocuidado. Son los medios para llevar a cabo las acciones que constituyen el autocuidado. (1).

Requisitos de autocuidado universal: son comunes para todos los seres humanos e incluyen la conservación del:

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

Estos ocho requisitos representan los tipos de acciones humanas que proporcionan las condiciones internas y externas para mantener la estructura y la actividad, que a su vez apoyan el desarrollo y la maduración humana. (1)

Requisitos del autocuidado relativos al desarrollo: se separan de los requisitos universales en la segunda edición de Nursing: Concept and Practice. Promueven procedimientos para la vida y para la maduración y previene las circunstancias perjudiciales para esa maduración o mitigan sus efectos (1).de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del

desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez (14).

Requisitos del autocuidado de las alteraciones de la salud, son las acciones que necesitan ser realizadas en relación con los defectos genéticos y constitucionales, las desviaciones de la estructura y la función humana y sus defectos, así como el diagnóstico médico y el tratamiento prescrito o realizado por el médico. “Existen el las personas que están enfermas o lesionadas, y tienen formas específicas de enfermedad, incluyendo defectos y discapacidades, y que están bajo el diagnóstico y el tratamiento médico (15)

La enfermedad o la lesión no solo afecta a las estructuras y/o mecanismos fisiológicos o psicológicos sino al funcionamiento humano integrado. Cuando este sea seriamente afectad, la capacidad de acción desarrollada en el desarrollo del individuo, resulta seriamente dañada de forma permanente o temporal.

b) Teoría del déficit de autocuidado: Describe y explica las razones por las que la enfermería puede ayudar a las personas (1). Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y porqué se necesita de la intervención de la enfermera. (14)

El déficit de autocuidado, una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de las propiedades humanas en la que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción no son operativas o adecuadas para conocer o e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o prevista. (1)

c) Teoría de los sistemas de enfermería: Describe y explica las relaciones que es necesario establecer y mantener para que se de la enfermería. (1)Un sistema de enfermería es algo que se construye a través de las actividades de enfermería y de las relaciones entre las enfermeras y los pacientes. Es un producto que debería ser beneficioso para las personas con categoría de paciente en las situaciones del ejercicio profesional de la enfermería en las que el marco temporal para la realización se corresponde con el tiempo en el que aparecen las necesidades de enfermería. (1)

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

Sistemas de enfermería totalmente compensador: La enfermera supe al individuo. (14). Son necesarios cuando la enfermera esta compensando una incapacidad total (o una prescripción en contra) del paciente para realizar actividades de autocuidado que requieren movimiento de deambulaci3n y de manipulaci3n. (1).

Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados. (14). Son aquellos en los que tanto la enfermera como el paciente realizan medidas de asistencia y otras actividades que impliquen labores manipulativas o deambulatorias. (1).

Sistemas de enfermería de apoyo educativo: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda. (14).

5.3.- HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La (HTA) es un síndrome multifactorial de origen genético muy fácil de diagnosticar y de difícil control en el mundo. Es un nivel mantenido de la presión arterial sistodiastólica igual o superior a 140/90 mmHg, en los adultos respectivamente, tomada en condiciones apropiadas en por lo menos tres lecturas de preferencia en tres días diferentes o cuando la HTA inicial sea muy elevada y/o cuando el paciente presente cifras normales bajo tratamiento antihipertensivo. (18)

México presenta una importante prevalencia de entidades consideradas factores de riesgo cardiovascular, por ejemplo, pacientes hipertensos con diabetes con prevalencia del 31%, hipertensos con hipercolesterolemia en 36%, e hipertensión coexistiendo con sobrepeso y obesidad, es un importante 75%. (19)

Su prevalencia ha aumentado significativamente en todas las latitudes, lo cual se explicaría en parte por los nuevos valores tensionales que en la actualidad se aceptan. También varían de un lugar a otro, y dicha variabilidad está en dependencia de las particularidades genéticas y ambientales que caracterizan a cada región. (18)

Clasificación

El nivel de HTA es un importante parámetro para el diagnóstico y el abordaje terapéutico, siempre y cuando se tome en cuenta el contexto del enfermo. Se clasifica en tres niveles:

Nivel óptimo: En general se acepta que presiones < 120/80 mmHg, representan las cifras con menor riesgo para el desarrollo de complicaciones cardiovasculares, de ahí que reciba el término de óptimo.

Normal: Se cataloga como presión normal-normal cuando la sistólica oscila entre 120 y 129 y/o la diastólica oscila entre 80 y 84. (5)

Normal-alta: Esta categoría la integran los individuos que tienen valores de presión sistólica entre 130 y 139 mmHg, y/o diastólica de 85 a 89 mmHg. Este grupo merece especial importancia, ya que si se asocia a diabetes, el paciente

debe ser considerado como equivalente a hipertenso estadio I y requiere de tratamiento farmacológico.

Cifras ≥ 140 mmHg en la sistólica y/o ≥ 90 mmHg en la diastólica de forma sostenida, establece el diagnóstico de HTA. (5)

Fisiopatología

En sus primeras etapas, que por lo general se caracteriza por elevaciones intermitentes de la presión arterial, la hipertensión primaria generalmente no produce cambios en órganos vitales ni síntomas. Sin embargo, después de una hipertensión prolongada, comienzan cambios patológicos en todo el sistema vascular y en los órganos vitales que irrigan, sobretodo el corazón, riñones y cerebro. A medida que la hipertensión se vuelve crónica, los grandes vasos (como aorta, arterias coronarias, arteria basilar cerebral y vasos periféricos) se esclerosan y se vuelven tortuosos; sus luces constreñidas suministran menores cantidades de sangre a corazón, cerebro y a extremidades inferiores.

El daño vascular continuo tarde o temprano conducirá a una oclusión completa o a ruptura de los grandes vasos.

Los efectos de la hipertensión persistente no son menos devastadores en los vasos pequeños y producen otras anormalidades estructurales en los órganos vitales. La hipertensión diastólica grave específicamente lesiona la capa íntima de los vasos pequeños, produciendo acumulación de fibrina, edema local, y posiblemente coagulación intravascular. Tarde o temprano estos cambios nocivos disminuyen la perfusión cardíaca, cerebral y renal, ocasionando una disfunción progresiva de estos órganos vitales tan vulnerables. (20)

Signos y síntomas

Transpiración excesiva, cefalea, cansancio, ansiedad, palidez, temblor, dolor en el tórax, fosfenos, acufenos, mareos, náuseas, vómitos, debilidad, fatiga, postración, pérdida de peso significativa y disnea (21). En ocasiones no produce síntomas, pero si aumenta el trabajo del corazón, lo debilita al paso del tiempo y aumenta el riesgo de algunas complicaciones.

Diagnóstico

En términos generales, los exámenes rutinarios deberán incluir: glucosa, urea, creatinina, sodio, potasio, biometría hemática completa, colesterol total, lipoproteínas de alta y baja densidad, triglicéridos, calcio, fósforo, ácido úrico, examen general de orina, electrolitos sericos, electrocardiograma y una telerradiografía de tórax. (5)

Tratamiento

Tratamiento no farmacológico: está dirigido a disminuir la ingestión de sodio, alcohol y la grasa de origen animal (polinsaturada en lugar de saturada), a la conservación del peso ideal, aporte dietético de potasio, calcio y magnesio, asociando todas estas medidas al cambio de estilo de vida como son la práctica de ejercicios físicos isotónicos y la psicoterapia de la conducta que incluye la autorrelajación, biorretroalimentación y la meditación. Estas medidas son muy beneficiosas en la mayoría de los hipertensos, y en especial en los ancianos.

Es necesario un plan de prevención primaria para toda la comunidad que promueva estilos de vida saludable aplicables a los que tienen HTA y a los que no la presentan. Los hábitos nocivos a la salud son difíciles de erradicar y necesitan de voluntad, terapia especializada y apoyo psicológico. (18)

Tratamiento farmacológico: El establecimiento del programa de tratamiento farmacológico debe formularse sobre la base de otros aspectos importantes: la edad del paciente, necesidades individuales de fármacos y su dosificación, así como el grado de respuesta a la terapéutica. La adhesión del paciente al tratamiento impuesto es fundamental y debe ser una prioridad lograrlo. Las formulaciones más adecuadas y óptimas son las que garantizan un nivel de efectos terapéuticos durante 24 h. Lo ideal es mantener el 50 % de sus máximos efectos al final de las 24 h. Se pueden usar: diuréticos, betabloqueadores, alfabloqueadores, vasodilatadores, anticálcicos. (22)

Complicaciones

Enfermedad cerebrovascular, hemorragia cerebral, cardiopatía infarto de miocardio, angina de pecho, insuficiencia cardiaca congestiva, enfermedad renal, problemas con los ojos y la muerte. (19)

Factores de riesgo

Los factores de riesgo son aquellas variables de origen Biológico, Físico, Químico, Psicológico, Social, Cultural, etc. Que influyen más frecuentemente en los futuros candidatos a presentar enfermedad.

Control de peso: En caso de obesidad se tiene que favorecer una educación para el control de peso. Disminuir el consumo de sodio. Practicar en forma regular el ejercicio físico de tipo aeróbico de 30 a 40 minutos/día la mayor parte de la semana. Suspender el uso del tabaco. Reducir la ingesta de alimentos ricos en colesterol. Por cada kilogramo que se logre reducir de peso corporal se traducirá en una disminución de la presión arterial. (23)

Alcohol: El alcohol puede producir una elevación aguda de la presión arterial mediada por activación simpática central cuando se consume en forma repetida y puede provocar una elevación persistente de la misma. Si se limita el consumo de alcohol, no se produce una elevación de la presión arterial y pueden mejorar el nivel de colesterol de HDL (lipoproteínas de alta densidad). (23)

Actividad física: El efecto antihipertensivo del ejercicio incluye una disminución de la estimulación simpática al potenciar el efecto de los barorreceptores, también se ha descrito que disminuye la rigidez de las arterias e incrementa la sensibilidad a la insulina. El hacer ejercicio aumenta las lipoproteínas de alta densidad (HDL) y reduce las de baja densidad (LDL), relaja los vasos sanguíneos y puede bajar la presión arterial. (23)

Consumo de cafeína: La ingesta de cafeína en forma de café, té o refrescos de cola, pueden provocar elevaciones agudas de la presión arterial, es importante restringir su consumo. (23)

Cambios en la dieta: Comer demasiada grasa, especialmente las grasas saturadas eleva los niveles de colesterol en sangre, (23)

Otros factores de riesgo pueden ser:

Utilizados para estratificar el riesgo, tabaquismo, colesterol > 250 mg/dl, diabetes, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura, obesidad, estilo de vida sedentario, grupo socioeconómico de riesgo, región geográfica de riesgo. (19)

Prevención primaria

La HTA puede ser prevenida; en caso contrario, es posible retardar su aparición. Por tanto, los programas para el control de esta enfermedad deben incluir, como uno de sus componentes básicos, la prevención primaria. Control de peso, el IMC recomendable para la población general es >18 y <25, el control de peso se llevará a cabo mediante un plan de alimentación y de actividad física adecuada a las condiciones y estado de salud de las personas; Actividad física habitual en sus diversas formas (actividades diarias, trabajo no sedentario, recreación y ejercicio) tiene un efecto protector contra el aumento de la HTA. En el caso de personas con escasa actividad física o vida sedentaria se recomienda incorporar la práctica de actividad física hasta alcanzar 30 minutos la mayor parte de los días de la semana o bien incrementar las actividades físicas en sus actividades diarias (hogar, centros de recreación, caminata, etc.); reducir el consumo de sal y de alcohol; dieta recomendable; tabaquismo.

La educación para la salud y otras acciones específicas para la prevención de la hipertensión arterial deberán ser fortalecidas, principalmente en el primer nivel de atención, así como entre los profesionales de la salud dedicados al cuidado general de las personas. Se deberá de implementar un programa básico que promueva entre la población hábitos de vida saludable, que aproveche el impulso favorable que ha generado en los años recientes la conciencia sobre la trascendencia de este problema, para potenciar las acciones que han puesto en práctica instituciones de salud, organismos públicos y algunas empresas y asociaciones civiles. (24)

VI.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

6.1. Valoración con el referente teórico de D. Elizabeth Orem

FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS:

Sexo: Femenina **Edad:** 87 años

Edo. Civil: viuda **Religión:** católica

Escolaridad: Analfabeta **Ocupación:** Hogar

Familia Nuclear:

Persona que constituye el principal apoyo para el paciente:

Hijos

Dependencia Económica:

De ella y sus hijos.

Condiciones del hogar:

Casa propia de madera, con agua potable, luz eléctrica y baño de letrina.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES:

a. Mantenimiento del aporte de aire suficiente.

FC: 80 x min. **T/A:** 130/80mmHg, **FR:** 20 x'

b. Mantenimiento de un aporte de agua suficiente.

Consume de 300-500 ml. Por día y el refresco lo consume de manera poco frecuente.

c. Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente.

Peso: 53.500 Kg. **Talla:** 1.52 mts. **IMC:** 23.2 **Niveles de Glucosa:** 160 mg/dl

Eritrocitos: **Urea:** 35 mg/dl **Creatinina sérica:** 0.7mg/dl

Acido úrico: 2.8 mg/dl

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

Características de las diuresis: orina de 3 o 4 veces al día, y por las noches se levanta de 1 a 2 veces, orina de color claro y sin molestias, y cuando no consume agua heces de color oscuro.

Características de las evacuaciones: Evacua cada 2 días, heces duras de eliminación difícil, presenta dolor y esfuerzos al defecar.

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

Se encuentra consiente, tranquila, orientada en tiempo y espacio, cooperadora y muy segura de lo que dice, se encuentra sentada en una posición firmes y deambula. No presenta dolor en las articulaciones, afirma que por lo que se pone vitaminas, el ejercicio que realiza es caminar un poco; presenta piel muy sensible, reseca.

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

No presenta problemas de audición ya que “ella dice que escucha bien” pero se tarda un poco para comprender las cosas y le tenía que repetir algunas cosas, no utiliza ningún apoyo para escuchar, presenta problemas visuales con el ojo derecho siente que tiene una telita, tiene lentes de armazón pero no los utiliza, no presenta alteraciones oculares.

Presenta privación de sueño, cuando se levanta al sanitario se le interrumpe el sueño y se siente desesperada, se voltea a cada rato en la cama, se levanta cansada y no acostumbra a tomar siestas durante el día.

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

Se encuentra consiente, utiliza el bastón por las noches como dispositivo de ayuda; no es alérgica a ningún medicamento ni alimento.

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.

Se acepta con su aspecto físico, a pesar de su enfermedad, ya que expresa

sentirse bien de salud, no presenta ningún otro problema y dice que su alimentación le ha ayudado mucho, no necesita ayuda para realizar sus actividades básicas; considera que su vida ha sido productiva ya que lleva una buena relación con sus hijos y porque ha curado a muchas personas con la medicina alternativa; no presenta alteraciones emocionales.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO:

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

Etapas de desarrollo:

Ella recuerda, cuando se le murieron sus papas, su hija de 11 meses de edad, y su esposo hace 13 años; aspectos relevantes a su salud no se acuerda ya que dice que desde que era niña no se enferma con frecuencia.

Rol (es):

Salud Sexual:(No. Parejas Sexuales)

Nada más ha tenido una pareja nunca presento problemas al tener relaciones sexuales, nunca utilizo método de planificación familiar.

Historia Gineco- obstétrica:

Menarca a los 17 años de edad duración de 8 días no presentaba ningún problema durante su menstruación, embarazos 6, partos 6, cesáreas 0, abortos 0, menopausia a los 45 años de edad. Fecha de último Papanicolaou 20 de enero del año 2010 el cual los resultados fueron normales, no presenta flujo, o hemorragias transvaginales.

REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD:

Acude al IMSS 0portunidades cada mes, para su control de la HTA, también se realiza el Papanicolaou cada año, ella sabe que esta enferma y que si no se cuida puede complicarse la enfermedad, realiza actividades de ejercicio como caminar regularmente, no identifica algún obstáculo que le impida continuar o llevar a cabo los cuidados para su diagnóstico y tratamiento.

6.2. Diagnósticos

Dominio 3 Eliminación e intercambio

Clase 2 Función gastrointestinal

Requisito de autocuidado universal: Mantenimiento de agua suficiente.

Requisito de autocuidado de desviación de la salud

Diagnóstico de enfermería 1

00011 Estreñimiento, relacionado con aporte insuficiente de líquidos manifestado por eliminación de heces duras, dolor al defecar, esfuerzo con la defecación.

6.3. Plan de intervención

Objetivo:

Favorecer el hábito de eliminación intestinal, mediante un plan de intervenciones de enfermería para prevenir complicaciones del estreñimiento.

Agente de autocuidado terapéutico

Demanda de autocuidado: Parcial

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio

Intervenciones de enfermería:

0450 Manejo del estreñimiento

Acciones de enfermería:

- 1.- Vigilar la aparición de signos y síntomas del estreñimiento.
- 2.- Identificar los factores que pueden ser causa del estreñimiento que contribuyen al mismo.
- 3.- Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que este contraindicada.
- 4.- Limitar la ingestión de bebidas con cafeína (café, te, cola, chocolate).
- 5.- Enseñar al paciente/familia que registre el color, volumen, frecuencia de las deposiciones.

- 6.- Instruir al paciente/familia a cerca de la dieta rica en fibra, si procede.
- 7.- instruir al paciente/familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento.
- 8.- Sugerir el uso de laxantes/ablandadores de heces, si procede.
- 9.- Dedicar para la defecación un tiempo coherente y sin interrupciones.
- 10.- Disponer intimidad.

Fundamento científico:

- 1.- Es necesario intervenir a tiempo para tratar eficazmente el estreñimiento y reducir el riesgo de complicaciones.
- 2.- La deambulación precoz ayuda a estimular la función intestinal y la recuperación del peristaltismo.
- 3.- Es esencial para las funciones corporales y previene la deshidratación o estreñimiento.
- 4.- El efecto diurético puede reducir el líquido disponible en el intestino aumentando el riesgo de formación de heces secas/duras.
- 5.- Suministrar un recordatorio visual de la eliminación y puede indicar la necesidad de intervención.
- 6.- La ingesta suficiente de fibra y verduras proporcionan volumen, mejora la consistencia de las heces para su eliminación intestinal.
- 7.- El ejercicio mejora el apetito y el tono muscular aumentando la movilidad gastrointestinal, la dieta mejora la consistencia de las heces para la eliminación intestinal, y los líquidos son esenciales para las funciones corporales y previene la deshidratación y el estreñimiento.
- 8.- Ablandan las heces, estimulan los hábitos intestinales normales y la evacuación y disminuyen el esfuerzo al defecar.
- 9.- Para facilitar la recuperación de un patrón normal de eliminación.
- 10.- Favorece el confort psicológico.

6.4 Ejecución

Se orienta a la paciente sobre el estreñimiento, las complicaciones que pueden presentarse como: hemorroides, hernias inguinales etc., si no se tienen los cuidados adecuados, para la eliminación intestinal; se le menciona la diferencia entre una dieta rica en fibras, el ejercicio y la importancia de la ingesta de líquidos; se fomenta el ejercicio y desde hace dos semanas lleva una rutina que consiste en caminar por las mañanas durante 30 minutos. Se le menciona a la paciente sobre alimentos ricos en fibra de acuerdo a sus recursos económicos, se le limitan las bebidas con cafeína y se le aumentan los líquidos, desde hace dos semanas empezando con un litro al día y así aumentándole poco a poco de acuerdo a como se sienta la paciente, y posteriormente se le informa que cuando tenga la necesidad de la eliminación intestinal haga inmediatamente, que no se espere ya que esto favorece el estreñimiento.

6.5 Evaluación

La paciente logró favorecer el hábito de eliminación intestinal con las recomendaciones que se le brindaron durante 1 mes, con los ejercicios recomendados, con los alimentos ricos en fibra y la ingesta de agua, de esta forma el objetivo se logró con la disponibilidad y cooperación de la paciente para mejorar la eliminación intestinal. Las acciones las sigue realizando.

Dominio 4 Actividad / Reposo

Clase 1 Sueño / Reposo

Requisito de autocuidado universal: Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

Requisito de autocuidado de desviación de la salud

Diagnostico de enfermería 2

00096 Deprivación de sueño, relacionado con movimientos periódicos de las extremidades (síndrome de las piernas inquietas), manifestado por incapacidad para concentrarse, desesperación, enuresis nocturna.

Plan de intervenciones

Objetivo:

Lograr descansos confortables, implementando intervenciones para mejorar el sueño de la paciente.

Agente de autocuidado terapéutico

Demanda de autocuidado: Parcial

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio.

Intervención de enfermería:

1850 Mejorar el sueño.

Acciones de enfermería:

- 1.- Explicar la importancia de un sueño adecuado durante la enfermedad, las situaciones de estrés, psicosociales etc.
- 2.- Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (dolor / molestias y frecuencias urinarias y /o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño.
- 3.- Enseñar al paciente a controlar las pautas de sueño.
- 4.- Reducir el ruido y la luz.
- 5.- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse ala cama.

- 6.- Controlar la ingesta de alimentos y bebidas a la hora de irse a la cama para determinar los productos que faciliten o entorpezcan el sueño.
- 7.- Ayudar al paciente a evitar a la hora de irse a la cama los alimentos y bebidas que interfieran el sueño.
- 8.- Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día recomendando una actividad física suave.
- 9.- Enseñar técnicas de relajación.
- 10.- Proporcionar una cama cómoda y parte de sus propias posiciones (almohada, manta)
- 11.- Fomentar medidas de bienestar a la hora de acostarse (baño caliente, masaje y un vaso de leche caliente antes de irse a la cama).
- 12.- Fomentar posturas cómodas.
- 13.- Seguir un horario y rituales regulares para acostarse (infórmele que es la hora de dormir).
- 14.- Reducir la ingesta de líquidos por la tarde, acompañarla al inodoro antes de acostarse.

Fundamento científico:

- 1.- El sueño es reparador y ayuda a que el cuerpo descanse y recupere las funciones perdidas en la enfermedad.
- 2.- El sueño sin interrupciones crea mayor descanso y es posible que el paciente no pueda volver a dormir si se despierta.
- 3.- el mantener un horario para dormir o de sueño ayuda a que durante las horas reales para el descanso la paciente concilie con mayor facilidad el sueño y así sea reparador.
- 4.- Ofrece un entorno que produce sueño.
- 5.- Facilita la relajación y la conciliación del sueño.
- 6.- La identificación de las causas permite fijar medidas correctas que pueden fomentar el sueño/reposo.
- 7.- La cafeína puede retrasar la conciliación del sueño en el paciente e interferir

con el sueño REM (movimiento rápido ocular), haciendo que el paciente no se sienta descansada.

8.- Las actividades durante el día pueden ayudar al paciente a gastar energía prepararse para el sueño nocturno.

9.- Ayuda a inducir el sueño.

10.- Incrementa la comodidad a la hora de dormir y el apoyo fisiológico y psicológico.

11.- Fomenta la relajación. La leche tiene efectos soporíferos, promueve la síntesis de serotonina, neurotransmisor que ayuda al paciente a caer en sopor rápido y prolonga el sueño.

12.- Los cambios de posición modifican las zonas de presión y favorecen el descanso.

13.- Refuerza que es la hora de acostarse y mantiene la estabilidad del entorno.

14.- Reduce la necesidad de levantarse al baño o la incontinencia durante la noche.

Ejecución

Se le informa a la paciente la importancia del sueño y las horas que debe de dormir, desde hace 15 días la paciente tiene un horario para dormir, que es de 09:30 pm. Se le informa que debe de evitar las bebidas por la noche para evitar la enuresis nocturna, de igual forma se le recomienda salir a visitas a sus vecinos, hijos o regar sus plantas esto para limitar el sueño durante el día, lo cual ya lo realiza, antes de dormir se le realizan masajes, y platicó con ella preguntándole que si le preocupa algún problema, cuando se acuesta se le apagan las luces, la televisión, para que no haya ruidos y pueda conciliar el sueño.

Evaluación

La paciente logró disminuir la privación de sueño con la información que se brindó y el horario que tiene para dormir, los masajes que se le realizan, desde hace un mes y medio evita las bebidas por las noches y disminuyó la enuresis nocturna, antes de dormir platicó sus problemas y se siente desahogada y por las mañanas se levanta descansada. La paciente tiene una disponibilidad en las actividades que realiza y las sigue realizando.

Dominio 5 Percepción / Cognición

Clase 4 Cognición

Requisito de autocuidado de desarrollo: Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo.

Requisito de autocuidado de desviación de la salud

Diagnostico de enfermería 3

00131 Deterioro de la memoria, relacionado con trastornos neurológicos, manifestado por experiencias de olvidos, incapacidad para aprender nueva información.

Plan de intervención

Objetivo:

Disminuir en la paciente experiencias de olvido, mediante un plan de acciones de acuerdo a los recursos del paciente.

Agente de autocuidado terapéutico

Demanda de autocuidado: Parcial

Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio / apoyo educativo

Intervención de enfermería:

4760 Entrenamiento de la memoria.

Acciones de enfermería:

- 1.- Redactar experiencias pasadas con el paciente y colocar objetos personales en la habitación.
- 2.- Facilitar el uso de la memoria de reconocimientos de imágenes, como el juego de emparejar cartas.
- 3.- Vigilar la conducta del paciente durante la terapia.
- 4.- Identificar y corregir con el paciente errores de orientación.

Fundamento científico:

- 1.- Los ancianos pueden recordar con más facilidad los sucesos del pasado ya que conservan intacta la memoria a largo plazo y los recuerdos de su vida.
- 2.- Estimula y despierta recuerdos, ayuda a conservar la individualidad a través de logros pasados: aumenta la sensación de seguridad. Ayuda a facilitar la adaptación a un entorno cambiado.
- 3.- Puede estar, inquieta, extremadamente sensible.
- 4.- Ayuda a establecer y mantener la conciencia de la realidad y del entorno.

Agente de autocuidado terapéutico

Demanda de autocuidado: Completa

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatoria

Intervención de enfermería:

4820 Orientación en la realidad.

Acciones de enfermería:

- 1.- Utilizar señales ambientales (signos, cuadros, relojes, calendarios, y codificación en color de ambiente) para estimular la memoria reorientar y fomentar una conducta adecuada.
- 2.- Disponer siestas adecuadas de descanso / sueño durante el día.
- 3.- Implicar al paciente en actividades con importancia individual, incidiendo en las capacidades que conserva y minimizando los fracasos (ej. Habilidades de la vida cotidiana incluyendo la preparación de comidas, actividades de limpieza, hacer la

cama, jardinera, regar las plantas).

4.- Animar a las salidas sencillas, paseos cortos. Vigilar la actividad.

5.- Apagar las luces a la hora de acostarse, proporcionar luces nocturnas en caso necesario.

6.- Evaluar el horario de descanso y sueño.

Fundamento científico:

1.- La disminución de la percepción visual-espacial interfiere con la capacidad de reconocer direcciones y patrones, y el paciente puede perderse incluso en entornos familiares. Las claves son recordatorios tangibles que ayudan al reconocimiento y pueden disimular lagunas de la memoria, aumentando la autonomía.

2.- Previene el cansancio; aumenta el bienestar general.

3.- Potencia la dignidad del paciente, la familiariza con los sucesos familiares y comunitarios y le permite experimentar satisfacción y placeres.

4.- Las salidas refrescan la realidad y aportan estímulos sensoriales agradables que puede reducir la suspicacia causada por los sentimientos de encierro. La función motora puede estar reducida ya que la degeneración nerviosa causa debilidad, reduciendo la energía.

5.- Refuerza el “tiempo de sueño” mientras se cubren las necesidades de seguridad.

6.- Las dificultades del sueño conducen a la falta del mismo y una disminución del estado cognitivo.

Ejecución

Todos los días me ponía a platicar con la paciente sobre experiencias pasadas de ella, de su familia etc. Se colocaron fotografías de infancia y de su familia, desde 15 días juntamente con la paciente a diario jugamos el juego de emparejar cartas y de lotería, se le animó a la paciente a disponer siestas de descanso durante el día, y se realizaron actividades como regar sus plantas, lavar sus trastes etc. Todos los días se le preguntaba que día era, la fecha, el mes; que actividades había realizado un día antes y adonde había salido.

Evaluación

Se disminuyó en la paciente las experiencias de olvido, ya que durante la plática ella recuerda muy bien las experiencias de su pasado y también reconoce las fotografías de su familia, en el juego de lotería y de emparejar cartas se tarda un poco en identificar los personajes, de igual forma cuando se le pregunta la fecha, día, y lo que realizó el día anterior contesta correctamente, pero cuando se le pregunta de varios días antes se tarda un poco en recordar. Las intervenciones siguen realizándose.

Dominio 11 Seguridad / Protección

Clase 2 Lesión física

Requisito de autocuidado universal: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar.

Diagnostico de enfermería 4

00155 Riesgo de caídas, relacionado con edad superior a 65 años, vivir sola, uso de dispositivos de ayuda (bastón).

Plan de intervención

Objetivo:

Disminuir en la paciente el riesgo de caídas mediante un plan integral de cuidados que afecten al mismo.

Agente de autocuidado terapéutico / Agente de autocuidado

Demanda de autocuidado: Parcial

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio

Intervención de enfermería:

6490 Prevención de caídas.

Acciones de enfermería:

- 1.- Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.
- 2.- Identificar las características del ambiente que puedan aumentar la posibilidad de caídas (suelos resbaladizos, y escaleras sin barandillas).
- 3.- Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulaci3n.
- 4.- Compartir con la paciente observaciones sobre el paso y el movimiento.
- 5.- sugerir cambios en el paso del paciente.
- 6.- Obtener zapatos con un buen apoyo y que ajusten bien, zapatillas antideslizantes.
- 7.- Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso.
- 8.- Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.
- 9.- Realizar una evaluaci3n inicial y continua de riesgo de caídas, incluyendo antecedentes de caídas, evaluaci3n de la marcha y del equilibrio, estado cognitivo, uso de accesorios de movilidad, condiciones ambientales.

Fundamento científcico:

- 1.- Fomenta un entorno seguro.
- 2.- Reduce el riesgo de caídas y lesiones.
- 3.- Proporcionar seguridad, bienestar psicol3gico y conserva la energía para una participaci3n continúa.
- 4.- Previene las caídas accidentales y las lesiones, especialmente en pacientes con alteraciones de la marcha, debilidad generalizada, cansancio y trastornos no visuales.
- 5.- Reduce la posibilidad de caídas.
- 6.- Ayuda al paciente a caminar con paso firme y mantener un sentido del equilibrio y a prevenir resbalones.
- 7.- Reduce el riesgo de lesiones y facilita la actividad.
- 8.- previene las lesiones y las caídas resultantes.

9.- Esta información puede ayudar a determinar las posibilidades de que el paciente sufra una caída e identificar los factores de riesgo que se puedan modificar (medicación, trastornos sensoriales no corregidos, zapatos mal ajustados).

Ejecución

Se le informó al paciente que debe controlar su marcha, no debe caminar con prisa para prevenir caídas, de igual manera se le revisa el dispositivo de ayuda, que este en buenas condiciones y se le comenta que debe utilizarlo por las noches para trasladarse fuera de su casa. Se le revisan los zapatos que se encuentren en buenas condiciones, se le colocan los objetos que la paciente no alcanza en una mesa para que no tenga que hacer esfuerzos y se revisa que el piso este limpio que no haya objetos para que no haya caídas en la paciente.

Evaluación

La paciente logró disminuir el riesgo de caídas con las recomendaciones que se le brindaron como de utilizar todas las noches su dispositivo de ayuda ya que lo tiene en buenas condiciones; con la colocación de los objetos al alcance de ella ya no hace esfuerzos, de esta forma el objetivo se logro con la ayuda de la paciente para prevenir caídas; las acciones siguen realizándose.

Dominio 5 Seguridad / Protección

Clase 2 Lesión física

Requisito de autocuidado universal: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar.

Diagnóstico de enfermería 5

00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, relacionado con edad extrema, hidratación, deterioro de la sensibilidad, piel reseca.

Plan de intervención

Objetivo:

Reducir el riesgo de la integridad cutánea mediante acciones de cuidados y vigilancia de la piel.

Agente de autocuidado terapéutico / Agente de autocuidado

Demanda de autocuidado: Parcial

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio / Apoyo educativo

Intervención de enfermería:

5603 Enseñanza: cuidados de los pies.

Acciones de enfermería:

- 1.- Ayudar a desarrollar un plan para la valoración y el cuidado diario de los pies en casa.
- 2.- Recomendar que se explore diariamente toda la superficie de los pies y entre los dedos buscando la presencia de enrojecimiento, calor, sequedad, sensibilidad y zonas abiertas.
- 3.- Recomendar que se seque completamente los pies después de lavarlos, especialmente entre los dedos, y usar una solución suavizante.
- 4.- Instruir al individuo a hidratar diariamente la piel poniendo los pies en remojo o realizando un baño con agua a temperatura ambiente, aplicando posteriormente una crema hidratante.
- 5.- Prevenir posibles causas de lesión en los pies (ejemplo: frió, corte de callos, productos químicos, uso de antisépticos, andar descalzo o usar calzado abierto o sandalias).
- 6.- Enseñar la técnica adecuada para arreglarse las uñas de los pies.
- 7.- Enseñar a la paciente a cambiarse los zapatos dos veces cada día, para evitar presión local repetitiva.
- 8.- Prevenir a cerca de las ropas o las actividades que provoquen presión sobre los nervios y los vasos sanguíneos incluyendo bandas elásticas de los calcetines y cruzar las piernas.

Fundamento científico:

- 1.- Previene la extensión de las infecciones y de las lesiones tisulares.
- 2.- Los problemas de los pies son frecuentes en pacientes ancianos.
- 3.- Previene la sequedad y las grietas en los pies; fomenta el mantenimiento de una piel sana.
- 4.- Previene la sequedad excesiva de la piel; alivia el prurito.
- 5.- El deterioro de la integridad de la piel se puede producir con rapidez y con riesgo de infección y necrosis posiblemente afectando a músculos y huesos.
- 6.- Las uñas rotas o afiladas pueden provocar lesiones en la piel e infecciones.
- 7.- Reduce las posibilidades de lesión dérmica.
- 8.- Evita la irritación dérmica directa y favorece la evaporación de la humedad en la piel.

Agente de autocuidado terapéutico

Demanda de autocuidado: Completa

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio

Intervención de enfermería:

3590 Vigilancia de la piel.

Acciones de enfermería:

- 1.- Observar su color, calor, pulso, textura, y si hay edema y ulceraciones en las extremidades.
- 2.- Observar si hay enrojecimiento y pérdida de la integridad de la piel.
- 3.- Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
- 4.- Observar si la ropa queda ajustada.
- 5.- Vigilar el calor de la piel.
- 6.- Controlar o ayudar a cortar las uñas de las manos, de acuerdo con la capacidad de autocuidado del paciente.
- 7.- Mantener una estricta higiene de la piel, usar un jabón suave, sin detergente (si se usa jabón), secar con suavidad y meticulosamente y lubricar con crema.

8.- Explicar la importancia de cambios frecuentes de posición y la importancia de mantenerse activo.

9.- Recomendar elevar las piernas.

10.- Mantener la ropa de la cama seca y sin arrugas.

Fundamento científico:

1.- Son indicadores de mayor riesgo de crisis, que requiere un tratamiento.

2.- La identificación precoz de zonas con problemas permite intervenciones adicionales para prevenir complicaciones y fortalecer la circulación.

3.- La sequedad o humedad excesiva daña la piel y aceleran su deterioro.

4.- Aumenta las posibilidades de lesión dérmica.

5.- Ofrece la oportunidad para una intervención rápida en poblaciones de alto riesgo que pueden presentar piel y tejido delgados, menores elásticos y mas frágiles.

6.- Previene que el paciente se lesione accidentalmente la piel en especial mientras duerme.

7.- No suele ser necesario un baño diario en pacientes ancianos ya que existe atrofia en las glándulas sebáceas y sudoríparas y el baño puede crear problemas de sequedad de la piel. Sin embargo como la epidermis adelgaza con la edad es necesario la limpieza y el uso de lubricantes para mantener suave y elástica y protegerla de un posible deterioro.

8.- Mejora la circulación y perfusión cutánea al prevenir presión prolongada sobre los tejidos.

9.- Estimula el retorno venoso y reduce la formación de edema en las extremidades.

10.- Reduce/evita la irritación cutánea.

Agente de autocuidado terapéutico

Demanda de autocuidado: Parcial

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio / Apoyo educativo

Intervención de enfermería:

3540 Prevención de úlceras por presión.

Acciones de enfermería:

- 1.- Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.
- 2.- Aplicar barreras de protección, como cremas 2 veces al día y después del baño o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad.
- 3.- Darse la vuelta con cuidado (ejemplo: evitar golpes) para evitar lesiones en una piel frágil; ayudar con ejercicios activos.
- 4.- Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos.
- 5.- Evitar el agua muy caliente y utilizar un jabón suave para el baño.

Fundamento científico:

- 1.- La piel esta en riesgo debido a un deterioro de la circulación periférica.
- 2.- Lubrica la piel y reduce el prurito.
- 3.- Los cambios de posición reducen la presión sobre los tejidos edematosos y mejora la circulación. El ejercicio estimula la circulación y mejora la movilidad de las articulaciones.
- 4.- El masaje directo en la zona afectada puede lesionar los tejidos. Realizar un masaje alrededor de la zona enrojecida mejora el flujo sanguíneo.
- 5.- El agua muy caliente en una piel frágil puede ocasionar lesiones.

Ejecución

Se le informa a la paciente sobre la importancia del cuidado de sus pies y la técnica adecuada para arreglarse las uñas, lo cual desde hace una semana se le ayuda a la paciente a arreglarse las uñas observando diariamente toda la superficie de sus pies y entre los dedos la presencia de alguna zona abierta, enrojecimiento etc. Se le informa también que no debe de andar descalza o usar mucho rato sandalias, esto para prevenir lesiones, se observa y se le menciona que si hay alguna zona de su cuerpo enrojecida que evite darse masajes y evitar la ropa ajustada, cada que se baña usa un jabón suave y evita el agua muy

caliente, y posteriormente utiliza una crema hidratante en todo el cuerpo lo cual la paciente lo realiza todos los días.

Evaluación

La paciente logro reducir el riesgo de la integridad cutánea con la información que se le brindo durante 1 mes, con los cuidados que se le brindaron en la piel; el objetivo se logro con la disponibilidad y la importancia que tubo la paciente hacia las intervenciones y que se siguen realizando.

VII.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El proceso de enfermería y la Teoría de Dorothea Elizabeth Orem, son una herramienta fundamental para que sea aplicada por todo el personal de enfermería, para brindar atención integral a los pacientes que requieran los servicios en cualquier nivel de atención.

También podemos concluir que la paciente ha expresado su agradecimiento por todos los cuidados brindados y los beneficios recibidos durante este proceso ya que siente que los resultados obtenidos contribuirán a mejorar su salud y calidad de vida. De igual manera se le capacita que siga teniendo una correcta alimentación, ya que en la edad adulta es una buena herramienta que le contribuye no solo a mantener el estado de bienestar, si no que también constituye el medio para evitar los trastornos crónicos y hay una rápida disminución de la HTA; en la realización de actividad física de acuerdo a su edad, ya que el ejercicio es útil para evitar o controlar la hipertensión así como para combatir el cansancio y el aburrimiento.

Ya que el cuidado y el control de su salud son muy importantes debido a que aprendiendo a cuidarse evitara padecer complicaciones de la THA y de cualquier otra enfermedad.

Que todo profesional de enfermería capacitemos a la población sobre el cuidado de su salud y prevención de la HTA, realizar pláticas comunitarias en diferentes grupos de edades, llevar un control adecuado de las enfermedades de cada individuo, para prevenir las causas de morbi-mortalidad.

El personal de salud que colabora en el primer nivel de atención, busquen las estrategias necesarias para que la población de las comunidades rurales participen en las actividades y prevenir enfermedades crónico-degenerativas, ya que la HTA es una enfermedad muy frecuente y causa muchas complicaciones si no se tienen los cuidados adecuados.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Marriner Tomey, A. (1994). Modelos y teorías en enfermería (3a. Ed.) España: Diorki.
- 2.- Marriner Tomey, A. y Raile Alligood, M. (2003). Modelos y teorías en enfermería (5a. ed). Madrid España: Mosby.
- 3.- Progras de prevención. (02 de septiembre de 2008). Disponible el 29 de septiembre de 2011 de <http://www.imss.gob.mx/programas/prevencion>.
- 4.- Gallegos K; García Peña C; Duran Muños C; Duran Arenas L. (2006). Autopercepción del estado de salud: Una aproximación a los ancianos en México.
- 5.- Rosas M; Pastelin G; Martínez J; Herrera Acosta J. (2004, 4 abril). HA en México. Guía y recomendaciones para su detección. Control y tratamiento. Archivos de cardiología de México.
- 6.- Dirección General de Epidemiología. (2010) Michoacán.
- 7.- Dirección General de Estadísticas. (2010) Michoacán.
- 8.- Tarjeta de registro y control de enfermedades crónicas, del IMSS oportunidades de la comunidad de Sicuicho.
- 9.- Rodríguez Sánchez, B. (2002). Proceso enfermero: Guadalajara Jalisco.
- 10.-E. Doenges, M, Frances Moor House, M, y C. Murri, A. (2006). Planes de cuidados de enfermería (7a. ed.) MC Graw Hill.
- 11.-Proceso de atención de enfermería. (s.f.). Disponible 8 de Diciembre de 2010 de <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>
- 12.- Orizaga Samperio, J. (2000). Tratado de enfermería practica (4ª. ed.) Graw Hill Interamericana.
- 13.- Hernández Conesa, J., Moral de conatrava, P., y Estheban Albert, M. (2003). Fundamentos de la enfermería, teoría y método (2ª. ed.)Madrid: MC Graw – Hill.
- 14.- Enfermeras teóricas –Dorothea Orem. (s.f.) Disponible 8 de Diciembre de 2010 de <http://www.terra.es/personal/duenas/teoricas3.htm>
- 15.- Hernández Conesa, J y Estheban Albert, M. (1991). Fundamentos de la

enfermería teoría y método (1a. ed.) España.

16.- Teorías y métodos en enfermería. (20 de noviembre de 2008). Disponible 8 de Diciembre de 2010 de <http://perso.wanadoo.es/aniorte-nic/progr-asignat-teor-metods.htm#orem>

17.- Dorothea-wikipedia la enciclopedia libre. (18 de octubre de 2010). Disponible 8 de Diciembre de 2010 de <http://es.wikipedia.org/wiki/Dorothea-orem>

18.- Joaquín Sellen, C. (2008). Hipertensión Arterial, diagnóstico, tratamiento, control.

19.- Genellys Fernández, R. (2008. 6 Noviembre). Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial: Medicina interna cardiología.

20.- García Barreto, D; Alvares Gonzales, J; Hernández Cañero A. (2009, junio). La hipertensión arterial en la tercera edad. Revista cubana de medicina.

21.- Rodríguez S; Méndez O. (2000). Valoración del paciente hipertenso.

22.- Baglivo Hugo P. (2003). Clasificación de la hipertensión arterial y guías de las sociedades Europeas de Hipertensión Arterial y Cardiología.

23.- Huerta Robles, B. (2001, Marzo). Factores de riesgo para la hipertensión arterial. Archivos de cardiología de México.

24.- Norma Oficial Mexicana (NOM-030-SSA2-2009), prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la HTA.

25.- E. Doenges M., Frances Moorhouse, M. Y C. Murr, A. Planes de cuidados de enfermería. (7a. ed.) Mc Graw Hill.

26.- Heather Herdman, T. (2009- 2011) NANDA International, Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación: España.

27.- McCloskey Dochterman, J. y M. Bulechek, G. (2002). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) (4a. ed.) Mosby.

28.- Diccionario de terminología de ciencias Médicas (1998). (13a. ed.)

IX. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Baglivo Hugo P. (2003). Clasificación de la hipertensión arterial y guías de las sociedades Europeas de Hipertensión Arterial y Cardiología.
- 2.- Dirección General de Epidemiología. (2010) Michoacán.
- 3.- Dirección General de Estadísticas. (2010) Michoacán.
- 4.- Dorothea-wikipedia la enciclopedia libre. (18 de octubre de 2010). Disponible 8 de Diciembre de 2010 de <http://es.wikipedia.org/wiki/Dorothea-orem>
- 5.- E. Doenges, M, Frances Moor House, M, y C. Murri, A. (2006). Planes de cuidados de enfermería (7a. ed.) MC Graw Hill.
- 6.- E. Doenges M., Frances Moorhouse, M. Y C. Murr, A. Planes de cuidados de enfermería. (7a. ed.) Mc Graw Hill.
- 7.- Enfermeras teóricas –Dorothea Orem. (s.f.) Disponible 8 de Diciembre de 2010 de <http://www.terra.es/personal/duenas/teoricas3.htm>
- 8.- García Barreto, D; Alvares Gonzales, J; Hernández Cañero A. (2009, junio). La hipertensión arterial en la tercera edad. Revista cubana de medicina.
- 9.- Gallegos K; García Peña C; Duran Muños C; Duran Arenas L. (2006). Autopercepción del estado de salud: Una aproximación a los ancianos en México.
- 10.- Genellys Fernández, R. (2008. 6 Noviembre). Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial: Medicina interna cardiología.
- 11.- Hernández Conesa, J., Moral de conatrava, P., y Estheban Albert, M. (2003). Fundamentos de la enfermería, teoría y método (2a. ed.) Madrid: MC Graw – Hill.
- 12.- Hernández Conesa, J y Estheban Albert, M. (1991). Fundamentos de la enfermería teoría y método (1a. ed.) España.
- 13.- Huerta Robles, B. (2001, Marzo). Factores de riesgo para la hipertensión arterial. Archivos de cardiología de México.
- 14.- Heather Herdman, T. (2009- 2011) NANDA International, Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación: España.
- 15.- Joaquín Sellen, C. (2008). Hipertensión Arterial, diagnostico, tratamiento,

control.

16.- Marriner Tomey, A. (1994). Modelos y teorías en enfermería (3a. Ed.) España: Diorki.

17.- Marriner Tomey, A. y Raile Alligood, M. (2003). Modelos y teorías en enfermería (5a. Ed). Madrid España: Mosby.

18.- Mccloskey Dochterman, J. y M.bulechek, G. (2002). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) (4a. ed.) Mosby

19.- Norma Oficial Mexicana (NOM-030-SSA2-2009), prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la HTA.

20.- Orizaga Samperio, J. (2000). Tratado de enfermería practica (4a. ed.) Graw Hill Interamericana.

21.- Programas de prevención. (02 de septiembre de 2008). Disponible el 29 de septiembre de 2011 de <http://www.imss.gob.mx/programas/prevencion>.

22.-Proceso de atención de enfermería. (s.f.). Disponible 8 de Diciembre de 2010 de <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>

23.- Rosas M; Pastelin G; Martínez J; Herrera Acosta J. (2004, 4 abril). HA en México. Guía y recomendaciones para su detección. Control y tratamiento. Archivos de cardiología de México.

24.- Rodríguez Sánchez, B. (2002). Proceso enfermero: Guadalajara Jalisco.

25.- Rodríguez S; Méndez O. (2000). Valoración del paciente hipertenso.

26.- Tarjeta de registro y control de enfermedades crónicas, del IMSS Oportunidades de la comunidad de Sicuicho.

27.- Teorías y métodos en enfermería. (20 de noviembre de 2008). Disponible 8 de Diciembre de 2010 de <http://perso.wanadoo.es/aniorte-nic/progr-asignat-teor-metods.htm#orem>

28.- Diccionario de terminología de ciencias Médicas (1998). (13a. ed.)

X. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Agencia de enfermería: A las acciones que se desarrollan y ejercitan para el beneficio y el bienestar de otros, es decir son las acciones que los profesionales de enfermería realizan para hombres, mujeres y niños, individuales o en unidades multipersonales, para ayudarles a superar los déficit de autocuidado.

Agente, Que se compromete a realizar un curso de acción o que tiene el poder de comprometerse en un curso de acción.

Agente de autocuidado, el que proporciona el autocuidado.

Agente de asistencia dependiente, es el que se ocupa de la asistencia de niños o adultos dependientes.

Autocuidado: El comportamiento que existe en situaciones de la vida concreta controlados por las personas a favor de si mismo o para regular los factores del entorno que afectan su propio desarrollo y funcionamiento para mantener la vida, la salud o el bienestar.

Auscultación: Método de examen físico que consiste en escuchar los sonidos que se producen dentro del cuerpo especialmente en el corazón, vasos y aparato respiratorio.

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

Caso clínico: Manifestación individual de una persona.

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

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

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

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

Entorno: En este modelo es entendido como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.

Hipertensión Arterial: Aumento del tono o tensión en general; especialmente aumento de la presión vascular o sanguínea.

Inspección: Examen detenido en general; especialmente en que se efectúa por medio de la vista.

NANDA: Utilizando la taxonomía (diagnósticos enfermeros) significa North American Nursing Diagnosis Association, que fue creada en 1962 en miembros estadounidenses y canadienses.

NIC: La Nursing Interventions classifications, de intervenciones de enfermería, es un lenguaje completo y estandarizado que permite describir tratamientos que las enfermeras administran en todos los escenarios posibles y en todas las especialidades.

Palpación: Medio de exploración táctil diagnóstica que consiste en aplicar los dedos o la cara anterior de la mano con presión ligera y profunda, sobre una superficie para apreciar ciertas cualidades.

Percusión: Método de exploración clínica que consiste en golpear una parte del cuerpo con objeto de apreciar las variaciones de sonoridad de esta parte.

Persona: Orem concibe a la persona como una unidad con funciones, biológicas, simbólicas y sociales, y centra su atención en la capacidad de estas para transformar su autocuidado.

Paradigma: Es un modelo patrón o marco referencial en cualquier disciplina científica u otro contexto epistemológico.

Salud: Es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales, y que se diferencia del concepto de bienestar.

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

Volumen sistólico: Es la cantidad de sangre que se expulsa en cada latido.

XI. ANEXOS

GUÍA DE VALORACIÓN (DOROTHEA ELIZABHET OREM)

I. FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

a) Descriptivos de la persona

Fecha: _____ Nombre: _____ Sexo: Masc. ()

Fem. () Edad: _____ Religión: _____

Edo. Civil: _____ Escolaridad: _____

Lugar de residencia: _____ Domicilia actual (calle, numero, colonia):

Características de la vivienda:

Renta _____ propia _____ Otros: _____

Material de construcción:

Adobe _____ Ladrillo _____ Otros: _____

Cuenta con los servicios básicos de vivienda:

Agua potable _____ Luz eléctrica _____

Drenaje _____ Pavimentación _____

Condiciones ambientales de la comunidad:

Servicios básicos:

Alumbrado publico () 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 su familia:

Buena () Regular () Mala ()

Nivel de Educación:

Analfabeta () Primaria () Secundarias () Bachillerato ()

Licenciatura () Otros: _____

Ocupación: _____ Horario: _____

Antecedentes Laborales: _____

Ingreso Económico Familiar:

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

Dependencia Económica: Si () No ()

De quien: Padres () Esposo/a () Otros: _____

b) Patrón de vida

¿Qué actividades recreativas realiza en su tiempo libre?

Sociales () culturales () Deportivas () religiosas ()

Otras: _____

¿Qué hace usted para cuidar su salud? _____

c) Estado de Sistema de Salud

¿Cómo percibe su estado de salud?

Bueno () Regular () Deficiente ()

¿A que servicio de salud acude usted regular mente?

IMSS () ISSSTE () SALUBRIDAD ()

Particular () Otros: _____

Diagnostico Medico: _____

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

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

d) Estado de desarrollo

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

Si () No ()

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

¿Quién autoriza su tratamiento medico? _____

II. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES

a) Mantenimiento del aporte suficiente del aire.

Frecuencia Respiratoria: _____ Llenado Capilar: _____

Cianosis: _____

Si () No () Especifique: _____

Tabaquismo:

Si () No () Especifique: _____

¿Cocina con leña?

Si () No () Cuanto tiempo: _____

Alergias: Si () No () Especifique: _____

Tipo de respiración:

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

Polipnea () Otros: _____

Nariz:

Desviación de tabique () Pólipos () Secreciones ()

Dolor () Edema () Otros: _____

Tórax:

Tonel () En Quilla () En Embudo () Otros: _____

Ruidos respiratorios:

Estertores () Sibilancias () Murmullo Vesicular ()

Padece alguna enfermedad pulmonar:

Si () No () Especifique: _____

Cardiovascular:

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

Otras alteraciones: _____

Al realizar algún esfuerzo físico presenta disnea:

Si () No ()

Apoyo Ventilatorio: _____

b) Mantenimiento de aporte de agua suficiente:

Valore datos de deshidratación:

Mucosa oral: Seca () Hidratada ()

Piel: Seca () Escamosa () Normal ()

Turgencia: Normal () Escasa ()

¿Que cantidad de agua ingiere usted al día?

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

1500-2000ml. () Mas a 2000ml. ()

De donde proviene el agua que consume:

Llave pública () Pipa () Entubado () Garrafón ()

Otros: _____

Utiliza algún método para purificar el agua:

Si () No () Especifique: _____

Ingiere algún otro tipo de líquido durante el día:

Si () No () Especifique cuanto: _____

Aporte de líquidos parenterales: Especifique _____

c) Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos

Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____ Cintura: _____

Ha observado variaciones en el peso:

Si () No ()

Perdida () Ganancia ()

1-3 Kg. () 4-6 Kg. () 7-9 Kg. () Mas de 10 Kg. ()

Dentadura:

Completa () Faltan piezas () Prótesis fija () Prótesis extraíble ()

Especifique: _____

Estado de las mucosas:

Presenta algún problema en la mucosa oral:

Si () No () Especifique: _____

Lengua en tónica () Estomatitis () Xerostomía ()

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

Drenaje purulento () Gingivorragia () Ulceraciones ()

Otros: _____

Alteraciones en cara y cuello: _____

Abdomen:

Peristaltismo: Ausencia () Disminuida () Aumentada () Normal ()

Distención 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 Parenteral ()

Que tan frecuente usted come:

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

Alimento/frecuencia	1	2	3	4
Leche				
Derv. De la leche				
Carnes				
Cereales				
Verduras				
Frutas				
Huevos				
Pescado				
Pasta y harinas				

¿Con que guisa los alimentos?

Aceite () Manteca () Otros: _____

¿Cómo es su dieta habitual?

Sin restricciones () Diabética () Hiposódica ()

Hipoproteica () Hiperproteica ()

Otros: _____

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

Grupo de evacuación intestinal.

Presencia de:

Estoma intestinal: Colostomía () Ileostomía ()

Hemorroides () Pólipo rectal () Rectorragia ()

Otros: _____

Alteraciones al evacuar:

Tenesmo () Pujo () Cólico ()

Otros: _____

Apoyo para la eliminación intestinal:

Movilización () Medicación () Higiene ()

Otros: _____

Evacuación intestinal:

Espontánea () Estreñimiento ()

Diarrea () Otros: _____

Características de las heces fecales:

Café () acolia () melena () otros: _____

Consistencia de las heces fecales:

Pastosa () Semipastosa () Líquida () semilíquida ()

Dura ()

Grupo de eliminación vesical

Presencia de:

Incontinencia () Retención urinaria () tenesmo ()

Disuria () Alteraciones útero-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 respiración:

Cambios en los patrones de sudoración

Disminuida () Ausente () Aumentada ()

Condición o circunstancias:

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

Temperatura ambiental: _____ Otros: _____

Grupo menstruación:

Menarca: _____ Días del ciclo menstrual: _____

Tipo, cantidad y características del flujo: _____

Presenta algún problema durante su menstruación:

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

e) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

REPOSO

¿Cuántas horas duerme habitualmente?

-6 hrs. () 6-8 hrs. () 8-10 () +10 hrs. ()

¿Cómo se encuentra al despertar?

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

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?

Si () No ()

¿Ha sufrido algún cambio su patrón de sueño?

Si () No ()

¿Desde cuando?:

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

Presencia de:

Bostezo () Insomnio () Hipersomnio () Pesadillas ()
Alucinaciones () Ojeras () Ronquido () Enuresis ()
Sonambulismo () Terrores nocturnos ()

Factores que interrumpan su descanso y sueño: _____

¿Acostumbra tomar siestas?

Si () No ()

¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño?

Si () No () Especifique: _____

ACTIVIDAD

Sistema músculo esquelético:

Presencia en articulaciones de:

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

Contracturas () Especifique: _____

Tratamiento: _____

¿Alguna actividad física le produce dolor?

Si () No () Especifique: _____

¿Realiza algún tipo de ejercicio?

Si () No () Cual: _____

Frecuencia/duración: _____

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

Sistema Auditivo:

Presenta problemas de audición:

Si () No () Especifique: _____

Utiliza apoyo para escuchar:

Si () No ()

Presencia de:

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

Tumoraciones () Lesiones ()

Sistema ocular:

Presenta problemas visuales:

Si () No () Especifique: _____

Utiliza lentes:

Almohadilla () Contacto () Tiempo: _____

Presencia de alteraciones oculares:

Si () No () Especifique: _____

¿Con quienes convive diariamente?

Familia () Amigos () Compañeros de trabajo ()

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

Buena () Regular () Mala ()

¿A quienes recurre para platicar de sus problemas?

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

Observar:

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

Extraversión () Otros: _____

Razones que le impiden socializar

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

Dificultad para la comunicación () Otros: _____

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

Sistema neurológico:

Estado de conciencia:

Consciente () Inconsciente () Sopor () Estupor ()

Confusión () coma () Glasgow: _____

Problemas con:

Concentración () Razonamientos () Especificar: _____

¿Utiliza algún dispositivo de ayuda para realizar la deambulacion?

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

Antecedentes heredo familiares patológicos:

Si () No () Especifique: _____

Toxicomanías:

Si () No () Especifique: _____

¿Implementa medidas de seguridad en su persona y familia?

Si () No () Especifique: _____

h) Funcionamiento humano y grupos sociales.

¿Se acepta en su aspecto físico?

Si () No () Especifique: _____

¿Acepta sus 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 ha sido productiva?

Si () No () Especifique: _____

¿Habitualmente presenta alteraciones emocionales?

Si () No () Especifique: _____

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

Desesperanza y negatividad ()

¿Cuál es su reacción ante una situación estresante?

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

Agresión () cólera ()

III.- REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO

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

1.- Etapa 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: _____

Adolecente 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: _____

Cual es orientación sexual: _____

Con que frecuencia tiene actividad sexual _____

Está satisfecho con su vida sexual:

Si () No () Porque _____

Número de parejas sexuales _____

Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales

Si () No () Especifique/tratamiento: _____

Utiliza algún método de planificación familiar:

Si () No () Especifique/tiempo: _____

Número de hijos: _____

Tiene problemas de infertilidad:

Si () No () Especifique: _____

Causa/tratamiento: _____

Presenta alguna enfermedad de transmisión sexual:

Si () No () Especifique: _____

Tratamiento: _____

Cirugías realizadas en aparato reproductor:

Si () No () Especifique: _____

Hombre:

¿Acude a examen próstata/testicular?

Si () No () Frecuencia: _____

¿Presenta problemas de erección?

Si () No () Tratamiento: _____

¿Presenta problemas de eyaculación precoz?

Si () No () Tratamiento: _____

Mujer:

Menarca: _____ Días del ciclo menstrual: _____

Tipo, cantidad y características del flujo: _____

Presenta algún problema durante su menstruación:

Si () No () Ocasional () Especifique: _____
Embarazos___ Partos___ Cesaías___ Abortos___ Óbitos___
Partos prematuros___ Embarazo de alto riesgo___ Periodo inter genésico _____
Menopausia___ Fecha del ultimo Papanicolaou _____
Presencia de flujo/hemorragia transvaginal _____ características _____

¿Existe alteración del crecimiento físico?

Si () No () Especifique: _____

IV.-REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

¿Con que frecuencia se realiza usted chequeo general de salud?

4-6 meses () 6-12 meses () + de 12 meses ()

No se realiza () Especifique: _____

¿Sabe usted de que esta 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 diagnostico, tratamiento y rehabilitación?

Ambientales () Familiares () Personales ()

Especifique: _____

ANEXO
RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO
DIAGNÓSTICO 1

DATOS SIGNIFICATIVOS (evidencia)	ANÁLISIS DEDUCTIVO (Dominio, clase Involucrados)	PROBLEMA (Etiqueta diagnóstica NANDA II) P	FACTOR RELACIONADO (Etiología) E	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (signos y síntomas) S
Mujer que dura 2 días sin defecar, con heces de consistencia dura, dolor y esfuerzos al defecar.	Dominio: 3 Eliminación e intercambio. Clase: 2 Función gastrointestinal. Requisito de autocuidado: Mantenimiento de agua suficiente. * Desviación de la salud.	00011 Estreñimiento Pagina: 102	Aporte insuficiente de líquidos.	Eliminación de heces duras, dolor al defecar y esfuerzos con la defecación.

Objetivo: Favorecer el hábito de eliminación intestinal, mediante un plan de intervenciones de enfermería para prevenir complicaciones del estreñimiento.

ANEXO
RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO
DIAGNÓSTICO 2

DATOS SIGNIFICATIVOS (evidencia)	ANÁLISIS DEDUCTIVO (Dominio, clase Involucrados)	PROBLEMA (Etiqueta diagnóstica NANDA II) P	FACTOR RELACIONADO (Etiología) E	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (signos y síntomas) S
Mujer que por las noches no puede conciliar el sueño, se despierta a cualquier hora o cuando se levanta al sanitario se le interrumpe el sueño y se voltea muy seguido en la cama, se siente desesperada y se levanta muy temprano.	Dominio: 4 Actividad/Reposo Clase: 1 sueño reposo Requisito de autocuidado: Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo * Desviación de la salud.	00096 Deprivación de sueño Pagina: 115	Movimientos periódicos de las extremidades (síndrome de las piernas inquietas), enuresis nocturna.	.Incapacidad para concentrarse y se siente desesperada.
Objetivo: Lograr descansos confortables, implementando intervenciones para mejorar el sueño de la paciente.				

ANEXO
RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO
DIAGNÓSTICO 3

DATOS SIGNIFICATIVOS (evidencia)	ANÁLISIS DEDUCTIVO (Dominio, clase Involucrados)	PROBLEMA (Etiqueta diagnóstica NANDA II) P	FACTOR RELACIONADO (Etiología) E	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (signos y síntomas) S
<p>Mujer de 87 años de edad que tiene dificultad de retener información y que para otro día no se acuerda de las cosas pasadas o se tarda mucho tiempo en recordar.</p>	<p>Dominio: 5 percepción/cognición Clase: 4 cognición Requisito de autocuidado: Desarrollo etapa del siglo vital. * Desviación de la salud.</p>	<p>00131 Deterioro de la memoria Pagina: 171</p>	<p>Trastornos neurológicos</p>	<p>Experiencias de olvidos, incapacidad para aprender nueva información.</p>
<p>Objetivo: Disminuir en la paciente experiencias de olvido, mediante un plan de acciones de acuerdo a los recursos del paciente.</p>				

ANEXO
RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO
DIAGNÓSTICO 4

DATOS SIGNIFICATIVOS (evidencia)	ANÁLISIS DEDUCTIVO (Dominio, clase Involucrados)	PROBLEMA (Etiqueta diagnóstica NANDA II) P	FACTOR RELACIONADO (Etiología) E	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (signos y síntomas) S
<p>Paciente de 87 años de edad, que utiliza el bastón por las noches como método de ayuda, lo utiliza para trasladarse por las noches en las calles que no están pavimentadas.</p>	<p>Dominio: 11 Seguridad protección Clase: 2 lesión física Requisito de autocuidado: Universal prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y en bienestar.</p>	<p>00155</p> <p style="text-align: center;">Riesgo de caídas</p> <p style="text-align: center;">Pagina: 306</p>	<p>Edad superior a 65 años, vivir sola, usos de dispositivos de ayuda.</p>	
<p>Objetivo: Disminuir en la paciente el riesgo de caídas mediante un plan integral de cuidados que afecten al mismo.</p>				

ANEXO
RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO
DIAGNÓSTICO 5

DATOS SIGNIFICATIVOS (evidencia)	ANÁLISIS DEDUCTIVO (Dominio, clase Involucrados)	PROBLEMA (Etiqueta diagnóstica NANDA II) P	FACTOR RELACIONADO (Etiología) E	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (signos y síntomas) S
Paciente que por su edad presenta piel sensible y reseca.	Dominio: 11 Seguridad protección Clase: 2 lesión física Requisito de autocuidado: Universal prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar.	00047 Riesgo de deterioro de al integridad cutánea Pagina: 311	Edad extrema, hidratación, deterioro de la sensibilidad, piel reseca.	
Objetivo: Reducir el riesgo de la integridad cutánea mediante acciones de cuidados y vigilancia de la piel.				



XII.- APÉNDICE
UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE
HIDALGO



FACULTAD DE ENFERMERÍA
CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

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

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

Enterado (a) que el responsable de dicho proceso de enfermería es el (la)

PLE Angelina Diego Hernández doy mi consentimiento para colaborar en el trabajo académico solicitado.

Acepto participar

PLE

Testigo

Morelia, Michoacán. 2011