



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Facultad de Enfermería



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

Que para obtener el Título de Licenciado en Enfermería

Presenta:

P.L.E. Norma Leticia Mateo Ambrocio

Asesor:

MCE. Roberto Martínez Arenas

Morelia Mich. Junio 2012

DIRECTIVOS

Dra. María Leticia Rubí García Valenzuela
Directora de la Facultad de Enfermería

ME. Ruth E. Pérez Guerrero
Secretaria Académica

MCE. Roberto Martínez Arenas
Secretaria Administrativa

MESA SINODAL

Presidente de la Mesa Sinodal

Roberto Martínez Arenas

Vocal 1

Fabiola Núñez Pastrana

Vocal 2

María Isabel Valenzuela Villegas

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por permitirme gozar de salud y llegar a realizar mis sueños.

A mis padres:

Por llenarme de cariño y comprensión en los buenos y malos momentos. Quienes han sido un ejemplo a seguir con su lucha incondicional y dejar serme la persona que ahora soy.

A mi asesor:

MCE Roberto por su apoyo en la realización de este trabajo, ya que sin su ayuda seria mas dificil llegar a cumplir mi meta.

Índice

INTRODUCCION	6
I.JUSTIFICACIÓN.....	7
II.OBJETIVOS.....	9
2.1 General.	9
2.2 Específicos:.....	9
III.METODOLOGIA.....	10
IV. CASO CLINICO.....	11
V. MARCO TEORICO.....	13
5.1 Proceso de enfermería.....	13
5.2 Teoría del Autocuidado de Dorethea E. Orem	32
5.3 Hipertension Arterial.....	37
VI. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	43
6.1. Valoración	43
6.2 Diagnosticos de Enfermería	46
6.3. Plan de Intervención.....	46
6.4 Ejecución.....	46
6.5 Evaluación.....	47
VII. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	58
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	59
IX. BIBLIOGRAFIA.....	61
X. GLOSARIO DE TERMINOS.....	63
XII. APENDICES.....	81

INTRODUCCION

La profesión de Enfermería ha evolucionado de manera significativa, adecuándose a los cambios y necesidades actuales de la población, su participación en los problemas de salud presentes, es fundamental, ya que de la intervención que la enfermera tenga ante las demandas del usuario, dependerá el grado de salud que se promueva y genere en la sociedad. Para poder atender estas necesidades, es importante que el profesional de enfermería conozca los aspectos epidemiológicos que rodean a la población a la cual brindará el servicio.

La sociedad actual se ve inmersa en problemas diversos de salud, de los cuales, algunos tienen repercusiones graves no solo de manera individual, sino colectiva, ya que la atención que demandan los cuidados de éstos sobrepasan, muchas de la veces la capacidad individual, por lo que se requiere la participación de otros. Así, una de estas enfermedades, que en la actualidad han cobrado peso significativo, son las Cronicodegenerativas, cuyas repercusiones son severas y específicas, dependiendo de las características de cada una de ellas. Dentro de éstas podemos mencionar la Hipertensión arterial, cuyas repercusiones son la arteroesclerosis, daño cerebral, insuficiencia cardíaca, etc, entre otras.

Un enfermero, debe ser capaz de señalar e identificar las causas que ocasionan, no solo la presencia de la enfermedad, sino las repercusiones que ocasiona el manejo inadecuado del cuidado y tratamiento del padecimiento. Al ser la hipertensión arterial una enfermedad silenciosa y estar dentro de las primeras causas de muerte, requiere especial atención por parte del personal de enfermería, el cual deberá contar con los elementos necesario, para hacer frente a tan magnificante problema de salud, así pues, deberá utilizar las herramientas necesaria para brindar un cuidado de calidad, a los usuarios que lo demanden.

Una de estas herramientas importantes que favorecen la pertinencia del cuidado, es el proceso enfermero, cuya finalidad, es identificar, las respuestas humanas del paciente, ante dicho problema. Es necesario que este instrumento metodológico, se apoye en un fundamento teórico, que le sustentabilidad científica y práctica el cuidado, así, el desarrollo del siguiente trabajo, dirigido a un paciente con diagnóstico de Hipertensión Arterial se ha fundamentado en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem, quien concibe a quienes reciben los cuidados de enfermería como personas racionales, pensantes, con la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, y también capaces de guiar sus esfuerzos para hacer aquellas actividades que son beneficiosas para sí mismos, es decir para realizar el autocuidado. Desde ésta perspectiva, se buscará que la persona realice el autocuidado, necesario para mantener un equilibrio con su entorno.

I.JUSTIFICACIÓN

Actualmente, las enfermedades cardiovasculares se han convertido en la primera causa de muerte en todos los países del mundo industrializado, el análisis epidemiológico de este fenómeno ha permitido reconocer la existencia de unas variables biológicas denominadas factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, capaces de influenciar la probabilidad del padecimiento de accidentes cerebrovasculares, enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca o arteriopatía periférica. La hipertensión arterial es uno de estos factores de riesgo modificables y es considerado, en la actualidad, como uno de los mayores problemas de Salud Pública.

La prevalencia de hipertensión en una población o, lo que es lo mismo, la proporción de individuos que son hipertensos en un determinado momento, varía ampliamente en función de determinados factores, que incluyen, básicamente, la franja de edad de población considerada, la metodología utilizada en la medida de la presión arterial. Y aun que actualmente la cifra 140/90 mmHg condiciona, definitivamente, la prevalencia de hipertensión en la población, a escala internacional, utilizan los límites de 160/95 mmHg, éstas prevalencias registradas oscilan desde un 10 hasta un 20% de la población adulta (18 años y más) y si los límites utilizados son los de 140/90 mmHg, la prevalencia puede aumentar hasta el 30%.

En España, en la década de los 80, estudios publicados arrojan unas tasas de prevalencia de alrededor del 20%, utilizando el criterio de 160/95 mmHg, que se eleva hasta cerca del 35% en algunos casos cuando se utiliza el de 140/90 mmHg. En el único estudio transversal de ámbito nacional, llevado a cabo en 1990 y que incluía unos 2.000 individuos seleccionados aleatoriamente, la tasa de prevalencia fue del 45%. Esta tasa tan inusualmente elevada, aún aplicando el criterio de 140/90 mmHg tiene su explicación en la franja de población adulta estudiada, que fue la de 35 a 64 años, mientras que los estudios anteriormente mencionados abarcaron edades a partir de los 18 años, según los casos, los individuos mayores de 65 años.

La prevalencia de hipertensión arterial en México es de 30.05%. Al igual que en otros países, la frecuencia de hipertensión se vincula con la edad, la obesidad y el género, y es el segundo motivo de consulta en el primer nivel de atención. Sólo 19.4% de los pacientes hipertensos con tratamiento se encuentra bajo control, esto es, con cifras de presión arterial menores de 140/90 mmHg.¹ Resultados similares se han encontrado en otras partes del mundo, cualesquiera que sean los recursos médicos y las técnicas disponibles. El porcentaje de pacientes controlados varía de 5.4% en Corea a 58% en Barbados; en EUA es de 36.8% y en Egipto y China de 8%. La hipertensión arterial se sitúa entre las enfermedades de mayor relevancia debido a su gran magnitud y amplia distribución, por lo que los esfuerzos dirigidos a determinar su prevalencia e identificar los factores de riesgo

relacionados constituyen acciones prioritarias de salud pública, indispensables para establecer estrategias tendentes a disminuir la incidencia y a limitar la morbilidad relacionada con dicho padecimiento. (1)

La hipertensión arterial suele iniciarse entre los 25 y los 55 años de edad, la hipertensión es rara antes de los 20 años de edad. En las personas jóvenes la hipertensión arterial por insuficiencia renal, estenosis de la arteria renal, constituye una proporción creciente de casos. (2)

Cada año, 25 mil personas, adquieren la enfermedad de la Hipertensión, la cual es una la causa de muerte silenciosa en miles de personas, seguida de la Diabetes Mellitus, siendo Michoacán, el primer lugar, con padecimientos al miocardio, ya que de 100 que los padecen 50 mueren en el primer infarto, de estos 50 restantes 25 mueren en el segundo y finalmente pocos son los que prevalecen con los cuidados necesarios. (3)

En el centro de salud de la comunidad de Tarecuato se encuentran en tratamiento farmacológico 139 pacientes por enfermedad crónica de los cuales 62 pacientes con Hipertensión, 54 Diabetes, 9 en Obesidad y 14 en Síndrome Metabólico. Por lo que es importante mencionar que estos son solo pacientes que acuden al centro de salud. (4)

II.OBJETIVOS

2.1 General.

Aplicar el proceso de enfermería con el referente teórico de Dorothea Orem en un paciente con diagnóstico médico de Hipertensión Arterial

2.2 Específicos:

- Valorar el estado de salud, buscando evidencias necesarias para elaboración de diagnóstico de Enfermería.
- Elaboración de planes de intervención, con acciones pertinentes adecuadas a las necesidades del paciente
- Ejecutar las intervenciones de enfermería fundamentadas en razonamientos científicos y metodológicos.
- Buscar la autonomía en el Autocuidado del paciente con Hipertensión Arterial.
- Realizar un trabajo académico que sea utilizado para fines de titulación.

III.METODOLOGIA

Para la realización del presente trabajo fue necesario tomar un curso del Proceso Enfermero mencionando los antecedentes, conceptos en el cual se describieron ampliamente las cinco etapas que son Valoración, Diagnostico, Plan de Intervención, Ejecución y Evaluación. Así mismo se mencionó sobre la teoría del Autocuidado de Dorothea E. Orem y se narraron los principales conceptos utilizados por esta teórica. Ya que se menciona sobre el papel que juega la enfermera y lo importante que es la intervención de esta profesión en un paciente sano o enfermo, familia o comunidad. Y el modelo en que Orem orienta los conceptos del metaparadigma enfermero.

El caso clínico se llevo a cabo en un paciente con hipertensión arterial con el referente de Dorothea E. Orem basado en la Teoría del Autocuidado, realizando los diagnósticos de enfermería, elaborando planes de intervención y ejecutando las acciones de Enfermería para lograr fomentar y/o mejorar el Autocuidado del paciente.

Se aplicó una guía de valoración al paciente en la que nos permitió realizar un caso clínico referente al mismo, y poder saber las necesidades o hábitos del paciente. Y posteriormente identificar diagnóstico de enfermería, para ayudar al paciente en su tratamiento o enfermedad. Y se revisaron junto con el asesor y determinar los más adecuados.

Se documentaron los resultados obtenidos para estructurar un trabajo académico, que permita, a través de la presentación ante un jurado, la obtención del grado de Licenciado en Enfermería.

IV. CASO CLINICO

T.S.C. femenina de 64 años de edad originaria de la comunidad de Tarecuato, Municipio de Santiago Tangamandapio, Michoacán, residente del mismo lugar, escolaridad analfabeta, dedicada al hogar, es de religión católica casada desde los 17 años de edad. Madre de cuatro hijos todos aparentemente sanos, con los que mantiene buena relación. Habita casa propia construida de ladrillo, todos los servicios intradomiciliarios, sin promiscuidad ni hacimiento. Vive con esposo, tres de sus hijos y con cuatro nietos y los demás radican en la misma comunidad por lo que en ocasiones la visitan. Depende económicamente de su esposo, que es albañil y cubre parte de los gastos de la casa y la otra aparte la cubren sus hijos con los que vive, entre ellos cubren los gastos de su casa, en apoyo de su otro hijo que no vive con ellos.

Pesa 79 kg. talla 1.49 mts. índice de masa corporal 35.58, lo que la lleva a un grado de obesidad grado II, consumen verduras (cayote, zanahoria, brócoli, papa), frutas (jícama, manzana, sandía, papaya), carne, huevo, leche tres o cuatro veces por semana. Generalmente desayuna té de manzanilla con una porción de pan, nopales y carne de res guisados y agua de naranja; comida: huevo, pescado, siete tortillas, un vaso de refresco o agua y una porción de fruta de temporada, merienda: frijoles fritos y café con leche, en los últimos 9 mese aumento dos kilogramos por lo que menciona que "estoy haciendo lo posible por ya no consumir tanta sal, pan y lo que me haga daño" consume un litro de agua, 500ml de refresco al día, y sus heces son semipastosas una vez al día. Aseo personal baño y ropa exterior e interior cada tercer día; cepillado dental tres veces al día. Duerme seis horas diarias y se levanta descansada, la mayoría de los días, por que en ocasiones no puede dormir, se preocupa por su mamá que padece de Embolia. Dedicar aproximadamente 8 horas al trabajo domestico, dos o tres veces por semana sale a caminar en compañía de su esposo o hijas, y los demás días convive con sus nietos que es su mayor diversión.

Se encuentra consiente, orientada en tiempo y espacio, con lenguaje fluido y coherente, con presión arterial 140/90mmHg, frecuencia cardíaca 75x', frecuencia respiratoria 19x' y temperatura de 36.5°C. Menarca a los 14 años, Menopausia a los 51, inicio de vida sexual activa a los 17 , y tuvo su primer hijo a los 18 años, no utilizo ningún método de planificación familiar. Cursa Hipertensión Arterial, tratada desde hace 4 años, sin embargo dejo el régimen terapéutico por aproximadamente 3 años ya que no sentía molestia alguna. Dentadura incompleta, disminución de La agudeza visual, desde hace un año le recomendaron uso de lentes, pero no los utiliza por decidía. La paciente se encuentra preocupada porque su madre padece Diabetes Mellitus 2 y actualmente un cuadro de embolia, desde hace 6 meses. Y menciona que "mas que preocuparse por su padecimiento, se preocupa por su mamá", pero que si toma su medicamento como se lo receta el medico. Plan Terapéutico:

captopril tabletas de 25mg vía oral cada 8 horas por un mes, Metoprolol tabletas 100mg cada 12 horas por un mes, dieta hiposódica baja en grasa e hipocalórica, ejercicio aeróbico 40 minutos diario

V. MARCO TEORICO

5.1 Proceso de enfermería

Historia y antecedentes de enfermería

En siglos pasados los cuidados de enfermería eran ofrecidos por voluntarios con escasa formación, por lo general mujeres por distintas órdenes religiosas. La enfermería moderna comenzó a mediados del siglo XIX. Uno de los primeros oficiales de formación para las enfermeras comenzó en 1836 en Alemania a cargo del pastor Theodor Fliedner. Por aquel tiempo otras órdenes religiosas fueron ofreciendo también formación de enfermería de manera reglada en Europa, en España la mala situación de enfermería se prolonga hasta los años 20, aunque en 1915 se instituyó el título de enfermera por primera vez en la historia. La primera escuela española de enfermeras fue la escuela de Santa Isabel de Hungría en Madrid, fundada por el Dr. Rubio y Galí. En el año 1952 se crea el título de Auxiliar Técnico Sanitario que unifica los planes de estudio de practicantes, comadronas y enfermeras por primera vez, y empieza a dar consistencia al trabajo de las enfermeras hasta llegar al año 1977 en que se crea el título de Diplomado en Enfermería que permite que las enfermeras tengan una formación universitaria.

Florence Nightingale definió la enfermería como el acto de influir sobre el entorno del paciente para ayudarlo a su recuperación. La Asociación Norteamericana de Enfermería (ANA) describe el ejercicio de la enfermería como directo, orientado hacia unos objetivos y adaptables a las necesidades de los individuos, familia y comunidad, tanto en la enfermedad como en la salud. (5)

El proceso enfermero ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. En 1967 Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía en proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de la década de los años 70, Blach, Roy, Mundinger y Jauron y Aspinall añadieron la fase diagnóstica, dando lugar al proceso en cinco fases. Para la Asociación Americana de Enfermería (A.N.A.) el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión; su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementando la calidad en la atención al individuo, familia y comunidad. (6)

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 la Práctica de enfermería. Recientemente los exámenes estatales de licenciatura fueron revisados para comprobar la capacidad de los aspirantes a licenciatura en enfermería de utilizar los pasos del proceso de enfermería. (7)

En el año 1955 durante una conferencia pronunciada por Lydia Hall en Nueva Jersey formuló su conocida afirmación la asistencia sanitaria es un proceso que tiene como proposiciones fundamentales al paciente, para el paciente y con el paciente. Hall puso de manifiesto que las personas son el objeto en el que se aplican los cuidados enfermeros. Hall inicio el periodo en el que los enfermeros tratan de analizar sus acciones para con ello procurar la identificación de los elementos que la componen, estudiar su naturaleza y definirla.

No fue sino hasta la década siguiente cuando comienza a apreciarse un significativo interés por el proceso de enfermería, momento en el que se desarrollan las obras de Ida Jean Orlando, Dorothy E. Johnson y Ernestine Wiedenbach. La primera de ellas fue quien propuso la "Teoría del Proceso Deliberativo", que es considerada como la formulación embrionaria del proceso de Enfermería, ya que propone la distinción entre las acciones deliberadas y las automáticas de los profesionales. Para Orlando el proceso enfermero es deliberativo, al identificarlo como un conjunto de acciones de los enfermeros dirigidas hacia el comportamiento del paciente, de tal modo que la relación interpersonal es una de las dimensiones fundamentales de su teoría, al igual que la conducta del paciente y la acción del enfermero estando todas ellas encaminadas hacia la mejora de la conducta de las personas a quienes atiende. Johnson afirmó que "la confirmación de la enfermería consiste en facilitar el funcionamiento eficaz de la conducta del a paciente antes, durante y después de la enfermedad", al definir al hombre al hombre como un sistema de conducta.

Wiedenbach desarrollo los conceptos que hoy día subyacen en el Proceso de Enfermería, como el propósito de las acciones enfermeras, las creencias que motivan y orientan sus intervenciones, el tipo de conocimientos que precisa para la emisión de un juicio o las aptitudes que debe desarrollar para lograr los resultados esperados. (8)

Conceptualización del proceso

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 (Smith y Germain, 1975). El proceso de enfermería consta de cinco fases sucesivas e interrelacionadas: valoración, diagnostico, planificación, ejecución y evaluación, estas fases integran las funciones intelectuales de resolución de problemas en un esfuerzo por definir las acciones de enfermería. J. Jara afirma que el proceso enfermero es "La aplicación del método científico a la enfermería". (7.9)

El proceso de enfermería implica una relación interaccional entre el cliente y la enfermera, sienta el cliente el centro. La enfermera convalida con el cliente las observaciones, y conjuntamente utilizan el proceso. Esto ayuda al cliente a afrontar los cambios de salud reales o potenciales, dando como resultado una atención individualizada. (7)

Se puede definir el proceso de enfermería en relación con tres importantes dimensiones: propósito, organización y prioridades.

Propósito: El principal propósito del proceso de enfermería es proporcionar un marco dentro del cual se pueden satisfacer las necesidades individualizadas del cliente, familia y comunidad. Yura y Walsh (1988) afirman que el proceso de enfermería es una serie designada de acciones que pretenden cumplir el propósito de la enfermera, conservar el estado óptimo de salud del cliente y en caso de cambiar este estado, proporcionar la cantidad y calidad de cuidados de enfermería que requiera su estado para recuperar su salud. En caso de no poder recuperar su salud, el proceso de enfermería deberá contribuir a la calidad de vida del cliente, aumentando los recursos para alcanzar la mayor calidad de vida posible durante el máximo tiempo posible. Es dotar a la enfermera de una estructura para poder prestar atención identificando las respuestas del sujeto.

Organización: El proceso de enfermería está organizado en cinco fases identificable valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Es la estructura que tiene el proceso enfermero en la que podemos ver un orden y secuencia en etapas que a su vez tienen una organización interna en fases. (8.7)

Propiedades: El proceso de enfermería tiene seis propiedades. Es resuelto, sistemático, dinámico, interactivo, flexible y con base teórica.

Se puede describir el proceso de enfermería como *Resuelto* ya que va dirigido a un objetivo el proceso, es *sistemático* implica la utilización de un enfoque organizado para lograr su propósito. Este método fomenta la calidad de la enfermería y evita los problemas asociados a la intuición o a los cuidados tradicionalmente administrados. Como el método de solución de problemas. Es *Dinámico* ya que implica un cambio continuo. A medida que adquiere más experiencia, combinando en ocasiones distintas actividades para conseguir el mismo resultado final. Se trata de un proceso *continuo* centrado en las respuestas cambiantes del cliente, que se identifican durante la relación enfermera-cliente. La naturaleza *interactiva* del proceso de enfermería se basa en las relaciones recíprocas que ocurren entre la enfermera y el cliente, la familia y otros profesionales de la salud. Este componente garantiza la individualización de los cuidados del cliente. La *flexibilidad* del proceso se puede demostrar dentro de dos contextos: **1)** se puede adaptar a la práctica de enfermería en cualquier situación o área de especialización que se ocupe de individuos, grupos o comunidades y **2)** se pueden usar sus fases de forma sucesiva y concurrente. El proceso de enfermería posee una *base teórica*, el proceso se ha ideado a partir de una amplia base de conocimientos incluyendo las ciencias y humanidades, pudiendo aplicarse a cualquiera de los modelos teóricos de enfermería. *Humanístico* considerar la mente, el cuerpo y el espíritu, centrado en objetivos los pasos de proceso están diseñados para centrar la atención en sí la persona que demanda los cuidados de salud obtiene los mejores resultados de la manera más eficiente. (10.7)

Los objetivos y características de la atención de enfermería son diversos y variados, como lo son las personas, familia o comunidades destinatarias de la misma, sus necesidades específicas y los eventuales problemas de salud que presenten. Desde una perspectiva holística, que toma en consideración todas las dimensiones de la persona y su entorno, se deben tener en cuenta, las necesidades fisiológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales del ser humano. Cualquier factor que impida o dificulte la satisfacción de tales necesidades, ya sea interno o externo, priva a la persona de su total autonomía y pueden requerir una actuación de enfermería destinada al restablecimiento de la salud en su sentido más amplio. (11)

La expresión proceso de enfermería se refiere a la serie de etapas que lleva a cabo la enfermera al planificar y proporcionar la asistencia que brinda. Descrito por varios autores como la aplicación del método para la solución de problemas. O método científico, a la práctica de la enfermería, el proceso proporciona una estructura sistemática en la que pueda basarse la atención de enfermería, de manera que la enfermera brinde una asistencia continua, coordinada y racionalizada, en aras del bienestar del paciente. Tiene como elemento esencial el ser planificado, centrado en el paciente, orientado a problemas y dirigido a metas definidas. El término paciente se utiliza para referirse a quien recibe los cuidados, y que puede ser un individuo, una familia o una comunidad. (12).

La labor de enfermería esta orientada no solamente hacia la atención de la persona enfermera que requiere unas actividades concretas para el alivio de sus padecimientos y la recuperación de la salud, sino también hacia la persona sana, en el área de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Se acepta que la labor de enfermería comprende tres niveles:

Nivel primario: Encaminado al mantenimiento y promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, implica una actividad de enfermería tanto asistencial como pedagógica y se centra en la importancia de la salud y sobre la responsabilidad individual, familiar y comunicaría para mantenerla, así como la oportuna información sobre los eventuales peligros que pueden amenazar la salud y los medios que pueden emplearse para conservar en estado optimo de bienestar físico, psicológico y social.

Nivel secundario: Correspondientes a las intervenciones asistenciales o curativas que tienen por objeto tratar los problemas de salud ya establecidos o potenciales y prevenir su eventual agravamiento, mediante la elaboración e instauración de un plan de actuaciones de enfermería destinado también a evitar o reducir el riesgo de posibles complicaciones.

Nivel terciario: Dirigido a la rehabilitación y correspondientes a las intervenciones de enfermería orientados al apoyo de la persona en su adaptación a determinadas dificultades ocasionadas por un problema de salud y la superación de los efectos de eventuales secuelas. El objetivo de este nivel consiste en la consecución de un

grado de satisfacción óptimo de las necesidades personales básicas a pesar de las limitaciones temporales o permanentes impuestas por el estado de salud. (11)

Metodología

La práctica de enfermería requiere que en el marco de un modelo conceptual se aplique un método a partir del cual se puedan estructurar de una manera eficaz todas las intervenciones, desde el primer contacto con la persona hasta la finalización de las actividades encuadradas dentro de su ámbito de responsabilidades. Este método científico general, basado en el conocimiento procedente de la información y la experiencia en el marco de los valores humanistas, así como en la racionalización, aplicado en el campo de la enfermería hace posible los siguientes puntos esenciales:

Una mejor aproximación a los problemas y necesidades de la persona.; Un acuerdo establecimiento de prioridades en todo lo referente a las necesidades de la persona.; La adecuada formulación de las estrategias de actuación oportunas para cubrir las necesidades de la persona.; El desarrollo de una práctica reflexiva.; La planificación y ejecución de intervenciones autónomas, de las cuales la enfermera es responsable.; Unos cuidados de calidad, personalizados, humanos, centrados en la persona y en sus vivencia; Una máxima eficacia y continuidad en el trabajo asistencial; Una optima coordinación de las diferentes intervenciones del equipo sanitario. (11)

Para aplicar el proceso de enfermería la enfermera (o) debe reunir una serie de competencias profesionales en las áreas del saber, saber hacer y saber ser y convivir para aplicar el proceso con facilidad y lograr los cambios que favorezcan la salud del usuario, familia y comunidad. Las competencias del área del saberse refieren al dominio de conocimientos propios de la enfermería y de disciplinas afines y complementarias a la profesión que son sustento teórico de los cuidados enfermeros y permiten abordar la problemática del usuario desde diferentes puntos de vista (biológico, sociológico, antropológico, fisiológico, etc.). (6)

Se trata de un proceso continuo pero integrado por diferentes etapas, y se tiene como objetivo fundamental la personalización y la adecuada planificación y ejecución de los oportunos cuidados orientados al bienestar de la persona. Puesto que el proceso de enfermería implica una actuación constante reflexiva y a todos los niveles para poder determinar y cubrir los requerimientos de la persona no sólo desde una dimensión física o biológica, sino también desde las perspectivas psicológica, sociológica, cultural y espiritual.

Pueden distinguirse cinco fases, cada una de las cuales debe ser adecuadamente cumplimentada para el logro satisfactorio de los objetivos: valoración, diagnóstico de enfermería, plan de intervención, ejecución, evaluación.

Fases del proceso de Enfermería:

Fase de Valoración

Es la etapa inicial del proceso de enfermería y requiere la máxima exactitud posible tanto en los datos obtenidos del paciente como en los resultados de los análisis y demás estudios que se efectúen para evaluar su estado de salud y sus necesidades. (11) Obtener información que nos permite identificar la necesidad de dicha acción y las características que debe tener. (9) La valoración es la recogida continua de datos sobre el proceso de salud para controlar las evidencias de problemas de salud y factores de riesgo que pueden contribuir a éstos. (10)

En la valoración se incluye la recogida de datos, su verificación, organización, comprobación de las primeras impresiones y su anotación, y en ella se incluyen los métodos de entrevista, observación y valoración física. En esta fase se recopilan datos sobre la persona que permiten registrar las respuestas físicas, las ideas, valores y sentimientos a través de los cuales se identifican las necesidades de la persona y se determinan las prioridades del plan de cuidados. En la primera parte del proceso, las creencias, los conocimientos y las capacidades del profesional son los principales factores influyentes en el modo en que se desarrolla la intervención clínica. Las creencias engloban las consideraciones de cada profesional sobre la disciplina, la salud, la persona y sus interrelaciones; los conocimientos incluyen el nivel de instrucción en ciencias biológicas y psicológicas como elementos indispensables para la valoración de la persona a la que se atiende y por último las capacidades son de naturaleza técnica e interpersonal y entre ellas se incluye la creatividad, el sentido común y la flexibilidad.

Por su parte, y entre los métodos que se utilizan en la valoración la entrevista clínica permite al enfermero adquirir la información precisa, establecer la relación enfermero-paciente, determinar las áreas que precisan de una valoración específica y aquellas en las que el cliente puede identificar problemas y establecer objetivos. La observación sistemática se realiza a través de los sentidos y, según los estudios del proceso actuales, el modo en que se matizan las impresiones iniciales. La exploración física permite 1) definir aún más las respuestas del cliente ante el proceso patológico, sobre todo aquellas respuestas susceptibles de ser tratadas con acciones de enfermería; 2) establecer una base de datos para comprobar a la hora de evaluar la eficiencia de las intervenciones de enfermería o médicas, 3) justificar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista u otra relación enfermera-cliente. (8)

Recoger y examinar la información sobre el estado de salud, buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que pueden generar problemas de salud. También puede buscar evidencias de los recursos con que cuenta el cliente. Considerada así misma como un proceso puesto que integra actividades de recogida de datos y de análisis y síntesis de los mismos. (10.9)

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. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
 - Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud. (13)

Valorar la situación del sujeto en el proceso de cuidar en enfermería puede de manifiesto el carácter autónomo de nuestra actuación, que exige dotarnos de información suficiente para dar una respuesta profesional a la demanda de cuidados de los sujetos, permitiendo adaptar la respuesta a cada uno de ellos y modificarla si fuera necesario en respuesta a posibles cambios. (9)

En esta etapa se recogen los datos sobre el proceso de salud para controlar las evidencias de problemas de salud y factores de riesgo que pueden contribuir a éstos. La labor de recopilación y posterior análisis de datos se basa en la observación directa ya sea en forma de signos clínicos o bien de referencias verbales claras recogidas en el curso de la entrevista o la exploración, sobre los siguientes ámbitos: información de carácter general, características personales, hábitos, sistemas de apoyo, antecedentes personales y familiares relacionados con la salud, estado físico, datos biológicos, psicosociales. (11)

Sus actividades están centradas en la recogida de la información relativa al cliente, al sistema cliente/familia, o la comunidad con el propósito de identificar las necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas del cliente. Los datos se recogen de forma sistemática, utilizando la entrevista, la exploración física, los resultados de laboratorio y otras fuentes. (7)

La flexibilidad de esta fase resulta tal que es posible efectuar una exploración física sin que esté determinada la metodología específica a seguir. Así pues, el profesional de enfermería puede elegir un método para una exploración sistemática hasta tal punto que es posible, y según Alfaró-LeFevre es incluso recomendable usar la forma que se vuelva automática.

De acuerdo a las características que los estudiosos conceden a la primera fase del Proceso de Enfermería, el hecho de que la metodología a emplear sea adaptable a todos y cada uno de los modelos enfermeros actuales tan sólo pueden responder a la necesidad de controlar y especificar las acciones que se llevan a cabo en el entorno clínico, sin que lleve aparejada una perspectiva científica respecto a la metodología concreta más adecuada para el fin que se propone. El Proceso de Enfermería todavía es encuadrado en situaciones de enfermedad, o que contribuye a la continuidad en la indefinición del objeto de estudio, y la utilización de la observación sensible como un método de recogida de datos, en lugar de proponer la objetivización para este proceso, le proporciona las características del conocimiento precientífico, ya que si tuviera los caracteres del conocimiento científico cada una de las afirmaciones y modos de recopilación de los datos deberían estar, al menos, en fase de contrastación. (8)

Los datos útiles requeridos para la valoración del estado de la persona y sus necesidades pueden provenir de diversas fuentes, si bien, cuando resulta posible, se considera que la información primaria debe obtenerse a partir de la propia persona enferma, a través de la entrevista y el examen físico, los datos de laboratorio y los resultados de las pruebas complementarias.

La entrevista es un método de comunicación que constituye una auténtica técnica de observación, en la cual se plantean preguntas directas sobre los puntos de interés pero, donde también se brinda a la persona la oportunidad de expresarse libre y espontáneamente, animándola asimismo a manifestar sus sentimientos, percepción de la situación y preocupaciones. El cuestionario debe cubrir diversas áreas de interés y, para que sea completo, conviene recurrir al uso de formularios preestablecidos, en especial si no se tiene suficiente experiencia. No obstante, se trata no sólo de preguntar y escuchar con atención las respuestas de la persona, sino también de entender la importancia de la observación. Se trata de sus expresiones faciales y gestos, así como de advertir la forma en que habla y traduce de forma no verbal sus emociones, puesto que todo ello puede brindar una información de inestimable importancia que, de otra manera, podría llegar a pasar inadvertida.

También debe tener en cuenta la información procedente de fuentes secundarias, como son las aportaciones de familiares e integrantes del entorno de la persona enferma, así como los datos registrados en la historia clínica actual o en alguna anterior y los informes derivados de los demás miembros del equipo de salud. La recogida de datos, debe ser continua mientras persista la relación con la persona. A lo largo de su trabajo el personal de enfermería no debe dejar de observar, indagar, consultar, cuestionar, recopilar y validar datos relativos a la persona enferma que está a su cargo, dado que de este modo probablemente se adquiera una información capaz, incluso, de aconsejar una modificación o el replanteamiento del plan de intervención en cualquier punto de su desarrollo.

En esta fase es importante la organización y el registro de los datos obtenidos para prevenir el olvido de información relevante y poder formular el diagnóstico y planificar un plan de intervención para y con la persona. (11)

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

Los tipos de datos:

- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica (Sentimientos).
- Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento.
- Datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).
- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual. (13)

Fase de Diagnóstico

La segunda fase del proceso de enfermería corresponde al análisis e interpretación de los datos recogidos en la etapa previa. Esta etapa permite determinar con la mayor claridad posible y de manera concisa el problema específico que presenta la persona y las fuentes de dificultad que lo provocan. Se trata de elaborar el diagnóstico de enfermería, punto prioritario para establecer la situación y necesidades de la persona, así como para plantear los cuidados de enfermería más oportunos. Gracias a esta fase del proceso, pueden sacarse conclusiones válidas acerca de los problemas que presenta la persona y, consecuentemente es posible diseñar un plan de intervenciones adaptado a sus necesidades. (11)

Análisis de los datos para identificar claramente tanto los datos como los recursos como los problemas de salud reales o potenciales. Par determinar exactamente cual es el problema. Determinar si se han abordado todos los diagnósticos y problemas que deben tratarse para lograr los objetivos marcados, y que han identificado los recursos y puntos fuertes. (10)

Los diagnósticos son las etiquetas identificar y nombrar las situaciones de cuidados que tratamos. Analizar los datos para identificar claramente tanto los recursos como los problemas de salud reales y potenciales. (9.10)

Para planificar la atención de enfermería y decidir las intervenciones más adecuadas es necesario identificar primero los problemas del paciente, que pueden ser reales o potenciales, los primeros son los que en opinión de la enfermera, le están causando dificultades en el momento. Los posibles problemas son los que pueden surgir por la naturaleza de la alteración de la salud del paciente o los planes de asistencia diagnósticos o terapéuticos. Los problemas deben identificarse en forma sistemática, el enfoque de las capacidades fundamentales ayuda a que la enfermera revise de esa manera los problemas actuales o potenciales en donde necesita ayudar al paciente. La enfermera debe examinar los datos recogidos en la hoja de evolución de enfermería y ver cuales son las manifestaciones de dependencia e independencia del paciente, las cuales le favorecen o impiden satisfacer sus necesidades por un problema físico, psicológico, sociológico o espiritual. (12)

Los diagnósticos de enfermería consisten en un juicio clínico sobre las respuestas de una persona, una familia o una comunidad, frente a procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de la actuación enfermera destinada a lograr objetivos de los que la enfermera es responsable.

Los diagnósticos enfermeros pueden ser:

Diagnóstico real: Describe respuestas humanas a procesos vitales, estado de salud que existe en un individuo, familia o comunidad. Se apoya en características definitorias (manifestaciones, datos objetivos y subjetivos) que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionados. El diagnóstico de enfermería real se compone de tres partes que son el problema, el factor relacionado o la causa del mismo y los datos objetivos y subjetivos que indican su presencia, en la primera parte se identifican las respuestas humanas recopiladas durante la valoración y sugieren los resultados a alcanzar, mientras que el factor relacionado, que contribuye a la manifestación de la respuesta, indica las intervenciones enfermeras adecuadas. Gordon fue quien definió los componentes del diagnóstico de enfermería como "síndrome PES", siendo acrónimo del problema, la etiología y las señales o síntomas. (7.8)

Diagnóstico de riesgo: Describe respuestas humanas a estados de salud, procesos vitales que pueden desarrollarse en un individuo, familia o comunidad vulnerables. Se apoya en factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad. Describe respuestas humanas o situaciones de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, una familia o una comunidad vulnerables. (11.8)

Diagnósticos de salud: Describe respuestas humanas en un individuo, familia o comunidad que presentan un buen nivel de salud, pero que tienen el potencial para poder alcanzar un grado superior. En el caso de los diagnósticos de salud no es preciso identificar las causas. (11). Son un juicio real que se emite en una situación de salud pero que podría alcanzar un nivel mayor.

El diagnóstico enfermero propuesto por la NANDA describe la respuesta humana con los que, identifica a éstas como los fenómenos de interés y estudio de la enfermería y, fundamenta la investigación enfermera en la descripción de lo que observa. Sin embargo, y a pesar de las propiedades que se le pretende atribuir, la característica fundamental de la ciencia es la explicación pues en ella reside su poder y por lo tanto las herramientas que utilizamos para elegir explicaciones adecuadas con poderosos instrumentos para el conocimiento científico, y es por ello por lo que la explicación es evidentemente un concepto primordial para la práctica de la ciencia. La filosofía de la ciencia actual argumenta que si la descripción de los hechos no puede hacerse sin asumir compromisos teóricos, los esquemas y hábitos explicativos que estas teorías proporcionan difieren, en importantes sentidos, de la descripción y son previos a la misma. (8)

Cada diagnóstico de enfermería consta de dos partes: en una se expresa el problema, mientras que en la otra se intenta determinar la causa o su probable origen.

Primera parte: Comprende el enunciado del diagnóstico y se refiere a la alteración, dificultad o situación que determina el personal de enfermería en la fase de valoración. Usualmente se trata de un problema de salud que se intentará prevenir o corregir mediante los pertinentes objetivos de la intervención terapéutica. Existen excepciones, puesto que algunos diagnósticos contemplan situaciones o patrones de normalidad.

Segunda parte: Corresponde a una causa y los factores relacionados, la etiología. Se trata de los elementos internos o externos (fisiológicos, medioambientales, socioculturales, psicológicos o espirituales) que pueden provocar, contribuir o participar en la génesis de la situación determinada. Dado que generalmente el diagnóstico se refiere a un problema de salud, tales factores deben tomarse en consideración para poder prevenir, minimizar o aliviar dicha situación anómala, teniendo en cuenta que la posibilidad de que se requieran actuaciones diferentes para tratar un mismo problema. En algunas ocasiones, en vez de factores relacionados se mencionan factores de riesgo, cuando el diagnóstico hace referencia a la posibilidad de desarrollo de una determinada alteración. (11)

Analizar los datos e identificar los problemas reales y potenciales, que constituyen la base del plan de cuidados. Identificar los recursos que son esenciales para desarrollar un plan de cuidados eficiente. (10)

En esta etapa se intenta examinar y dimensionar con la máxima objetividad posible de los datos recopilados, para posteriormente confrontarlos con los parámetros normales de los diversos factores que aseguran la satisfacción de las necesidades del ser humano. De este modo pueden determinarse las alteraciones presentes en la persona o que ella misma experimenta, los problemas de cooperación actuales y los potenciales, aparentes y no aparentes, que permitan conformar un cuadro global de la situación.

En esta fase del proceso se pueden obtener conclusiones válidas acerca de los problemas que presenta la persona y es posible diseñar un plan de intervención adaptado a sus necesidades.

Se deben considerar los hechos, comportamientos, signos y síntomas; identificar las relaciones existentes entre los diversos elementos; determinar el grado de autonomía de la persona; indagar las causas que provocan las dificultades que presenta la persona enferma; establecer prioridades y prevenir posibles consecuencias. Siempre debe tener en cuenta que todo cambio desfavorable en la satisfacción de alguna necesidad fundamental (de orden biológico, psicológico, social, cultural o espiritual) que se expresa a través de manifestaciones observables directas o indirectas, resulta de utilidad, junto a las posibles causas para la formulación del diagnóstico de enfermería. (11)

Al analizar las manifestaciones de dependencia pueden establecer una serie de diagnósticos de enfermería reales o potenciales, así como complicaciones que pueden presentarse a consecuencia de la patología y la alteración de las necesidades fundamentales. Para establecer en forma correcta el diagnóstico de enfermería hay que evitar hacer juicios de valor y tener presente que el ser humano es un ente integral, de manera que la insatisfacción de una necesidad repercute a menudo en otras. Si al hacer el análisis la enfermera se concentra en un signo o síntoma aislado en vez de hacerlo en todo en conjunto, puede elaborar un diagnóstico erróneo, ya que un indicio aislado no hace un diagnóstico de enfermería. Una vez identificados los problemas, se ordenan según su importancia, no es posible atender todos al mismo tiempo, ni tampoco ayudar al paciente en todos a la vez. En consecuencia, es necesario decidir cuáles puede ayudar a resolver la enfermera y los que debe atenderse primero. Al establecer prioridades para ayudar a planificar las intervenciones de enfermería, es útil la guía de Maslow sobre la jerarquía de las necesidades humanas. Al conocer las necesidades humanas básicas, puede dirigir sus acciones o ayudarlo a resolver los problemas que afectan su capacidad para satisfacer las necesidades esenciales para su bienestar o su recuperación. (12)

Fase de planeación

Es la base de planificación de desarrollar las estrategias para evitar, reducir o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería. Se plantean las estrategias encaminadas a prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados previamente. Es una etapa orientada a la acción, ya que se trata de establecer un plan de actuación y determinar sus diferentes pasos, los medios requeridos para su consecución, las intervenciones concretas que se deben instaurar y las precauciones que corresponden adoptaren el curso de todo el proceso de enfermería. (7.11)

Comprobar si los objetivos y las intervenciones son los apropiados y si el paciente esta en camino de lograr los objetivos. (10)

Su interés radica fundamentalmente en la formulación de los objetivos que se deben alcanzar para poder resolver las situaciones identificadas como problemas a través de la valoración y etiquetadas posteriormente como diagnósticos. Estos objetivos son imprescindibles en la evaluación de resultados puesto que son el referente para poder medir el efecto de las acciones realizadas sobre la situación del sujeto. Un aspecto importante de la planificación es también la descripción de las tareas necesarias para dar una respuesta individualizada a la situación de cada sujeto. En este sentido y cuando trabajemos en esta etapa de planificación nos referimos a los protocolos de actuación y los llamados Grupos de Diagnósticos Relacionados (GDR) a los proyectos de Nursing Interventions Classification (NIC) y Nursing Outcomes Classification (NOC).

Planificación o propuesta de un plan de cuidados que incluirá los objetivos que permiten dicho plan y las acciones que se consideran necesarias para conseguir dichos objetivos. Es importante señalar el papel que estos objetivos tendrán en la evaluación. (9)

Se incluye el desarrollo de las estrategias diseñadas bien para reforzar las respuestas saludables de la persona, bien para impedir, reducir o corregir las respuestas insanas. A su vez, este estadio consta de dos pasos lógicos y consecutivos elaborados para proporcionar unos cuidados adecuados al estado de salud del paciente. En primer lugar se deben establecer las prioridades, por lo que es preciso un sistema para determinar qué diagnósticos serán tratados. El segundo método para priorizar las intervenciones enfermeras está basado en la jerarquía de las necesidades humanas de Maslow y Kalish que perfecciono la teoría del primero. Esta teoría describe las necesidades del hombre en cinco niveles Fisiológico, seguridad, social, estima y autorrealización, y sigue que el hombre cubra estas necesidades en sentido progresivo, por lo que las fisiológicas se sitúan de modo prioritario ante el resto de necesidades. De estas afirmaciones se desprende que cuando se satisfacen estas necesidades básicas, el cliente no puede desear o ser incapaz de afrontar necesidades de niveles superiores. La práctica

diaria de enfermería permite afirmar que no siempre las necesidades se cubren en sentido lineal y progresivo, lo que se constituye en un fenómeno de investigación propio de enfermería.

Tras los objetivos se formulan las intervenciones de enfermería que deben estar basadas en principios científicos, ser coherente he individualizadas, según Iyer, Taptich y bernocchi-Losey las intervenciones de enfermería se desarrollan de distintas formas, incluyendo la formulación de hipótesis y la tormenta de ideas. Respecto a las hipótesis afirman que los profesionales de la enfermería las formulan cuando predicen las alternativas apropiadas para obtener el resultado esperado y formular fundamentos de una parte en su éxito previo y de otra en los conocimientos habilidades y recursos del cliente, de tal modo que estas técnicas permite a la enfermera aplicar principios científicos, desarrollar enfoques creativos pata solucionar problemas y facilitar la administración de cuidados individualizados. (8)

Determinar los resultados deseados e identificar las intervenciones para lograr los resultados. (10)

La atención profesional de enfermería se basa en principios, más que en la aplicación de técnicas sistemáticas o estándar. Los conocimientos científicos en que se fundamenta la enfermería aumentan de manera constante; las técnicas y procedimientos de atención se revisan en forma continua porque surge nueva información. La enfermera no puede depender de un repertorio de habilidades y procedimientos para llevarlos a cabo toda la vida. Las habilidades y técnicas pronto se vuelven obsoletas. Debe fundamentar su práctica en los principios relativamente constantes que guiarán en la modificación de técnicas que ha aprendido o le permitirán adquirir nuevas habilidades y técnicas. Esto hace que la enfermera se desarrolle como profesional y realice una práctica reflexiva de su trabajo.

Implica determinar lo que puede hacer la enfermera para ayudar al paciente a elegir las intervenciones adecuadas para lograrlo. La planificación es un proceso continuo. Los problemas del paciente cambia, algunos se resuelven con rapidez, otros que parecen menores empeoran repentinamente, surgen algunos nuevos. En ocasiones una intervención de enfermería no logra su propósito con éxito y hay que analizar otros métodos. En consecuencia la aplicación de la atención de enfermería debe revisarse en forma constante. La planificación incluye dos tipos de actividades por parte de la enfermera: establecer metas que el paciente quiera alcanzar e idear un plan de acción para lograrlas.

Identificación de los principios pertinentes: la enfermería es una ciencia aplicada. Sus bases teóricas provienen de muchas disciplinas, que incluyen las ciencias biofísicas y médica, farmacología, nutrición y ciencias sociales. Los principios que se aplican en la práctica de la enfermería pueden derivar en cualquiera de estas áreas.

Determinación de los resultados finales esperados u objetivos: La identificación de los problemas del paciente permite establecer las metas o resultados finales esperados que debe lograr con ayuda de las acciones de enfermería. Estas metas deben ser realistas, mensurables y alcanzables en los términos potenciales del paciente y de la capacidad para ayudarlo a lograrlas. Los resultados finales esperados describen la conducta que se espera que logre el paciente. (12)

Las intervenciones enfermeras suelen clasificarse en dependientes, interdependientes e independiente y se centran en las actividades necesarias para el fomento, conservación o restablecimiento de la salud del cliente. Mientras que primer el tipo de intervención es aquella en la que el profesional de enfermería ejecuta el tratamiento facultativo, las interdependientes son llevadas a cabo junto con otros profesionales del equipo de salud, y las intervenciones independientes de enfermería, aquellas que deberían identificar de modo univoco los fenómenos propios de investigación y aplicación práctica intencional, se define como aquellas actividades que pueden realizar las enfermeras sin necesidad de una orden médica. La intervención independiente enfermera es identificada por ausencia de una orden facultativa. (8)

En la fase de planificación se desarrollan estrategias para evitar, reducir o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería. La fase de planificación consta de varias etapas:

- 1.- Establecer prioridades para el diagnóstico de problemas.
- 2.- Fijar con el cliente los resultados para corregir, reducir o impedir los problemas.
- 3.- Escribir intervenciones de enfermería que conduzcan al logro de los resultados propuestos.
- 4.- Registro, en el plan de cuidados, de los diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería de forma organizada. (7)

Fase de Ejecución

Esta etapa corresponde a la puesta en práctica del plan de actuaciones elaborado previamente y cuya meta es la conducir a la persona hacia la óptima satisfacción de sus necesidades. En tales actuaciones, dependiendo de cada situación, pueden intervenir, según sean las necesidades, posibilidades y disponibilidades, el equipo de enfermería, la persona enferma y su familia. Realización de las acciones proyectadas. (11.9)

Determinar si el plan se está poniendo en práctica tal como está prescrito e identificar los factores que pueden facilitar o dificultar el progreso. (10)

Tras estas fases el profesional de la Enfermería se introduce en la ejecución que se divide a su vez, en tres etapas: la preparación, la intervención propiamente dicha y la documentación o registro tanto de las intervenciones enfermeras como de las respuestas del cliente, y se consideran independientes del modelo organizativo utilizado para satisfacer las necesidades de la persona a la que se cuida. Los modelos actuales para la organización de la atención enfermera varían desde la denominada enfermería funcional, en las que se distinguen la tareas a realizar y las personas que las ejecutarán; la enfermería de equipo, en la que distintos niveles profesionales desarrollan una actividad coordinada en los cuidados enfermeros; la enfermería primaria, en la que el personal de enfermería es responsable de dirigir los cuidados de un cliente o un grupo, y el control de caso, modelo que organiza los cuidados dentro de un límite de tiempo compatible con el periodo de permanencia designado por el médico del cliente. Este último modelo de prestación de cuidados parece haber sido el más en boga en la década de 1990 y, a pesar de haberse desarrollado en último lugar, constriñe las intervenciones de las directrices de otra disciplina, y por su propia definición, ha sido encuadrada en el sistema hospitalario aun estando de acuerdo a su denominación, más acorde con la práctica enfermera de Atención Primaria. (8)

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

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. (13)

La ejecución es el inicio y terminación de las acciones necesarias para lograr los resultados definidos en la fase de planificación. Implica de comunicación del plan de todas aquellas personas que participen en los cuidados del paciente. Las intervenciones pueden llevarse a cabo por miembros del equipo de salud, el cliente o sus necesidades. El plan de cuidados se utiliza de forma orientativa. La ejecución incluye la anotación en los documentos apropiados de los cuidados prestados al paciente. Esta documentación verifica que se ha llevado a cabo el plan de cuidados, pudiendo utilizarse como instrumento para evaluar la eficacia del plan. (7)

Una vez que se desarrollan los planes de atención de enfermería, la etapa siguiente es llevarlos a la práctica o ejecutarlos. Las instrucciones deben ser lo bastante detalladas y específicas para que todo el personal de enfermería que entre en contacto con el enfermo, realice los procedimientos en la misma forma y a las horas indicadas, seguido esto en una documentación exacta y completa de los acontecimientos que se produzcan en esta etapa del proceso. En cada institución, los planes de asistencia se complementan con un registro diferente de los planes e atención de enfermería en los que se incluyen los diagnósticos y problemas de enfermería. Los objetivos, las intervenciones y la evaluación. Este tipo de registro permite que la enfermera responsable del servicio de cada turno pueda ver rápidamente lo que debe hacer y, permite valorar la obtención de resultados, de manera que la enfermera sea capaz de modificar el plan de asistencia de nuevo sino se alcanzan los objetivos. Al ejecutar la acción de enfermería, la enfermera puede proporcionar atención directa a un paciente o participar en actividades indirectas que contribuyan a esos cuidados. Así la atención de enfermería incluye una gran variedad de intervenciones específicas de enfermería. (12)

Implica la comunicación del plan de todas aquellas personas que participan en los cuidados del paciente. Las intervenciones pueden llevarse a cabo por miembros del equipo de salud, el cliente o sus familiares. La enfermera sigue recogiendo datos relacionados con el estado del cliente y su relación con el entorno. (7)

Durante la fase de ejecución, la comunicación entre el personal de enfermería y el enfermo, verbal o no verbal, adquiere una importancia excepcional. Deben explicarse con detalle los cuidados y requerimientos y la forma de ejecución, las rutinas del centro, las exploraciones y los tratamientos a que debe someterse. En todo momento debe someterse una comunicación pedagógica con intención de enseñanza, ya sea de cuidados generales (alimentación, higiene, prevención de enfermedades y recursos para potencial la salud), o bien de actuaciones específicas relacionadas con el padecimiento concreto de la persona y sus limitaciones.

Fase de Evaluación

La última fase del proceso de enfermería, corresponde a una actividad continua mediante la cual se determina, con la persona enferma, hasta qué punto se han alcanzado los objetivos propuestos previamente y los resultados de la aplicación del plan de cuidados. (11)

La evaluación es la fase que determina la calidad de los cuidados prestados, obliga a la revisión de datos y cada uno de los pasos establecidos por el Proceso de Enfermería y permite apreciar tanto los progresos experimentados por el paciente como la adecuación de las intervenciones enfermeras. Estas dos dimensiones permiten garantizar la calidad de los cuidados de enfermería prestados. Una valoración precisa, unos

diagnósticos apropiados, una planificación realista y una ejecución pertinente parecen ser los criterios que procura asegurar esta última etapa. A pesar de situarse en el extremo final del proceso está presente en todas y cada una de las fases, pues la dirección que tomará cada una depende de la anterior al ser una metodología organizada de un modo consecutivo. (8)

Considerada como el momento para contrastar los resultados obtenidos de nuestras acciones con los objetivos previstos, identificando los cambios que se han producido en las situaciones identificadas. Su consideración como última etapa dentro del proceso enfermero no impide que las acciones que comporta se lleven a cabo a lo largo de todo el proceso enfermero y en cualquier momento del mismo. La evaluación es la garantía de calidad del proceso enfermero. (9)

La evaluación es el proceso por el que se determina el grado en que se alcanzan los objetivos implica comparar con estándares predeterminados. Al valorar la eficiencia de las acciones de enfermería es importante tener en mente criterios precisos, que deben ser observables y mensurables. En esta forma es posible ver el progreso, y si algún método de enfermería en particular no parece eficaz, puede intentarse una acción diversa. El logro de ciertas metas puede significar que el paciente está listo para alcanzar otras. Además de evaluar la eficiencia de la acción de enfermería en relación con los logros del paciente de los resultados finales esperados, la enfermera examina en forma crítica la solidez del plan de desarrollo.

Si los resultados finales de la atención de enfermería se han pensado en forma cuidadosa y completa y los estándares se han indicado con claridad la enfermera puede comparar los logros del enfermo con estos estándares. Al valorar los logros del paciente en el resultado final esperado, la enfermera revisa los puntos. Establecer los criterios en forma de pregunta ayuda a que la enfermera sea objetiva y busque indicaciones específicas que señalen que los resultados finales esperados se han alcanzados. Las preguntas no siempre se escriben, pero la enfermera principiante puede encontrar que al escribirlas se le facilita desarrollar la costumbre de preguntarse los aspectos que llevan implícitos las metas de asistencia del paciente. La enfermera evalúa la eficiencia de la atención de enfermería por sus observaciones del paciente. La evaluación significa un nuevo estudio y obtención de información adicional. La enfermera puede identificar nuevos problemas, modificar su plan de asistencia o decidir si intenta intervenciones distintas de las que no tuvieron éxito. (12)

Es un proceso continuo que determina hasta que punto se han alcanzado los objetivos asistenciales. La enfermera valora el progreso del cliente, establece medidas correctoras si es necesario y revisa el plan de cuidados de enfermería. (7)

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

comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

El proceso de evaluación consta de dos partes:

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

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. (13)

Se trata de una etapa compleja, dado que deben juzgarse diversos elementos, y requiere una recopilación de nuevos datos, su análisis y una posible reflexión, para poder determinar si se han logrado los objetivos propuestos o si han surgido nuevas necesidades. Debe tomar en consideración los resultados obtenidos con las intervenciones y también la percepción y las reacciones de la persona enferma a los cuidados y su grado de satisfacción, así como el análisis crítico de todo el proceso desarrollado. (9)

Pensamiento crítico

Se define como el proceso de disciplina intelectual de conceptualizar, aplicar, analizar, sintetizar y evaluar en una forma activa y especializada la información recopilada o generada por la observación, la experiencia, la reflexión, el razonamiento o la comunicación, como norma de creencia y acción. (14)

Es un pensamiento con características de ser deliberado, cuidadoso y dirigido a metas. Es un proceso mental que implica el examen y el análisis racional de toda la información e ideas disponibles, así como la formulación de conclusiones y decisiones. El pensamiento crítico se relaciona con el proceso por que es una parte esencial en el método de solución del problema y de la toma de decisiones y por consiguiente es una habilidad indispensable para aplicar cada una de las etapas del proceso enfermero. Los componentes del pensamiento crítico son: los conocimientos, la experiencia práctica, el empleo del método científico, la aplicación del proceso enfermero y la toma de decisiones clínicas. (6)

El pensamiento crítico requiere habilidades cognitivas, psicomotoras y afectivas para utilizar como herramientas una base global de conocimientos, el proceso de enfermería y las normas de cuidados establecidas, así como la investigación en enfermería, con el fin de analizar datos y planificar un programa de actuación basado en nuevas percepciones y conocimientos. (14)

5.2 TEORÍA DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

Orem una de las enfermeras Americanas más destacadas nació en Baltimore, Maryland. Empezó su carrera de enfermera en la escuela de enfermería del Providence Hospital en Washington, donde recibió un diploma de enfermería a principios de la década de los treinta. En 1939 obtuvo su BS en enfermería y en 1945 su MS en docencia en enfermería por la Catholic University of Americana en Washington. En 1980 perfecciono e incremento sus ideas para incluir el autocuidado en las familias, los grupos y las comunidades. (15.16)

Sus experiencias incluyen actividades de enfermería quirúrgica, enfermería de servicio privado, miembro del personal hospitalario en unidades médicas pediátricas y de adultos, supervisora de noche en urgencias y profesora de ciencias biológicas. Orem sustento el cargo de directora de la escuela de enfermería y del departamento de enfermería en el Providence Hospital Detroit de 1940 a 1949.

En 1959 inicio su labor como profesora colaboradora de educación enfermera en la CUA (Catholic University of América), trabajo también como decana en funciones de la escuela de enfermería y como profesora asociada de educación enfermera. Continúo desarrollando su concepto de enfermería y autocuidado en la CUA. Orem se jubiló en 1984. (15)

Orem publicó por primera vez su concepto sobre la enfermería para proporcionar el autocuidado de un individuo en 1959 en su *Guides for Developiing Currirula for Education of Practical Nueses*, en una publicación de l estado. En 1971 público sus ideas centrándose en el individuo en su *Nursinh: Concepts of Practice*. En 1980 y 1085 perfecciono e incremento sus ideas para incluir el autocuidado en las familias, los grupos y las comunidades. (16)

Fuentes teóricas

Orem identifico su visión fisiológica como una visión de realismo moderado, como la describe Wallace Banfield, concluyo que la visión de los seres humanos como seres dinámicos, unitarios que viven en sus entornos que están en proceso de conversión y que poseen libre voluntad, así como otras cualidades humanas esenciales, son el funcionamiento de la TED. Orem explico con detalle sus interpretaciones sobre la persona en un estudio. La teoría de la acción en la perspectiva de la persona como actor o agente deliberado, forma la base para la teoría.

Utilización de pruebas empíricas

Orem formulo su concepto de enfermería en relación al autocuidado como parte de un estudio sobre la organización y la administración de los hospitales, estudio que ella llevo acabo en la Indiana State Department of Health. Adquirió su conocimiento de las características de la práctica enfermera a lo largo de varios años. Orem identifico dos conjuntos de ciencias enfermeras especulativas: las ciencias de la práctica enfermera incluye la

ciencia de la enfermería completamente compensatoria, enfermería parcialmente compensatoria y la de apoyo educativo o de desarrollo de enfermería, y las ciencias enfermeras que sirven de funcionamiento incluyen la ciencia del autocuidado y la asistencia humana. (14)

La teoría de Orem consta de tres teorías, que en su conjunto se refieren a la Teoría General de la Enfermería de Orem.

Teoría del autocuidado: Abarca todas las actividades llevadas a cabo de forma independiente por un individuo para promocionar y mantener el bienestar personal durante toda su vida. Un requisito del autocuidado es un consejo formulado y expreso sobre las acciones que se deben llevar a cabo por que se consideran necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas. (16)

El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. Orem contempla el concepto "auto" como la totalidad de un individuo, incluyendo no sólo sus necesidades físicas, sino también las psicológicas y espirituales y el concepto "cuidado" como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma normal para él. El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar. Consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar. (17.16)

Requisitos de autocuidado

Es un consejo formulado y expreso sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se consideran necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas. (15)

Son las acciones o medidas utilizadas para proporcionar autocuidado, también se les denomina necesidades de autocuidado. Consta de tres categorías: *Universales* requisitos comunes en todos los individuos, *Desarrollo* requisitos de autocuidado universales específicos consecuencias de la maduración o de nuevos requisitos desarrollados como resultado de una situación o un suceso y de *Desviación de la salud* requisitos que son el resultado de una enfermedad, lesión o alteración o de su tratamiento. (16)

Requisitos de autocuidado universales

Los requisitos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tienen sus orígenes en el que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del círculo vital.

Necesidades de autocuidado terapéutico

Están constituidas por el conjunto de medidas de autocuidado necesarias en ciertos momentos o durante un cierto tiempo para cubrir todas las necesidades conocidas de autocuidado de una persona. Según las condiciones existentes y las circunstancias se utilizarán métodos adecuados para controlar o dirigir factores identificados en las necesidades, cuyos valores son reguladores del funcionamiento humano (suficiente aire, agua y comida), cubrir el elemento de actividad de la necesidad (mantenimiento, promoción, prevención y provisión).

Actividad de autocuidado

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

Agente

Es la persona que se compromete a realizar un curso de acción o que tiene el poder de comprometerse en un curso de acción. (15)

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

Actividad enfermera

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

Diseño enfermero

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

Teoría de sistemas de Enfermería: Señala que la enfermera es una acción humana; los sistemas enfermeros son sistemas de acción formados por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad enfermera, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente. Son las series y las secuencias de las acciones prácticas deliberadas de las enfermeras que actúan a veces de acuerdo con las acciones de las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes y para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad. Esta compuesta por tres sistemas de enfermería para satisfacer los requisitos del autocuidado:

Sistema de enfermería totalmente compensatorio: Se utiliza cuando la agencia de autocuidado del paciente es tan limitada que el bienestar del paciente depende de otros. Ayuda y protege al paciente.

Sistema de enfermería parcialmente compensatorio: Cuando un paciente puede satisfacer parte de los requisitos de autocuidado, pero requiere de la ayuda de la enfermera para satisfacer otros.

Sistema de enfermería de apoyo-educativo: Se utiliza cuando un paciente puede satisfacer los requisitos del autocuidado pero necesita ayuda en la toma de decisiones, el control de la conducta o en la adquisición de habilidades, en este sistema la enfermera intenta proporcionar al órgano de autocuidado. (16)

Utilizar el modelo de Orem como marco de referencia para valoración, implica recolectar datos relacionados con los seis requisitos universales del autocuidado: Aire, agua y alimento. Privacidad e interacción social. Prevención de riesgos a la vida. Promoción del funcionamiento humano u del desarrollo en grupos sociales. (18)

La teoría de Orem y los cuatro conceptos del metaparadigma enfermero:

Persona: La define como el paciente un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, y con potencial para aprender y desarrollarse. Es un individuo sujeto a las fuerzas de la naturaleza, con capacidad para autoconocerse. Que puede realizar una acción deliberada, interpretar experiencias y llevar a cabo acciones beneficiosas.

Entorno: Consta de factores ambientales, elementos ambientales, condiciones ambientales y ambientes de desarrollo. Puede afectar de forma positiva o negativa a las capacidades de una persona para promover su autocuidado.

Salud: Orem la describe como un estado caracterizado por la firmeza a totalidad de la estructura y el funcionamiento corporal. Consta de aspectos físicos, psicológicos, interpersonales y sociales según Orem estos aspectos son inseparables. Incluyen la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

Enfermería: La considera como un servicio dirigido a la ayuda de uno mismo y de otros. Tiene varios componentes:

Arte enfermero: como base teórica de la enfermera y de otras disciplinas, como ciencias, las artes y las humanidades. *Prudencia enfermera:* como la cualidad que permite a la enfermera buscar consejos en situaciones nuevas o difíciles, para realizar juicios correctos. *Servicio enfermero:* la capacidad de la enfermera como la agencia de enfermería. *Teoría del rol:* como las conductas esperadas de la enfermera y del paciente en situación específica, los roles de enfermería y del paciente son complementarios para alcanzar el autocuidado. *Tecnologías especiales:* entre ellas tecnologías sociales e interpersonales y tecnologías reguladoras. (16)

5.3 HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)

La presión arterial es una medición de la fuerza ejercida contra las paredes de las arterias a medida que el corazón bombea sangre a través del cuerpo. Es la fuerza o tensión que la sangre ejerce sobre las paredes de las arterias al pasar por ellas. Esta presión alcanza su valor máximo durante la sístole ventricular (presión sistólica) y el más bajo durante la relajación cardíaca (presión diastólica). Aunque la presión arterial de un individuo varía con las actividades de la vida diaria, los valores promedio o "normales" generalmente están cerca a 140 mmHg para la presión sistólica y a 80 mmHg para la presión diastólica. Hemodinámicamente, la presión arterial depende del gasto cardíaco y la resistencia vascular total, parámetros que son finalmente controlados por el sistema nervioso autónomo.

Clasificación:

HTA lábil. Aquella situación en la que un mismo sujeto podría presentar cifras de Presión Arterial por encima o por debajo de 140/90 mmHg en intervalos cortos y cercanos de tiempo sin que exista repercusión visceral.

HTA limítrofe. Valores de presión arterial en el límite de la normalidad, que requiere habitualmente confirmación por medio del registro ambulatorio de 24 horas.

HTA definida. Cifras de Presión Arterial constantemente elevadas por encima de los valores considerados normales.

HTA refractaria. Cifras de Presión arterial no controladas tras tratamiento con tres fármacos en dosis y asociación adecuadas, debiendo ser uno de ellos un diurético.

HTA maligna. Mayor de 140 mmHg que se acompaña de retinopatía grado III o IV y que se asocia a afectación de otros órganos diana.

Urgencia hipertensiva. Elevación de la Presión Arterial por encima de 210 mmHg para el valor sistólico y de 120 mmHg para el diastólico. Habitualmente no se observan manifestaciones clínicas relevantes. El control se suele hacer con antihipertensivos por vía oral siendo casi siempre buena la respuesta.

Emergencia hipertensiva. Elevación de la Presión Arterial por encima de 230/130 mmHg, y que representa un riesgo vital para el individuo, acompañándose de repercusión significativa en órganos diana (edema pulmonar, angina, encefalopatía, etc.).

La cifra mayor corresponde a la presión sistólica que se produce cuando el corazón se contrae y la sangre ejerce mayor presión sobre las paredes de las arterias. La cifra menor representa la presión diastólica que se produce cuando el corazón se relaja después de cada contracción, por lo que la presión que ejerce el flujo de la sangre sobre las paredes de las arterias es menor. (19)

El número superior corresponde a la presión sistólica: Se considera alta si la mayor parte del tiempo está por encima de 140. Se considera normal si la mayor parte del tiempo está por debajo de 120. El número inferior corresponde a la presión diastólica: Se considera alta si la mayor parte del tiempo está por encima de 90. Se considera normal si la mayor parte del tiempo está por debajo de 80. El número inferior (presión arterial diastólica) está entre 80 y 89 la mayoría de las veces. Cualquiera o ambos números pueden estar demasiado altos. (20)

Causas

Muchos factores pueden afectar la presión arterial, incluyendo:

- Consumo excesivo de sal y alcohol
- Los niveles de diferentes hormonas en el cuerpo.
- Obesidad.
- Con frecuencia está estresado o ansioso
- Come demasiada sal en la dieta
- Antecedente familiar de hipertensión arterial
- Diabetes
- Fumar

Las personas identificadas en situaciones de alto riesgo deben ser informadas del mismo y apoyadas para efectuar los cambios necesarios en sus estilos de vida. (19)

La mayoría de las veces no se identifica ninguna causa, lo cual se denomina hipertensión esencial. La hipertensión causada por otra afección médica o medicamento se denomina hipertensión secundaria y puede deberse a:

- Alcoholismo
- Arterioesclerosis
- Trastornos autoinmunitarios como la periarteritis nudosa
- Enfermedad renal crónica

- Coartación de la aorta
- Consumo de cocaína
- Síndrome de Cushing
- Diabetes (si causa daño renal)
- Trastornos endocrinos como tumores suprarrenales, trastornos tiroideos y síndrome de Cushing
- Medicamentos
 - Supresores del apetito o anorexígenos.
 - Pastillas anticonceptivas
 - Ciertos medicamentos para el resfriado
 - Corticosteroides
 - Medicamentos para la migraña
- Estenosis de la arteria renal

La patogenia de la hipertensión esencial es multifactorial, los factores genéticos tienen una función importante, los niños con un progenitor hipertenso tienden a presiones arteriales más altas. Los factores ambientales también tienen, al parecer, una influencia importante. Se ha pensado por mucho tiempo que la ingestión aumentada de sal en la dieta es un factor patogénico de la hipertensión esencial. (2)

Síntomas

La mayor parte del tiempo, no hay síntomas. Los síntomas que pueden ocurrir abarcan: Dolor torácico, Confusión, Zumbido o ruido en el oído, Fatiga, Dolor de cabeza, Latidos cardíacos irregulares, Hemorragia nasal y Cambios en la visión. Estos síntomas pueden ser un signo de una complicación o de presión arterial peligrosamente alta, llamada hipertensión maligna.

Pruebas y exámenes

El médico llevará a cabo un examen físico y revisará la presión arterial. Si la medición es alta, el médico puede pensar que uno padece hipertensión arterial. Por lo tanto, será necesario repetir las mediciones con el tiempo, de tal manera que se pueda confirmar el diagnóstico. Pueden abarcar: Exámenes de sangre, Ecocardiografía, Electrocardiografía, Análisis de orina y Ecografía de los riñones

Tratamiento

El objetivo del tratamiento es reducir la presión arterial, de tal manera que uno tenga un riesgo menor de complicaciones. Existen muchos medicamentos diferentes que se pueden utilizar para tratar la presión arterial

alta, como los siguientes: Bloqueadores alfa, IECA (inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina) , Betabloqueadores , Diuréticos , Vasodilatadores, etc.

Es recomendable hacer ejercicio, bajar de peso y seguir una dieta saludable, cambios en el estilo de vida para bajar la presión arterial a un rango normal. A menudo, un solo fármaco para la presión arterial puede no ser suficiente para controlarla y es posible que necesite tomar dos o más fármacos. Es muy importante que tome los medicamentos que se receten. Además de tomar el medicamento, puede hacer muchas cosas para ayudar a controlar la presión arterial, como:

- Consumir una alimentación cardiosaludable, incluyendo potasio y fibra, y tomar bastante agua.
- Hacer ejercicio regularmente (al menos 30 minutos por día).
- Dejar de fumar.
- Reducir la cantidad de alcohol.
- Reducir la cantidad de sodio.
- Reducir el estrés. Evitar factores que causen estrés.
- Permanecer en un peso corporal saludable.

La mayoría de las veces, la presión arterial alta se puede controlar con medicamentos y cambios en el estilo de vida.

Posibles complicaciones

- Disección aórtica
- Daño en los vasos sanguíneos (arterioesclerosis)
- Daño cerebral
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Enfermedad renal crónica
- Ataque cardíaco
- Enfermedad cardíaca hipertensiva
- Arteriopatía periférica
- Complicaciones del embarazo
- Accidente cerebrovascular
- Pérdida de la visión

Repercusiones Socioafectivas

Con el nombre de enfermedades cardiovasculares se engloban diferentes tipos de afecciones: la hipertensión arterial (aumento de la presión sanguínea), la enfermedad arterial coronaria (infarto de miocardio), los accidentes cerebrovasculares (trombosis o derrame cerebral), la enfermedad valvular cardíaca y la enfermedad cardíaca reumática. El efecto del ejercicio parece derivarse no solo de un probable descenso de las cifras tensionales, sino que además produce un indudable beneficio desde el punto de vista psicológico, que en definitiva redundará en un incremento notable del bienestar físico global.

La importante necesidad de orientar a la familia y sociedad sobre la motivación del desarrollo del Ejercicio Físico – Motor, Psicológico y Socio- Afectivo hacia el adulto mayor y en especial con Hipertensión Arterial enfermedad no transmisible. Esto es debido al aumento gradual del envejecimiento y la disminución de la natalidad en nuestro país en los últimos años lo cual se estima que en los siguientes años continuará incrementándose. Las insuficiencias en el orden teórico y metodológico, para concebir el proceso educativo desarrollador, en los hogares como en la comunidad es necesario intensificar la práctica del ejercicio físico de forma adecuada como método no fármaco que permite estabilizar dicha PA y evitar la presencia de otras patologías como; la Cerebrovasculares y Cardiopatía Isquémica que son las que en el mundo prevalece como las primeras causa de muerte en los adultos. (21)

Prevención

Los adultos mayores de 18 años deben hacerse revisar su presión arterial de manera rutinaria. Los cambios en el estilo de vida pueden ayudar a controlar la presión arterial:

- Deje de fumar.
- Consumir una alimentación rica en frutas, verduras y productos lácteos bajos en grasa, en tanto reduce la ingesta de grasa total y saturada.
- Hacer ejercicio de manera regular. Si es posible, durante 30 minutos diarios.
- Si padece diabetes, mantenga el azúcar en la sangre bajo control.
- Bajar de peso, en caso de tener sobrepeso, ya que el exceso de peso le agrega tensión al corazón. En algunos casos, la pérdida de peso puede ser el único tratamiento necesario.
- No beber alcohol

Acciones de intervención

Ante la presencia de factores de riesgo: promover acciones de vida saludables para eliminarlos, disminuirlos o controlarlos. Invitar a una nueva detección en uno o dos años.

Ante la presencia de cifras de presión arterial elevadas: Además de lo anterior, se procurará establecer la confirmación diagnóstica de hipertensión arterial.

Ante la confirmación diagnóstica: Promoción de estilos de vida saludables e iniciar tratamiento integral basado en el no farmacológico. (19)

VI. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

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

FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS:

Usuaría femenina de 54 años de edad, estado civil casada, de religión católica, dedicada al hogar con escolaridad analfabeta.

Familia Nuclear: Esposa

Persona que constituye el principal apoyo para el paciente: Su familia

Dependencia Económica: Su familia

Condiciones del hogar: Casa propia, de ladrillo, cuenta con los servicios intradomiciliarios de luz eléctrica. Agua potable, drenaje.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES:

a. *Mantenimiento del aporte de aire suficiente.*

FC 75x' T/A 140/90mmHg. FR 19x' SPO2 %

Llenado capilar 2 segundos, no se observa cianosis, niega consumo de tabaco, así como alguna alergia a medicamentos o algún alimento, cocina con leche los 8 días de la semana tres veces al día, niega alguna enfermedad pulmonar, no muestra ninguna dificultad para respirar, no ocupa de apoyo ventilatorio. No presenta molestias al realizar algún esfuerzo físico.

b. *Mantenimiento de un aporte de agua suficiente.* Presenta piel escamosa y resequead, pero niega molestias adversas a datos de deshidratación, el agua que consume es de garrafón consume de 500-1000ml al día, y de 4 a 5 días consume refresco de 200-300ml.

c. *Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente.*

Peso 79kg. Talla 1.49mtrs. IMC 35.58 Niveles de Glucosa 90mg/dl.

Dentadura incompleta, no presenta problemas en la mucosa oral, cara, cuello, abdomen normales, no presenta problemas en la alimentación come por si misma. No presenta problemas de acidez, reflujo, gastritis. Su alimentación es balanceada, consume verduras, frutas, carnes, fibra, cereales. Por lo que sus alimentos son cocinados con aceite, dieta hiposódica.

d. *Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos y excreción.* No presenta ninguna alteración al evacuar, por lo que sus evacuaciones son espontaneas de color café, semipastosa. La micción de color ámbar, no ocupa de evacuación vesical y no presenta molestias en la micción. Menarca a los 14 años, ritmo 3 días, menciona que durante la menstruación presentaba problemas como cólico, dolor abdominal no consumía ningún medicamentos para calmar las molestias.

e. *Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.* Paciente consiente, Orientado en tiempo y espacio, cooperadora, duerme 6 horas por noche, pero en ocasiones le cuesta trabajo conciliar el sueño y en ocasiones por que se preocupa por su madre que cursa con cuadro de Embolia, después de despertar se siente cansada, no acostumar siestas por las tardes. No presenta ningún problema en las articulaciones.

f. *Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.* No presenta problemas en la audición, pero si presenta problemas en la visión, no utiliza lentes por desidia por que si cuenta con ellos desde hace un año. Convive diariamente con la familia y tiene muy buena relación con todos los miembros de la familia. Cuando existe algún problema familiar o personal lo platica con su esposo y si es necesario lo socializa con la familia.

g. *Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.* Paciente consiente, no presenta problemas que limiten su concentración, no se identifican problemas que limiten realizar sus actividades diarias. Madre diabética, con un cuadro de Embolia, niega otras causas.

h. *Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimiento de las limitaciones y deseo de ser normal.* (Aceptación de aspecto físico, familia y social, auto percepción, autoestima, autorrealización). La paciente se acepta físicamente, y los cambios que han ocurrido en su cuerpo, no necesita ayuda para satisfacer sus necesidades básicas, por lo que considera que su vida a sido productiva, se siente triste por el padecimiento de su madre. Y su reacción ante una situación estresante es la negación.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO:

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

Etapas de desarrollo: Refiere que a los 20 años padeció de dolor en el oído, por lo que si estuvo en tratamiento medico. No recuerda algún otro problema que hubiera padecido.

Rol(es):

Salud Sexual: La paciente ha recibido orientación sexual sobre sexualidad, métodos anticonceptivos. Menciona una pareja sexual, así mismo refiere que actualmente su actividad sexual es un o dos veces por mes y no presenta molestias. Anteriormente no utilizo ningún método de planificación familiar. No se le ha practicado ninguna cirugía en aparato reproductor.

Historia Gineco- obstétrica: 4 embarazos, partos 4, cesárea 0, abortos 0, partos prematuras 0, embarazos de alto riesgo 0. Periodo intergenesico 2 años. Se le realizó citología cervical el 18 de mayo de 2008 por lo que su resultado fue normal.

REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD:

Chequeos generales 2 veces al año, la paciente esta enterada sobre su enfermedad que le puede ocasionar infarto y es grave. Cuando hay campañas para la salud acude al centro de salud, y camina 3 o 4 días por semana 40min, para mejorar su salud. No tiene obstáculos que le impida continuar o llevar a cabo cuidados para su diagnóstico y tratamiento.

6.2 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

Diagnostico de enfermería 1

Diagnostico de enfermería 1 (00001) Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades, relacionado con incapacidad para digerir los alimentos e incapacidad para absorber los nutrientes, manifestado por aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas.

Dominio: 2 Nutrición

Clase: 1 Ingestión.

Requisito de autocuidado: Universal.

Mantenimiento del aporte suficiente de alimento.

6.3. Plan de Intervención

Objetivo: Demostrar un aumento de nivel de conocimiento sobre el régimen dietético.

Agente de autocuidado: Paciente, familia.

Demanda de autocuidado: Educacional

Sistema de enfermería: Apoyo educativo.

Intervención de enfermería 1

6.4 EJECUCION

15246 ASESORAMIENTO NUTRICIONAL: Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.

ACCIONES	FUNDAMENTACION
Determinar la ingesta y los hábitos del paciente e identificar las conductas alimentarias que se desea cambiar, por razones de salud: pérdida de peso, ganancia de peso, restricción de sodio, reducción del colesterol.	Proporcionar una base de datos sobre las características de los nutrientes ingeridos y sobre las circunstancias emocionales para comer. Ayuda a centrar la atención en factores que el paciente puede cambiar.
Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente.	Conocer los alimentos preferidos de la paciente nos ayuda a establecer un menú que contenga estos alimentos.
Valorar el progreso de las metas de modificación dietética a intervalos regulares.	Esto ayudara a la evaluación del resultado que la paciente vaya modificando.

Intervención de enfermería 2

1280 AYUDAR PARA DISMINUIR EL PESO: Facilitar la pérdida de peso corporal y/o grasa corporal.

ACCIONES	FUNDAMENTO
<p>Pesar al paciente semanalmente.</p> <p>Establecer un plan realista con el paciente que incluya la disminución de la ingesta de alimentos y el aumento del gasto de energía tres veces a la semana teniendo en cuenta las limitaciones del paciente.</p> <p>Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos favorables.</p>	<p>Ayudara a valorar el grado de peso que se perderá.</p> <p>El ejercicio aumentara la perdida de peso al reducir el apetito, la sensación de bienestar y del logro personal.</p> <p>Le ayudara a la paciente a gozar de su alimentación y se sienta satisfecha.</p>

Intervención de enfermería 3

1260 MANEJO DE PESO: Facilitar el mantenimiento del peso corporal óptimo y el porcentaje de masa corporal.

ACCIONES	FUNDAMENTO
<p>Tratar con el individuo la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia de peso, la perdida de peso, hábitos, costumbres y factores culturales y hereditarios que ejercen su influencia sobre el peso.</p> <p>Informar sobre los riesgos asociados con el hecho de estar por encima del peso corporal del individuo. Animar al individuo a consumir las cantidades diarias adecuadas de agua.</p> <p>Ayudar en el desarrollo de planes de comidas bien equilibradas coherentes con el nivel de gasto energético.</p>	<p>Proporciona la oportunidad al individuo para centrarse e interiorizar un cuadro de la cantidad de comida ingerida y los correspondientes hábitos alimentarios o sentimientos.</p> <p>El conocer los riesgos de no tener una alimentación adecuada ayuda a estimular a la paciente a mejorar la calidad y cantidad de los alimentos que consume.</p> <p>Los planes le ayudaran a la paciente a llevar una orden y horario adecuados apara su alimentación.</p>

6.5 EVALUACION

Durante el tiempo que se trabajo con Doña Carmen aprendió a elegir sus alimentos así como los que mas le agrada consumir, mediante el listado que se realizo de los alimentos que mas le gusta consumir, así mismo consume más agua por lo que se ha notado un cambio dentro de su índice corporal favorable.

Diagnostico de enfermería 2 (00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con cambios en la pigmentación, estado de desequilibrio nutricional obesidad, deterioro del estado metabólico y deterioro de la sensibilidad.

Dominio 11: seguridad/protección.

Clase 2: Lesión física.

Requisito de autocuidado: Desviación de la salud.

6.5. Plan de Intervención

Objetivo: La paciente mantendrá la piel integra y sin lesiones ni resequedad en la pigmentación, mediante la información proporcionada.

Agente de autocuidado: Paciente, enfermera.

Demanda de autocuidado: Educacional

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio.

Intervención de enfermería 1

3590 VIGILANCIA DE LA PIEL: Recogida y análisis de datos del paciente con el propósitos de mantener la integridad de la piel y de las membranas mucosas.

ACCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Observar su color, calor, pulsos, textura y si hay inflamación, edema, ulceraciones en las extremidades y si hay excesiva sequedad y cambios en la piel.</p> <p>Instaurar medidas para evitar deterioro.</p>	<p>Revela si hay grietas, secreciones o lesiones en la piel. Para que nos permita observar si mantiene la piel integra o si hay lesiones.</p> <p>A través de una plática se informara sobre las medidas de prevención, ayudara a conocer las formas de autocuidado.</p>

Intervención de enfermería 2

3540 PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PREVENCIÓN: Prevención de la formación de úlceras por presión en un individuo con alto riesgo de desarrollarlas.

ACCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.</p> <p>Humedecer la piel seca.</p>	<p>Nos ayudara a evitar complicaciones.</p> <p>La piel húmeda es más susceptible a infecciones.</p>

Evitar el agua caliente y utilizar un jabón suave para el baño. Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecida.	El agua templada disminuye la vaso dilatación, reduce la estimulación de la piel y aminora el prurito
Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías por medio de suplementos.	La sensibilidad a los alimentos puede precipitar una respuesta más intensa a la alteración.
Ayudar al individuo a mantener un peso saludable.	Mediante las actividades del ejercicio y la buena alimentación.

Intervención de enfermería 3

5603 ENSEÑANZA CUIDADOS DE LOS PIES: Preparar al paciente de riesgo y/o familia para proporcionar cuidados preventivos en los pies.

Acciones:

ACCIONES	FUNDAMENTACION
Determinar el nivel actual de conocimiento y las habilidades relativas al cuidado de los pies.	Ayudara a identificar el grado de conocimiento.
Proporcionar información relacionada con el nivel de riesgo de lesión.	Mediante la charla con la paciente ayuda a prevenir otras complicaciones.
Ayudar a desarrollar un plan para la valoración y el cuidado de los pies en casa, lavado diario de los pies con agua caliente y un jabón suave y que se sequen completamente los pies después de lavarlos, especialmente entre los dedos, buscando la presencia de enrojecimiento, calor, sequedad, maceración, sensibilidad y zonas abiertas.	Porque ayuda a combatir el deterioro de la integridad cutánea y para que sigan el tratamiento en su hogar.
Enseñar la técnica adecuada para arreglarse las uñas de los pies; cortar las uñas rectas, seguir el contorno del dedo y limpiar el borde con lima de uñas y cambiarse de zapatos dos veces al día, para evitar presión local repetitiva.	La paciente aprenderá hacer la técnica adecuada del corte de uñas y la limpieza de los pies.
Incluir a la familia y a otros en la enseñanza.	La infamación le permitirá conocer y realizar los cuidados necesarios en casa.

Intervención de enfermería 4

3584 CUIDADOS DE LA PIEL: TRATAMIENTO TÓPICO: Aplicación de sustancias tópicas o manipulación de dispositivos para promover la integridad de la piel y minimizar la pérdida de la solución de continuidad.

ACCIONES	FUNDAMENTACION
Evitar el uso de ropa de cama áspera.	Reduce la aparición de lesiones.
Dar masaje alrededor de la zona afectada.	Ayudara a su pronta y mejor recuperación.
Proporcionar higiene de aseo si es necesario y evitar ropa ajustada.	Mediante la información proporcionada la paciente aprenderá la importancia de la limpieza personal.
Abstenerse de administrar aplicaciones de calor local, utilizar jabones alcalinos en la piel.	Disminuye la irritación que provoca el jabón en la ropa.

EVALUACIÓN

Mediante la información proporcionada sobre el cuidado de la integridad cutánea y vigilancia de la piel así como de los cuidados de la piel, no se presentaron ningún tipo de lesiones y doña Carmen se mostro satisfecha ya que desconocía del riesgo que podría presentar, y sobre la importancia de evitar ropa ajustada y cambiar dos a tres veces al día de zapatos por lo que la paciente mantiene integra su piel.

Diagnostico de enfermería 3: (00132) Dolor agudo relacionado con agentes psicológicos, físicos manifestado por cambios de la presión arterial, cambios de la frecuencia cardiaca, conducta expresiva inquietud e informe verbal de dolor.

Dominio 12: Confort

Clase 1: Confort físico.

Requisito de autocuidado: universal

Mantenimiento de cifras de presión arterial dentro de los parámetros normales.

6.4. Plan de Intervención

Objetivo: La usuaria disminuirá su dolor a través del consumo de medicamentos, realizar actividad física y mediante las técnicas de relajación.

Agente de autocuidado: Paciente, familia.

Demanda de autocuidado: Educativa

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio

Intervención de enfermería 1

4046 CUIDADOS CARDIACOS: REHABILITACIÓN: Fomentar de un máximo nivel de actividad funcional en un paciente que ha sufrido un episodio de deterioro de la función cardiaca derivado de un desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno miocárdico.

ACCIONES	FUNDAMENTACION
Comprobar la tolerancia del paciente a la actividad.	Envase a la realización de actividades diarias recreativas toleradas por la paciente.
Instruir al paciente y a la familia sobre los fármacos adecuados, tanto prescritos como de libre administración y sobre la modificación de los factores de riesgos cardiacos (dejar de fumar, dieta y ejercicio).	A través de una platica explicar los efectos de los medicamentos que le ayudaran a disminuir el dolor. Disminuirá al gasto cardiaco y ayudara a manifestar dolor.
Enseñar técnicas de relajación (respiración lenta, profunda)	Mantener una respiración moderada mejora la fuerza de los músculos accesorio y la función respiratoria.

Intervención de enfermería 2

6040 TERAPIA DE RELAJACION SIMPLE: Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular o ansiedad.

ACCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Enseñar a la persona a adoptar una posición cómoda sin ropas restrictivas y con los ojos cerrados.</p> <p>Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente, tono de voz bajo, diciendo las palabras lenta y rítmicamente.</p>	<p>En base a una charla ayudara a que la paciente se encuentre mas cómoda y sin tensiones.</p> <p>Facilita el diagnóstico del problema y el inicio del tratamiento adecuado. Ayuda a evaluar la eficacia del tratamiento.</p>

Intervención de enfermería 3

4050 PRECAUSIONES CARDIACAS: Prevención de un episodio agudo de la función cardiaca deteriorada al minimizar el consumo de oxígeno del miocardio o aumentar el aporte de oxígeno al miocardio.

ACCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Recomendar medidas no farmacológicas para aliviar el dolor de cabeza: masaje en espalda y cuello, y actividades recreativas.</p> <p>Instruir al paciente/familia sobre los síntomas de compromiso cardíaco que indiquen la necesidad de reposo y evitar situaciones emocionales intensas, estrés, discusiones.</p> <p>Proporcionar comidas en poca cantidad y frecuencia como sustituir la sal artificial y limitar la ingesta de sodio.</p> <p>Determinar la disponibilidad del paciente a aprender a modificar su estilo de vida.</p>	<p>Las medidas que reducen la presión vascular cerebral y que enlentecen o bloquean la respuesta simpática son eficaces para el alivio de la cefalea y las complicaciones asociadas.</p> <p>Incluir a la familia para evitar preocupación a la paciente ya que retrasara el resultado que se espera obtener.</p> <p>Mediante la lista que se realizara de los gustos de la paciente se informara sobre la importancia de la reducción de la sal ya que esta eleva las cifras de la presión arterial.</p> <p>Identificaran los signos y síntomas y ayudaran a mejorar la salud de la paciente.</p>

Intervención de enfermería 4

2210 ADMINISTRACION DE ANALGESICOS: Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.

ACCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Determinar la ubicación, características. Calidad y gravedad del</p>	<p>Ayuda a reducir, controla el dolor y disminuir la estimulación del sistema nervioso simpático, y así valorar si el dolor es a causa</p>

dolor antes de medicar al paciente y controlar los signos vitales.	del aumento de la presión arterial.
Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia.	Mediante técnicas de relajación como yoga ayudara a la paciente a mantenerse relajada.
Establecer expectativas positivas respecto a la eficacia de los analgésicos para optimizar las respuestas del paciente.	Facilita el diagnostico del problema y el inicio del tratamiento adecuado. Ayuda a evaluar la eficiencia del tratamiento.

EVALUACIÓN

Se realizaron las actividades recreativas para la disminución del dolor por lo que no se logro la eliminación de este signo ya que las cifras arteriales han aumentado ha 150/90mmHg.por lo que se ha capacitado a la paciente y familia a seguir realizando estas actividades a largo plazo y la importancia de no abandonar el tratamiento no farmacológico.

Diagnostico de enfermería 4 (00168) Sedentarismo relacionado con conocimientos deficientes sobre los beneficios del ejercicio físico para la salud, falta de interés y falta de motivación manifestada por demuestra falta de condición física, verbaliza preferencia por actividades con poca actividad física.

Dominio 4: Actividad/reposo.

Clase 2: Actividad/ejercicio

Requisito de autocuidado: Desviación de la salud.

6.5. Plan de Intervención

Objetivo: La paciente conozca los beneficios de actividades recreativas que le ayuden a la movilidad muscular.

Agente de autocuidado: Paciente, enfermera.

Demanda de autocuidado: Educacional.

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio.

Intervención de enfermería 1

0200 FOMENTO DEL EJERCICIO Facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y nivel de salud.

ACCIONES	FUNDAMENTACION
Valorar las ideas y motivación del individuo sobre el efecto del ejercicio físico en la salud.	Mediante la valoración del conocimiento se explicara la importancia y beneficios que proporciona el ejercicio físico.
Ayudar al individuo a establecer las metas a corto y largo plazo del programa de ejercicios, frecuencia, duración e intensidad deseados.	En base a la realización diaria del ejercicio de 20 a 30min diarios, ayudara a verificar la perdida del peso.
Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y técnicas para evitar lesiones durante el ejercicio.	Mediante una charla se explicara que puede evitar lesiones que limiten sus actividades diarias.
Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del individuo.	Aminara a la paciente a realizar actividad física ya que esto la ara sentirse mejor.
Incluir a la familia del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios.	La participación de la familia facilita el seguimiento del ejercicio realizado día a día.

Intervención de enfermería 2

4310 TERAPIA DE ACTIVIDAD Prescripción de asistencia en actividades físicas, cognitivas, sociales y espirituales específicas para aumentar el margen, frecuencia y duración de la actividad de un individuo.

ACCIONES	FUNDAMENTACION
Determinar el compromiso del paciente con el aumento de la frecuencia o gama de actividades.	El compromiso por parte del paciente permite establecer objetivos más realistas y el cumplimiento del plan.
Ayudar a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas, sociales, actividades de pasatiempo favoritas.	Las actividades y el ejercicio consumen calorías para ayudar y mantener un peso deseado. También proporcionan la oportunidad de placer y relajación sin tentaciones.
Ayudar al paciente a desarrollar la automotivación y la seguridad.	Si se realizan las actividades que sean de mejor opción para la paciente las realizará con motivación y se sentirá confianza.

Intervención de enfermería 3

5612 ENSEÑANZA: ACTIVIDAD/EJERCICIO PRESCRITO Preparar a un paciente para que consiga y/o mantenga el nivel de actividad prescrito.

ACCIONES	FUNDAMENTACION
Enseñar al paciente a realizar la actividad, como controlar la tolerancia a la actividad y llevar un diario de ejercicios.	Aprenderá sobre la prevención de lesiones musculares permite al paciente mantenerse activo.
Informar al paciente acerca de las actividades apropiadas en función del estado físico.	Mediante charlas se informará sobre el tiempo empleado en recuperarse de las lesiones causadas por el ejercicio pueden provocar una recaída en los hábitos sedentarios.
Advertir al paciente acerca de los peligros de sobrestimar sus posibilidades.	La actividad progresiva proporciona una demanda controlada sobre el corazón, aumentando la resistencia y evitando un sobreesfuerzo.

EVALUACION

La paciente se muestra más activa ya que ha realizado las actividades como caminar de 15 a 30 minutos diarios basados en las limitaciones que la paciente soporta, así como realiza actividades recreativas que le agrada realizar en compañía de sus seres queridos por lo que la familia apoya en la realización de las actividades favoritas de la paciente. Al inicio la paciente presentaba un IMC de 35.58, logrando así disminuir el índice de masa corporal a 33.46.

Diagnóstico de enfermería 5 (00015) Riesgo de Estreñimiento relacionado con negación habitual de la urgencia para defecar, actividad física insuficiente e ignorar de forma habitual la urgencia para defecar.

Dominio 3: Eliminación e intercambio.

Clase 2: Función gastrointestinal.

Requisito de autocuidado: Desviación de la salud/universal.

6.3. Plan de Intervención

Objetivo La paciente mantendrá adecuado funcionamiento gastrointestinal, a través del aporte suficiente de alimentos ricos en fibra, líquidos y la realización de actividad física.

Agente de autocuidado: Universal. Paciente, familia.

Demanda de autocuidado: Educacional

Sistema de enfermería: Apoyo educativo

Intervención de enfermería 1

0440 ENTRENAMIENTO INTESTINAL: Ayuda al paciente en la educación del intestino para que evacue a intervalos determinados.

ACCIONES	FUNDAMENTACION
Enseñar al paciente/familia de los principios de la educación intestinal y dedicar un tiempo para la defecación coherente y sin interrupciones.	Mediante la información proporcionada ayudara a elaborar un horario de irrigación oportuno/eficaz para el paciente con una colostomía, si es adecuado.
Instruir al paciente acerca de alimentos con alto contenido en fibra.	Aprenderá la importancia de consumir la porción suficiente de fibra y verduras.
Asegurar una ingesta adecuada de líquidos y actividad física adecuados.	Proporciona volumen y el líquido es un factor importante para determinar la consistencia de las heces y con la realización de la actividad física ayudara a regular el peristaltismo.

Intervención de enfermería 2

0450 MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO/IMPACTACIÓN Prevención y alivio del estreñimiento/impactación.

ACCIONES	FUNDAMENTACION
Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento y peristaltismo.	Mediante la supervisión de los síntomas se puede evitar el estreñimiento.

<p>Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos y dieta rica en fibra y mantener un diario de comidas.</p> <p>Instruir al paciente sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento.</p> <p>Pesar al paciente regularmente.</p>	<p>La ingesta suficiente de fibra y verduras proporciona volumen y el líquido es un factor importante para determinar la consistencia de las heces.</p> <p>Mediante una plática se informara sobre la importancia de tener una dieta estricta y balanceada.</p> <p>Ayudara a valorara a la paciente en la perdida o ganancia del peso.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Intervención de enfermería 3

1100 MANEJO DE LA NUTRICIÓN: Ayudar o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos.

ACCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilos de vida.</p> <p>Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente.</p> <p>Fomentar técnicas seguras de preparación de alimentos.</p> <p>Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales.</p>	<p>Favorece el ablandamiento de las heces; pueden ayudar a la estimulación del peristaltismo.</p> <p>Cuando se recupera el peristaltismo, el consumo de una dieta solida y liquida favorece la recuperación de un patrón normal de eliminación intestinal.</p> <p>En conjunto con la paciente y familia se realizaran técnicas de preparación de alimentos bajos en grasas.</p> <p>El tener el control de alimentos que consume se evitara el consumo excesivo.</p>

EVALUACION

Doña Carmen le ha gustado la forma de alimentarse como el consumo de fibra, líquidos y realizar varias actividades recreativas ya que han cambiado la consistencia de las heces por lo que refiere que se ha sentido mucho mejor hacia su persona, así mismo ha modificado la educación de las necesidades de defecación.

VII. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Al realizar el Proceso de Enfermería y llevarlo a cabo en paciente con Hipertensión Arterial Sistémica se realizaron intervenciones y acciones de enfermería mediante las cuales se ayudo a la paciente a realizar actividad física, realizar una alimentación saludable. La señora Carmen logro disminuir su indica de masa corporal, así como evitar ulceras por lesión por lo que aprendió a mantener una piel integra y sin lesiones.

Mediante el seguimiento del Proceso de Atención de enfermería se realizaron varias actividades de enfermería para evitar agravar más la enfermedad, por lo que la paciente se mostro satisfecha en la realización de las actividades para la mejora de su salud se logró el objetivo de algunos diagnósticos.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) [http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual de urgencias y Emergencias/htaurg.pdf](http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/htaurg.pdf). 18 enero 2011.
- 2) Lawren M. Tierney, Jr. Stephen J. McPhee. Maxine A. Papadakis. (1998) Diagnóstico clínico y tratamiento. Tercera edición. Editorial El Manual Moderno. México.
- 3) <http://www.oem.com.mx/elsoldezamora/notas/n1974095.htm> 24 de marzo del 2011
- 4) Tarjetero centro de salud Tarecuato.
- 5) Miriam Rocio Ortega Fierras. Septiembre 2008. Proceso de atención de Enfermería aplicado aun usuario con Gastritis y Artritis reumatoide en el Asilo de Ancianos " Pedro Rocha Escobar".
- 6) Rodríguez Sanchez Bertha Alicia. (1997) Proceso Enfermero. Segunda edición. Editorial Cuellar
- 7) Dr. Jorge Orizaba Samperio. (2000). Tratado de Enfermería Práctica. Cuarta edición. Editorial Graw-Hill interamericana.
- 8) Hernandez- Conesa J.M. Esteban-Albert M. (2003) Fundamentos de la Enfermería Teoría y Método. Segunda edición, editorial M.L. Graw-hill Interamericana Madrid..
- 9) Antología Universidad Celaya Guanajuato. (2001) Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya. El proceso de cuidar y su instrumento metodologico. Editorial DAE, Barcelona España.
- 10) Alfaro-Lefevre Rosalina. (2003). Aplicación del Proceso Enfermero: Fomentar el cuidado en colaboración. Quinta edición. Editorial MASSON, México.
- 11) Carlos de Gispert. Nuevo Manual de la Enfermería. Nueva Edición. Editoail Océano/Centrum. Barcelona España.
- 12) W. Iyer. J. Taptich. Donna Bernochechi-losey. (1993) Proceso Enfermería y diagnostico de Enfermería. Segunda Edición. Editorial Interamericana Mc-Graw-Hill.
- 13) <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm> 18 enero del 2011
- 14) Doenges Marylynn. Frances MoorHouse Mary. C. Morr Alice. (2006) Planes de Cuidados de Enfermería. Septima Edición. Editorial Mc-Graw-Hill.
- 15) Marriner Tomey Ann. Raile Alligood Martha. (2003) Modelos y Terorias en Enfermería. Quinta Edición. Editorial Mosby. Madrid España..
- 16) Wesley L. Ruby. (1997) Teorias y Modelos de Enfermería. Segunda Edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México.
- 17) Orem E Dorotea. *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería práctica*. Barcelona; Ediciones Científicas y Técnicas 1998: 131.

- 18) Moran Aguilar Victoria. Mendoza Robles Alba L. (1993) Proceso de Enfermería. Primera Edición. Editorial Trillas. México.
- 19) Guía técnica para capacitar al paciente con Hipertensión Arterial. México D.F. 2006.
- 20) González-Caamaño A, Pérez-Balmes J, Nieto-Sánchez C, Vázquez-Contreras E. (1986) Importancia de las enfermedades cronicodegenerativas dentro del panorama epidemiológico actual de México. Salud Publica México.
- 21) <http://www.monografias.com/trabajos72/actividad-fisica-terapeutica-marcha-natural/actividad-fisica-terapeutica-marcha-natural.shtml> 24 de marzo de 2011.

IX.BIBLIOGRAFIA

Antología Universidad Celaya Guanajuato. Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya. El proceso de cuidar y su instrumento metodológico. Editorial DAE, Barcelona España. 2001.

Alfaro-Lefevre Rosalina. Aplicación del Proceso Enfermero: Fomentar el cuidado en colaboración. Quinta edición. Editorial MASSON, México 2003.

B. kozier. G. Erb. K. Blas. J. M. Wilkinson. (2002). Fundamentos de Enfermería Concepto, Proceso y Práctica, Quinta Edición Vol 1. Ed. McGraw Hill. México

Carlos de Gispert. Nuevo Manual de la Enfermería. Nueva Edición. Editoail Océano/Centrum. Barcelona España.

Doenges Marylynn. Frances MoorHouse Mary. C. Morr Alice. Planes de Cuidados de Enfermería. Septima Edición. Editorial Mc-Graw-Hill. 2006.

Dorotea E. Orem *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería práctica*. Barcelona; Ediciones Científicas y Técnicas 1998: 131.

Guía técnica para capacitar al paciente con Hipertensión Arterial. México D.F. 2006.

González-Caamaño A, Pérez-Balmes J, Nieto-Sánchez C, Vázquez-Contreras E. Importancia de las enfermedades cronicodegenerativas dentro del panorama epidemiológico actual de México. Salud Publica México1986.

[Http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/htaurg.pdf](http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/htaurg.pdf). 18 enero 2011.

[Http://www.oem.com.mx/elsoldezamora/notas/n1974095.htm](http://www.oem.com.mx/elsoldezamora/notas/n1974095.htm) 24 de marzo del 2011

[Http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm](http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm). 18 enero del 2011.

Hernandez- Conesa J.M. Esteban-Albert M. Fundamentos de la Enfermería Teoría y Método. Segunda edición, editorial M.L. Graw-hill Interamericana Medrid. 2003.

[Http://www.monografias.com/trabajos72/actividad-fisica-terapeutica-marcha-natural/actividad-fisica-terapeutica-marcha-natural.shtml](http://www.monografias.com/trabajos72/actividad-fisica-terapeutica-marcha-natural/actividad-fisica-terapeutica-marcha-natural.shtml) 24 de marzo de 2011.

Lawren M. Tierney, Jr. Stephen J. McPhee. Maxine A. Papadakis. Diagnóstico clínico y tratamiento. Tercera edición. Editorial El Manual Moderno. México 1998.

Marriner Tomey Ann. Raile Alligood Martha. Modelos y Terorias en Enfermería. Quinta Edición. Editorial Mosby. Madrid España. 2003.

McCloskey Dochterman Joanne. M. Bulechek. (2005). Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). Cuarta Edición. Editorial Elsevier. Madrid.

Moran Aguilar Victoria. Mendoza Robles Alba L. Proceso de Enfermería. Primera Edición. Editorial Trillas. México. 1993

Ortega Fierras Miriam Rocio. Septiembre 2008. Proceso de atención de Enfermería aplicado aun usuario con Gastritis y Artritis reumatoide en el Asilo de Ancianos " Prdro Rocha Escobar".

Orizaba Samperio Jorge. Tratado de Enfermería Práctica. Cuarta edición. Editorial Graw-Hill interamericana 2000.

Rodríguez Sanchez Bertha Alicia. (1997). Proceso Enfermero. Segunda edición. Editorial Cuellar.

Russell L. Cecil. Robert F. Loed. Alexander B. Gutman. (1958). Tratado de Medicina Interna. Nueva Edición. Editorial Interoamericana. México.

T. Heather Herdman. PhD. Rn. (2010) Diagnosticos de enfermeros. Barcelona.

W. Iyer. J. Taptich. Donna Bernochechi-losey. Proceso Enfermería y diagnostico de Enfermería. Segunda Edición. Editorial Interamericana Mc-Graw-Hill. 1993.

Wesley L. Ruby. Teorias y Modelos de Enfermería. Segunda Edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México. 1997.

X.GLOSARIO DE TERMINOS

Enfermería: Ciencia que estudia al individuo sano o enfermo en sus necesidades biopsicosociales básicas y adquiridas.

Enfermera: Es una persona que ha aprendido y ha terminado su educación básica en enfermería y esta calificada, autorizada, para proporcionar un servicio profesional, responsable para la promoción a la salud, enfermedad, etc.

Autocuidado: Actividades llevadas acabo de forma independiente por un individuo para promocionar y mantener el bienestar personal durante su vida.

Proceso: Es un método centrado en el logro de objetivos.

Valoración: Es la primera etapa del proceso de enfermero que nos permite estimar el estado de salud del usuario, familia y comunidad.

Diagnostico: Segunda etapa del proceso y constituye una función intelectual compleja.

Planeación: Consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano.

Ejecución: Consiste en la marcha del plan de cuidados de enfermería.

Evaluación: Es la ultima etapa del proceso enfermero, en esta se determina se han alcanzado los objetivos de los cuidados.

Hipertensión Arterial: La Hipertensión Arterial es la fuerza ejercida contra las paredes de las arterias a medida que el corazón bombea sangre a través del cuerpo.

XI.ANEXOS

UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA DE CELAYA

MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

GUÍA DE VALORACIÓN

(DOROTHEA ELIZABETH OREM)

I. FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

a) Descriptivos de la persona

Fecha: 31-01-11 Nombre: S.T.C. Sexo: Masc. ()

Fem (X) Edad: 54 Religión: Catoloca.

Edo. Civil: Casada Escolaridad: Ninguna.

Lugar de Residencia: Tarecuato Domicilio actual (calle, número, colonia): Nícolas Bravo No 86 Barrio San Miguel.

Características de la vivienda:

Renta: _____ Propia Otros _____.

Material de construcción:

Adobe _____ Ladrillo Otros _____.

Cuenta con servicios básicos de vivienda:

Agua Potable Luz eléctrica .

Drenaje Pavimentación .

Condiciones ambientales de la comunidad:

Servicios Básicos:

Alumbramiento Público (X) Recolección de Basura (X)

Drenaje y Alcantarillado (X)

Rol que ocupa en la familia:

Padre () Madre () Hijo () Esposa/o (X)

Cuántos hijos tiene: 0 () 1 () 2 () más de 3 (X)

Cómo es su relación con la familia:

Buena (X) Regular () Mala ()

Nivel de educación:

Analfabeta (X) Primaria () Secundaria ()

Bachillerato () Licenciatura () Otros _____.

Ocupación: _____ Hogar _____.

Antecedentes Laborales: Trabajaba en el campo.

Ingreso Económico Familiar:

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

Dependencia económica: Si (X) No ()

De quien: Padres () Esposo/a (X)

Otros _____.

b) Patrón de vida

¿Qué actividades recreativas realiza en su tiempo libre?

Sociales (X) Culturales () Deportivas ()

Religiosas () Otras _____.

¿Qué hace usted para cuidar su salud? Tomar su medicamento como se lo indica el medico.

c) Estado de Sistema de Salud:

¿Cómo percibe su estado de salud?

Bueno (X) Regular () Deficiente ()

¿A qué servicio de salud acude regularmente?

IMSS () ISSSTE () SALUBRIDAD ()

Particular () Otros Centro de Salud

Diagnostico Médico: Hipertensión Arterial Sistémica/ Obesidad grado II.

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

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

_____.

_____.

d) Estado de Desarrollo.

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

Si (X) No ()

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

_____ Ninguno _____.

¿Quién autoriza su tratamiento médico? Ella misma

_____.

II. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES

a) Mantenimiento del suficiente de aire.

Frecuencia Respiratoria: 18x'. Llenado Capilar: 2-3seg..

Cianosis: No.

Si () No (X) Especifique: _____.

Tabaquismo:

Si () No (X)

Especifique: _____.

¿Cocina con leña?

Si (X) No () ¿Cuánto tiempo? 6 a 8 horas diarias.

Alergias:

Si () No (X)

Especifique: _____.

Tipo de Respiración:

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

Polipnea () Otros: _____.

Nariz:

Desviación del tabique () Pólipos () Secreciones ()

Dolor () Edema () Otros: Ninguno.

Tórax:

Tonel () En Quilla () En Embudo ()

Otros: Ninguno.

Ruidos Respiratorios:

Estertores () Sibilancias () Murmullo Vesicular ()

Padece alguna enfermedad pulmonar:

Si () No (X) Especifique: _____.

Cardiovascular:

T/A: 140/90mmHg. FC: 75x'. Soplos () Arritmias ()

Otras alteraciones: Negados.

Al realizar algún esfuerzo físico, presenta Disnea:

Si () No (X)

Apoyo Ventilatorio: Ninguno.

b) Mantenimiento de aporte de agua suficiente:

Valore datos de Deshidratación:

Mucosa oral: Seca () Hidratada (X)

Piel: Seca (X) Escamosa (X) Normal ()

Turgencia: Normal (X) Escamosa ()

¿Que cantidad de agua ingiere usted al día?

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

1500-2000ml () Más de 2000ml ()

De donde proviene el agua que consume:

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

Otros: _____.

Utiliza algún método para purificar el agua:

Si () No (X)

Especifique: _____.

Ingiera algún otro tipo de líquido durante el día:

Si (X) No ()

Especifique cantidad: 500ml Refresco.

Aporte de líquidos parenterales:

Especifique: Ninguno.

c) Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos.

Peso: 79kg . Talla: 1.49 . IMC: 35.58 . Cintura: 103cm .

Ha observado variaciones en el peso:

Si (X) No ()

Perdida (X) Ganancia ()

1-3 Kg. (X) 4-6Kg. () 7-9kg. () Más de 10Kg. ()

Dentadura:

Completa () Faltan Piezas (X)

Prótesis Fija () Prótesis Extraíble ()

Especifique: Algunas Muelas.

Estado de las mucosas:

Presenta algún problema en la mucosa oral:

Si () No (X)

Especifique:

Lengua en tónica () Estomatitis () Xerostomia ()

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

Drenaje purulento () Gingivorragia () Ulceraciones ()

Otros: _____.

Alteraciones en Cara y Cuello: Negados

Abdomen:

Peristaltismo: Ausencia () Disminuido ()

Aumentado () Normal (X)

Distensión Abdominal ()

Otros: _____.

Presenta algún problema en la alimentación:

Si () No (X)

Cuál: Acidez: () Náuseas: () Vómito: () Hematemesis: ()

Disfagia: () Pirosis: () Regurgitación: () Polidipsia: ()

Polifagia: () Bulimia: () Anorexia: () Reflujo: ()

Sialorrea: () Saciedad: () Eructos : ()

Otros: Ninguno

Necesita algún tipo de ayuda para alimentarse:

Si () No (X)

Especifique: _____.

Tipo de Nutrición:

Sonda Nasogástrica () Sonda Nasayeyunal ()

Gastroclisis () Nutrición Parenteral ()

Qué tal frecuente usted como:

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

Alimentación/frecuencia	1	2	3	4
Leche		2		
Deriv. De la leche	1			
Carnes		2		
Cereales		2		
Verduras	1			
Frutas	1			
Huevo		2		
Pescado		2		
Pasta y Harinas	1			

¿Con qué guisa los alimentos?

Aceite (X) Manteca () Otros: _____.

¿Cómo es si dieta habitual?

Sin restricciones () Diabética () Hiposodica (X)

Hipoproteica () Hiperproteica () Otros: _____.

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

Grupos de evacuación intestinal:

Presencia de:

Estoma intestinal: Colostomía () Ileostomía ()

Hemorroides () Pólipo rectal () Rectorragia ()

Otros: ninguno.

Alteraciones al evacuar:

Tenesmo () Pujo (X) Cólico ()

Otros: _____.

Apoyo para la eliminación intestinal:

Movilización () Medicación () Higiene ()

Otros: Ninguno.

Evacuación intestinal:

Espontánea (X) Estreñimiento ()

Diarrea () Otros: _____.

Características de la eses fecales:

Café (X) Acolia () Melena () otros: _____.

Consistencia de la eses fecales:

Pastosa () Semipastosa (X) Líquida () Semilíquida ()

Dura ()

Grupo de eliminación vesical

Presencia de:

Incontinencia () Retención urinaria () Tenesmo ()

Disuria () Alteraciones Uretero-vesicales _____.

Alteraciones en la micción:

Polaquiuria () Oliguria () Anuria ()

Apoyo para la evacuación vesical:

Movilización () Cateterismo Vesical () Higiene () Otros: Ninguno.

Características de la micción:

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

Otros: _____.

Grupo Respiratorio:

Cambio en los patrones normales de sudoración

Disminuida () Ausente () Aumentada ()

Condiciones o circunstancias:

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

Temperatura ambiente: _____. Otros: Ninguno_____.

Grupo menstruación:

Menarca: 14 años. Días del ciclo menstruación: 3 días_____.

Tipo, cantidad y características del flujo: Moderado_____.

Presenta algún problema durante su menstruación:

Si () No () Ocasional (X) Especifique: Cólico, dolor en cadera.

e) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

REPOSO

¿Cuántas horas duerme habitualmente?

Menos 6Hr () 6-8Hr. (X) 8-10Hr. () Mas 10Hrs. ()

¿Cómo se encuentra al despertar?

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

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?

Si (X) No ()

¿Ha sufrido algún cambio su patrón de sueño?

Si (X) No ()

¿Desde cuándo?

1 semana () 15 días () 1 mes () Más 1 mes (X)

Presencia de:

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

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

Sonambulismo () Terrones nocturnos ()

Factores que interrumpan su descanso y sueño: _____.

¿Acostumbre a tomas siestas?

Si () No (X)

¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño?

Si () No (X) Especifique: _____.

ACTIVIDAD

Sistema Músculo Esquelético:

Presencia de articulación de:

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

Contracturas () Especifique: Negados.

Tratamiento: _____.

¿Alguna actividad física le produce dolor?

Si () No (X) Especifique: _____.

¿Realiza algún tipo de ejercicio?

Si (X) No () Especifique: Caminar.

Frecuencia/ Duración: 20min, 3 veces por semana.

f) Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción

Sistema Auditivo:

Presenta problemas de audición:

Si () No (X) Especifique: _____.

Utiliza apoyo para escuchar:

Si () No (X)

Presencia de:

Mareo () vértigo () Acufenos () Malformaciones ()

Tumoración () Lesiones ()

Sistema Ocular:

Presencia de problemas visuales:

Si (X) No () Especifique: _____.

Utiliza lentes:

Armazón (X) Contacto () Tiempo: 1 años.

Presencia de alteraciones oculares:

Si () No () Especifique: Ninguno.

¿Con quienes convive diariamente?

Familia (X) Amigos () Compañeros de trabajo ()

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

Buena (X) Regular () Mala ()

¿A quienes recurre para platicar de sus problemas?

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

Observar:

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

Extraversión () Otros: _____.

Razones que le impiden socializar

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

Dificultad para la comunicación () Otros: Ninguno_____.

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

Sistema Neurológico:

Estado de conciencia:

Conciente (X) Inconciente () Sopor ()

Estupor () Confusión () Coma ()

Glasgow: _____.

Problemas con:

Concentración () Razonamiento () Especificar: Ninguno_____.

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

Si () No (X) Especifique: _____.

Toxicomanías:

Si () No (X) Especifique: _____.

¿Implementa medidas de seguridad en su persona y familia?

Si () No (X) Especifique: _____.

h) Funcionamiento humano y grupos sociales

¿Se acepta en su aspecto físico?

Si () No (X) Especifique: _____.

¿Acepta los cambios corporales a partir de su enfermedad?

Si () No (X)

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

Si () No (X) Especifique: _____.

¿Considera que su vida es o ha sido productiva?

Si (X) No () Especifique: _____.

¿Habitualmente presenta alteraciones emocionales?

Si (X) No ()

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

Desesperanza y Negación (X)

¿Cuál es su reacción ante una situación estresante?

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

Agresión () Cólera ()

III. **REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO**

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

1. Etapas del ciclo vital.

Recuerda usted algún problema o aspectos relevantes referente a su salud en alguna de las siguientes etapas de su vida.

Niñez	Si ()	No (X)	Especifique <u>Ninguno</u> .
Edad escolar	Si ()	No (X)	Especifique <u>Ninguno</u> .
Adolescencia	Si ()	No (X)	Especifique <u>Ninguno</u> .
Adulto Joven	Si ()	No (X)	Especifique <u>Ninguno</u> .
Edad fértil	Si ()	No (X)	Especifique <u>Ninguno</u> .
Adulto maduro	Si ()	No (X)	Especifique <u>Ninguno</u> .

2. Salud Sexual

Sistema Reproductor:

Ha recibido educación sexual

Si (X) No () Especifique: En ocasiones .

Cual es su orientación sexual Sexualidad, Métodos Anticonceptivos .

Con que frecuencia tiene actividad sexual 1 ó 2 veces al mes .

Esta satisfecho con su vida sexual

Si (x) No () Porque _____ .

Número de parejas sexuales: 1 .

Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales

Si () No (X) Especifique/Tratamiento: _____ .

Utiliza algún método de planificación familiar:

Si () No (X) Especifique/tiempo: _____ .

Número de hijos: 4 .

Tiene problemas de infertilidad:

Si () No (X) Especifique: _____.

Causa/Tratamiento: _____.

Presenta alguna Enfermedad de transmisión sexual

Si () No (X) Especifique: _____.

Tratamiento: _____.

Cirugías realizadas en aparato reproductor:

Si () No (X) Especifique: _____.

Hombre:

¿Acude a examen Próstata/Testicular?

Si () No () Especifique: _____.

¿Presenta problemas de erección?

Si () No () Tratamiento: _____.

¿Presenta Problemas de eyaculación precoz?

Si () No () Tratamiento: _____.

Mujer:

Menarca: 14 años. Días del ciclo menstrual: 3 días.

Tipo, cantidad y características del flujo: Moderado.

Presenta algún problema durante su menstruación:

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

Embarazos 4. Partos 4 Cesárea 0. Abortos 0. Partos Prematuros 0.

Embarazos de alto riesgo 0. Periodo Ínter genésico 2 años. Menopausia 51 años.

Fecha de último Papanicolau 11-02-2009.

Presencia de flujo/hemorragia Transvaginal No. Características _____.

¿Existe alteraciones del crecimiento físico?

Si () No (X) Especifique: _____.

IV. REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

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

4-6 meses () 6-12 meses (X) Más 12 meses ()

No se realiza ()

Especifique: Química Sanguínea, EGO.

¿Sabe usted de que esta enfermo?

Si (X) No ()

¿Qué conoce acerca de su enfermedad? Es muy peligrosa que le puede ocasionar un infarto.

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

Si (X) No ()

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

:-

¿Actualmente realiza actividades de ejercicio o rehabilitación?

Si (X) No () Especifique: Caminar.

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

Ambientales () Familiares () Personales ()

Especifique: Ninguno.

XII.APENDICES.

ANEXO 1

RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO

DATOS SIGNIFICATIVOS (Evidencias)	ANÁLISIS DEDUCTIVO (Domicilio, Clase involucrados)	PROBLEMA (Etiqueta diagnóstica NANDA II) P	FACTOR RELACIONADO (Etiología) E	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (Signos y Síntomas) S

--	--	--	--	--

I. VALORACIÓN DE ACUERDO AL MARCO CONCEPTUAL DE LA TEORÍA DEL AUTOCUIDADO DE D. OREM

Factor condicionantes básicos	Requisitos de autocuidado Universales	Requisitos de Desarrollo de Autocuidado	Requisitos de desviación de la salud
Sexo femenino Edad 54 años Edo. Civil Casada Religión Católica Escolaridad Analfabeta Ocupación Hogar Familia nuclear Esposa Principal apoyo del	Aporte suficiente de aire. FR 19x', llenado capilar 2 segundos, no se observa cianosis, niega consumo de tabaco, cocina con leche los 8 días de la semana, niega alguna enfermedad pulmonar, no ocupa de apoyo ventilatorio, Mantenimiento de un aporte suficiente de agua 1000ml al día Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos Peso 79kg. Talla 1.49mtrs. IMC 35.58	Etapas desarrollo No recuerda algún problema relevante a su salud que le aya pasado durante su niñez o adolescencia. Rol (es) Orientación Sexual La paciente recibe orientación sexual sobre sexualidad, métodos anticonceptivos, una pareja sexual, y durante sus relaciones sexuales no presenta ninguna molestia.	Chequeos generales 2 veces al año, la paciente esta enterada sobre su enfermedad que le puede ocasionar infarto y es grave. Cuando hay campañas para la salud acude al centro de salud, y camina 3 o 4 días por semana 40min, para mejorar su salud. No tiene obstáculos que le impida continuar o llevar a cabo cuidados para su diagnóstico y tratamiento.

<p>paciente: Su familia.</p>	<p>Dextrostix 90mg/dl</p>	<p>Historia ginecológica 4 embarazos, partos 4, cesárea 0, abortos 0, partos prematuras 0, embarazos de alto riesgo 0. periodo intergenesico 2 años.</p>	
<p>Dependencia económica: Esposo e hijos.</p> <p>Condiciones del hogar: Casa propia, de ladrillo, cuenta con los servicios de luz eléctrica. Agua potable, drenaje.</p>	<p>Urea 51mg/dl Creatinina sérica 1.28mg/dl Ácido úrico 4.94mg/dl Glucosa 86mg/dl, Nitrogeno ureico 24mg/dl, Colesterol 166mg/dl, Triglicéridos 174mg/dl, HDL Colesterol 46mg/dl, LDL Colesterol 85mg/dl, VLDL Colesterol 35mg/dl</p> <p>Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos incluidos los excrementos. Evacuaciones color café, semipastosas, no se estríñe, no utiliza ningún medicamento para evacuar, no presenta problemas en la micción.</p>		

	<p>Características de las evacuaciones</p> <p>Café, semipastosa, 1 veces al día.</p> <p>Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.</p> <p>Paciente conciente, Orientado en tiempo, espacio y persona, cooperador, duerme 7 horas por noche, y en ocasiones después de despertar se siente cansada por que se preocupa por su madre que cursa con cuadro de Embolia, no acostumar siestas por las tardes.</p>		
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

	<p>Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social</p> <p>No presenta problemas en la audición, pero si presenta problemas en la visión, no utiliza lentes por desidia por que si cuenta con ellos.</p> <p>Convive diariamente con la familia y tiene muy buena</p>		
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

	<p>relación con todos los miembros de la familia.</p> <p>Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.</p> <p>T/A FC</p> <p>Paciente conciente, no presenta problemas que limiten su concentración, no se identifican problemas que limiten realizar sus actividades diarias.</p> <p>Madre diabética, con un cuadro de Embolia, niega otras causas.</p> <p>Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.</p> <p>(Aceptación de aspecto físico, familia y social, auto percepción, autoestima, autorrealización)</p> <p>La paciente se acepta físicamente, y los cambios que han ocurrido en su cuerpo, no necesita ayuda para satisfacer sus necesidades básicas, por lo que considera que su vida a sido productiva, se siente triste por el padecimiento de su madre. Y su reacción ante una situación estresante es la negación.</p>		
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

